

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

VICTÓRIA DE BIASSIO KLEPA

SOFRIMENTO PSÍQUICO E ESCUTA DE VOZES: UM ESTUDO A PARTIR DA
DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E DA PSICOLOGIA
HISTÓRICO-CULTURAL

CURITIBA

2025

VICTÓRIA DE BIASSIO KLEPA

SOFRIMENTO PSÍQUICO E ESCUTA DE VOZES: UM ESTUDO A PARTIR DA
DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E DA PSICOLOGIA
HISTÓRICO-CULTURAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Renata Bellenzani

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Melissa Rodrigues Almeida

CURITIBA

2025

K64

Klepa, Victória de Biassio

Sofrimento psíquico e escuta de vozes: um estudo a partir da determinação social do processo saúde-doença e da psicologia histórico-cultural [recurso eletrônico] / Victória de Biassio Klepa. – Curitiba, 2025.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

Orientadora: Renata Bellenzani – Coorientadora: Melissa Rodrigues Almeida.

Bibliografia: p. 216-228.

1. Esquizofrenia. 2. Alucinações. 3. Estresse psicológico. 4. Saúde pública. 5. Determinação social da saúde. 6. Processo saúde doença. 7. Psicologia social. 8. Saúde mental. I. Universidade Federal do Paraná. II. Bellenzani, Renata. III. Almeida, Melissa Rodrigues. IV. Título.

NLMC: WM 203

Catálogo na fonte elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFPR,
Biblioteca de Ciências da Saúde – SD, com os dados fornecidos pelo autor.
Bibliotecário: Francisco José Cordeiro CRB9/1734.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **VICTÓRIA DE BIASSIO KLEPA** intitulada: **SOFRIMENTO PSÍQUICO E ESCUTA DE VOZES: UM ESTUDO A PARTIR DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL**, sob orientação da Profa. Dra. RENATA BELLENZANI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 17 de Dezembro de 2024.

Assinatura Eletrônica

21/01/2025 14:40:52.0

RENATA BELLENZANI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

05/02/2025 14:44:45.0

ROGÉRIO MIRANDA GOMES

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

05/02/2025 14:34:24.0

SILVANA CALVO TULESKI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO

Este trabalho buscou analisar os processos envolvidos na determinação social da escuta de vozes, fundamentando-se no diálogo teórico-prático entre dois campos do conhecimento: a Saúde Coletiva e a Psicologia Histórico-Cultural, ambos orientados pelo materialismo histórico-dialético. Historicamente, a escuta de vozes é amplamente associada a sintomas da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos, e a produção de conhecimento sobre essa experiência tem sido guiada por perspectivas hegemônicas baseadas em concepções biológicas e na ideologia dominante nas ciências. Esta pesquisa alinha-se aos esforços do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, que busca desenvolver compreensões e estratégias de cuidado alternativas às abordagens tradicionais. Partindo da premissa de que o processo saúde-doença é uma expressão particular do processo social mais amplo, procurou-se investigar, a partir de histórias de vida e cursos do desenvolvimento humano, os processos histórico-sociais que se evidenciam na gênese e no desenvolvimento das experiências de escuta de vozes e sofrimento psíquico de pessoas atendidas em serviço de saúde mental do SUS e em grupos de apoio autônomos. Para isso, foi realizado uma revisão integrativa da literatura e uma pesquisa de campo, que incluiu observação participante e entrevistas com dez pessoas. Cinco delas eram participantes de grupos de ouvintes de vozes; e as outras cinco eram usuários de um serviço de saúde mental, não participantes de grupos de ouvintes de vozes. A revisão de literatura permitiu identificar como a escuta de vozes é descrita nos estudos e quais aproximações possíveis com a teoria da determinação social. Para aprofundar o entendimento das alterações na dinâmica da personalidade envolvidas na esquizofrenia, foram sintetizadas algumas formulações da Psicologia Histórico-Cultural sobre o desenvolvimento humano, a formação da personalidade e suas alterações patológicas. Por fim, os resultados foram sistematizados nas seguintes categorias: circunstâncias desagregadoras e as bases vivenciais do sofrimento; o conteúdo das vozes e relação com a história de vida; sistemas de significação atribuído as vozes, relações entre sentido e significado. Em um nível mais geral de análise, defende-se a tese de que a gênese da escuta de vozes está vinculada a processos críticos da vida social. Esses processos expressam as crescentes exigências psíquicas, o não atendimento de necessidades humanas fundamentais e as obstruções ao modo de viver a vida. A escuta de vozes, assim, emerge como uma denúncia de condições sociais que afetam profundamente os indivíduos.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Ouvidores de Vozes; Saúde Coletiva; Psicologia Histórico-Cultural; Saúde Mental.

ABSTRACT

This study sought to analyze the processes involved in the social determination of hearing voices, based on the theoretical-practical dialogue between two fields of knowledge: Collective Health and Historical-Cultural Psychology, both guided by historical-dialectical materialism. Historically, hearing voices has been widely associated with symptoms of schizophrenia and other psychotic disorders, and the production of knowledge about this experience has been guided by hegemonic perspectives based on biological conceptions and the dominant ideology in the sciences. This research is in line with the efforts of the International Movement of Voice Hearers, which seeks to develop alternative understandings and care strategies as opposed to traditional approaches. Starting from the premise that the health-disease process is a particular expression of the broader social process, we sought to investigate, based on life histories and courses of human development, the historical-social processes that are evident in the genesis and development of the experiences of hearing voices and psychological suffering of people treated in SUS mental health services and autonomous support groups. To this end, an integrative literature review and field research were carried out, which included participant observation and interviews with ten people. Five of them were participants in voice-hearing groups; the other five were users of a mental health service who were not participants in voice-hearing groups. The literature review made it possible to identify how voice hearing is described in studies and what approximations are possible with the theory of social determination. In order to deepen our understanding of the changes in personality dynamics involved in schizophrenia, we synthesized some formulations from Historical-Cultural Psychology on human development, the formation of personality and its pathological changes. Finally, the results were systematized into the following categories: disaggregating circumstances and the experiential basis of suffering; the content of the voices and their relationship to life history; systems of meaning attributed to the voices. On a more general level of analysis, the thesis is that the genesis of hearing voices is linked to critical processes in social life. These processes express psychological demands, the failure to meet fundamental human needs and obstructions to the way life is lived. Hearing voices thus emerges as a denunciation of social conditions that profoundly affect individuals.

Keywords: Schizophrenia; Voice Hearers; Public Health; Cultural-Historical Psychology; Mental Health.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ESTRATÉGIA DE BUSCA DA REVISÃO DE LITERATURA	21
QUADRO 2 – COMPARATIVO ENTRE DEFINIÇÕES NOS MANUAIS DIAGNÓSTICOS	76
QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	84
QUADRO 4 – DOS PARTICIPANTES RECRUTADOS EM GRUPOS DE OUVIDORES DE VOZES	87
QUADRO 5 – DOS PARTICIPANTES RECRUTADOS NO CAPS	103

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – SISTEMATIZAÇÃO DOS ARTIGOS ELEGÍVEIS.....	23
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AVH - Auditory verbal hallucinations
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CI - Companheiros imaginários
COVID-19 - Corona Virus Disease 2019
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA - Estados Unidos da América
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
MPC - Matriz de Processos Críticos
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PHC - Psicologia Histórico-Cultural
RG - Registro Geral
SUS - Sistema Único de Saúde
TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT - Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBS - Unidade Básica de Saúde
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Problema	17
1.2	Objetivos.....	17
1.2.1	Objetivo geral	17
1.2.2	Objetivos específicos.....	17
1.3	Justificativa	18
2	ESCUTA DE VOZES E SUAS BASES SOCIAIS: UMA REVISÃO DA LITERATURA EM BUSCA DE “PISTAS” NAS PESQUISAS RECENTES	20
2.1	As “Pistas” encontradas que levam ao desvelar da determinação social da escuta das vozes.....	28
2.2	O conteúdo das vozes e as expressões do nó gênero-raça-classe	35
2.3	Aproximações possíveis com o conceito de Processos Críticos Protetores...41	
2.4	Perspectivas e contribuições em direção à não patologização das vozes	45
3	MARCOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: O SOFRIMENTO E A ESCUTA DE VOZES DESDE A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE-DOENÇA E A PSICOLOGIA HISTÓRICO CULTURAL	50
3.1	A pesquisa social desde uma concepção materialista histórico-dialética	50
3.2	Teoria da determinação social do processo saúde-doença.....	51
3.3	O psiquismo, o sofrimento e as vozes: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural	55
4	A EXPERIÊNCIA DA ESCUTA DE VOZES COMO OBJETO DE ESTUDO: ENTRE A ESQUIZOFRENIA, O SOFRIMENTO PSÍQUICO E A EXPERIÊNCIA FENOMENOLÓGICA	75
4.1	PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	82
4.2	PARTICIPANTES.....	85
4.3	A HISTÓRIA DE VIDA DOS OUVIDORES DE VOZES, PARTICIPANTES DE GRUPOS AUTONOMOS	87
	Conrado.....	87
	Anastácia.....	90
	Aurora	93
	Murilo	97
	Amélia.....	99
4.4	A HISTÓRIA DE VIDA DOS OUVIDORES DE VOZES, USUÁRIOS DOS CAPS	102
	Nanda.....	103

Felipe	105
Janáino	107
Hortência.....	109
Pedro	111
5 CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS: DESVELANDO AS DETERMINAÇÕES DOS SOFRIMENTOS, A GÊNESE DAS VOZES, E SEUS MOVIMENTOS NA PERSONALIDADE	114
5.1 Circunstâncias desagregadoras: as bases vivenciais da construção da personalidade, do sofrimento e o papel significativo das vivências traumáticas	114
5.2 Conteúdo das vozes na relação com a história de vida e com as experiências dramáticas indivíduo-meio	174
5.3 Sistemas de Significação e sentidos que as vozes adquirem para a pessoa.....	189
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	208
REFERÊNCIAS	216
APÊNDICES	229

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo faz parte da pesquisa de mestrado desenvolvida no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná iniciada em 2022, orientada pela Profa. Dra. Renata Bellenzani, e está inserido em um projeto guarda-chuva intitulado “Saúde Mental e sofrimento psíquico: estudo de sua determinação social a partir de trajetórias singulares”, que se dedica ao investigar a determinação social da saúde mental desde a perspectiva de pessoas atendidas pelo SUS com diagnósticos de transtornos psiquiátricos, identificando processos críticos (Breilh, 2015) em suas vidas que condicionam estados de sofrimento psíquico, como depressão, ansiedade e alterações neuropsicológicas no espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, incluindo a escuta de vozes (alucinações auditivas, desde a perspectiva médico-psiquiátrica dominante).

Neste trabalho, apresentamos as reflexões provenientes da análise de dados de entrevistas, que teve como objetivo investigar os processos histórico-sociais, a partir de trajetórias individuais, que colaboram para a gênese e o desenvolvimento das experiências de escuta de vozes e sofrimento psíquico de pessoas atendidos em serviço de saúde mental do SUS e em grupos de apoio autônomos

Meu interesse pela área da Saúde Coletiva surgiu ainda durante a graduação em Psicologia, especialmente em um estágio curricular realizado em 2019, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Curitiba. Foi nesse contexto que tive o primeiro contato com os desafios e possibilidades do cuidado a pessoas que ouvem vozes. Naquele espaço, conheci a existência de grupos de ouvintes de vozes como uma estratégia de cuidado no território. Esses grupos ofereciam um ambiente para discutir o conteúdo e as características das vozes, explorar as mensagens que pareciam transmitir e desenvolver estratégias para lidar com elas.

Anos depois, em outra experiência de estágio, surgiu a oportunidade de aprofundar meu interesse prático e teórico no desenvolvimento e mediação de grupos de ouvintes de vozes. Durante a pandemia, implementei, como parte de um estágio obrigatório, um grupo de ouvintes de vozes em formato online. Essa vivência foi precedida por uma investigação sobre outros grupos virtuais realizados no país, o que permitiu identificar métodos e abordagens variadas sobre o fenômeno. Por meio dessa experiência, mantive contato com grupos de WhatsApp que fortaleciam a estratégia, funcionando como espaços para divulgação de eventos, formações e discussões relacionadas ao tema.

Após concluir o estágio e a graduação, permaneceu em mim o desejo de aprofundar as investigações sobre a escuta de vozes de forma consistente com o método do materialismo histórico-dialético. O contato com os ouvidores evidenciou o potencial dos grupos como estratégia de cuidado, especialmente no contexto da Saúde Coletiva e da Psicologia Histórico-Cultural. Além disso, reforçou a percepção das necessidades específicas dessas pessoas e das limitações das políticas públicas em atender essas demandas.

A presente pesquisa revelou uma crescente, embora ainda embrionária, produção acadêmica sobre o tema. Vários pesquisadores e docentes vêm se dedicando a investigar as questões relacionadas à escuta de vozes e à esquizofrenia sob a ótica da Psicologia Histórico-Cultural, destacando as potencialidades dessa interface. Entre os estudos relevantes, podemos citar contribuições como as de Ferreira (2017); Penteado (2018); Santos (2019); Almeida, Carvalho e Tuleski (2019); Tuleski (2019); Trevisan e Baroni (2020); Santos *et al.* (2020); Carvalho (2020); Papa (2021); Piza (2022); Penteado e Tuleski (2023); Silva (2023); e Penteado (2024). Esses trabalhos oferecem subsídios importantes para avançarmos na compreensão do processo de escuta de vozes, e nas formulações a partir do método materialista dialético.

A teoria unicausal, baseada na medicina bacteriológica, afirmava que as doenças eram causadas por um agente externo específico, o que desencadeava o adoecimento. No entanto, com a expansão imperialista e a disseminação de doenças infecciosas, surgiu a teoria multicausal, que entende o adoecimento como resultado de uma cadeia de eventos associados. Este modelo ecológico, que considera o ambiente como causa do desequilíbrio patogênico, foi fundamentado na tríade epidemiológica: agente, ambiente e hospedeiro. Contudo, essa teoria, ao abordar a doença de forma multideterminada, ainda falha ao reduzir as influências sociais a uma subcategoria do “meio ambiente”, desconsiderando outras determinações possíveis e propondo um curso natural da enfermidade.

Breilh (1991) critica essa abordagem, apontando que ela serve a uma ideologia que fragmenta a realidade e minimiza os investimentos em saúde, deixando a cargo do Estado apenas a intervenção em variáveis mais fáceis de alterar, sem abordar as causas estruturais dos processos de adoecimento. A epidemiologia positivista e liberal, dominante até o século XX, toma uma visão dicotômica entre o social e o biológico, tratando a saúde-doença apenas como uma relação causal empírica entre fatores isolados. Esse modelo, segundo Breilh (1991), foca nas condições psicobiológicas dos indivíduos, identificando fatores de risco com base em grupos populacionais, e utiliza o método indutivo para classificar e mensurar os casos, construindo hipóteses de causalidade.

A medicina social latino-americana e a epidemiologia crítica sustentam a tese das determinações sociais do processo saúde-doença, rejeitando a separação entre níveis individual/biológico e social, e entre dimensões corporal e psíquica. Essas teorias entendem que o adoecimento é determinado e forjado pelo contexto social, as relações de produção e os modos de vida característicos das classes e grupos sociais, refletindo-se nos perfis epidemiológicos. Há uma lacuna teórica na articulação entre saúde mental e saúde coletiva, particularmente no caso pessoas que ouvem vozes.

A teoria da determinação social, fundamentada no materialismo histórico-dialético e na epidemiologia crítica, busca ir além das aparências para compreender as contradições e movimentos internos do processo saúde-doença. Essa abordagem considera a interação entre singularidades (relações familiares, condições e estilos de vida), particularidades (gênero, raça e classe) e o aspecto universal (o modo de produção e a ideologia dominante). O modelo proposto contraria a perspectiva biologicista do modelo biomédico, destacando como as condições materiais da vida moldam as dinâmicas de sofrimento e adoecimento.

No caso da esquizofrenia, o discurso biomédico se apoia no mito do desequilíbrio químico, sustentado pela aliança entre psiquiatria e indústria farmacêutica. Esse modelo atribui o sofrimento psíquico a causas biológicas, como a hiperatividade dopaminérgica, justificando o uso de psicotrópicos. No entanto, estudos apontam que, embora eficazes a curto prazo, esses medicamentos podem provocar adaptações no cérebro que não resolvem as psicoses a longo prazo, levantando questionamentos sobre a eficácia da abordagem medicamentosa dominante.

Ratner (1995) discute a indefinição conceitual da esquizofrenia, ou psicose, destacando que as síndromes mais importantes na psiquiatria são tão vagas que se tornam indistinguíveis umas das outras. Ele questiona a definição de sintomas associados à esquizofrenia, como afeto inadequado, delírio e alucinações, argumentando que essas classificações não refletem o conteúdo real do pensamento e a maneira como o indivíduo pensa. Ratner sugere que qualquer atividade pode ser ou não psicótica, dependendo do contexto sócio-psicológico em que se manifesta, citando Vigotski para afirmar que os indivíduos com maior organização psíquica podem apresentar características semelhantes às pessoas em sofrimento psíquico, mas com papéis diferentes no psiquismo.

O autor afirma que a loucura se desenvolve a partir de relações sociais específicas e se expressa de formas culturalmente determinadas, com as patologias originadas de relações interpessoais precárias. Ele sugere que a doença mental resulta de uma atividade psicológica desorganizada culturalmente, causada por práticas sociais destrutivas que despessoalizam e

desestabilizam o indivíduo. Ratner (1995) categoriza essas práticas em duas áreas: violação de necessidades culturais, como progressos materiais e autonomia, e psicobiológicas, como negação do reconhecimento da personalidade e imposição de exigências insustentáveis. A privação de apoio, a violência e a falta de valorização contribuem para a desintegração do funcionamento psicológico.

Essas são algumas formulações que tornam importante o debate e a pesquisa sobre as raízes sociais do sofrimento psíquico geral e em particular as experiências de sofrimento em que se manifesta a escuta de vozes. Faz-se importante identificar nas formas e expressões singulares os processos sociais mais estruturais que colaboram para sua expressão, considerando os padrões de desgaste e reprodução no modo de produção vigente.

É importante destacar que, nos últimos anos, diversos estudos têm investigado o fenômeno da escuta de vozes a partir de uma perspectiva alternativa à visão biomédica dominante. Couto e Kantorski (2018) mostram que as vozes sempre estiveram presentes na história da humanidade, muitas vezes associadas à espiritualidade, criatividade e insight filosófico, especialmente quando experienciadas por figuras altamente reconhecidas pela sociedade (Woods, 2013, *apud* Couto; Kantorski, 2018).

Na tradição biomédica, no entanto, esses processos são frequentemente vistos como sintomas que devem ser suprimidos por intervenções médicas e farmacológicas, com o objetivo de restaurar um equilíbrio corporal, sem levar em conta o sofrimento psíquico e as vivências relacionadas às vozes.

Com o aumento da relevância do tema e do número de pesquisas sobre a escuta de vozes, tem-se observado que, embora muitas pessoas diagnosticadas com esquizofrenia ouçam vozes, a maior parte dos ouvintes não apresenta esse transtorno, sendo muitas vezes indivíduos saudáveis que não buscam serviços de saúde mental (Ritsher *et al.*, 2004, *apud* Couto; Kantorski, 2018). Essa mudança de paradigma começou em 1987, quando Patsy Hague, uma ouvinte de vozes, convenceu seu psiquiatra, Marius Romme, a ajudá-la a dar sentido às suas experiências, conectando as vozes à sua história de vida. No mesmo ano, eles se apresentaram em um programa de televisão na Holanda para compartilhar essa nova abordagem e conduzir uma pesquisa sobre a quantidade de ouvintes no país. Como resultado, 450 pessoas ligaram para o programa, revelando que também ouviam vozes. Isso levou à criação do I Congresso de Ouvidores de Vozes, marcando o início do Movimento de Ouvidores de Vozes.

Esses avanços nas áreas da ciência, psiquiatria, psicologia, saúde, sociologia e fenomenologia evidenciam a importância de contribuir para o entendimento desse fenômeno a

partir da perspectiva da psicologia histórico-cultural, isto é, contribuir nas análises e com ferramentas de atuação que tenham como perspectiva o desenvolvimento da autonomia e a emancipação humana.

Este estudo visa contribuir para uma análise mais aprofundada do sofrimento psíquico, com foco na determinação social da escuta de vozes. O objetivo geral da pesquisa foi investigar, a partir das histórias de vida e do desenvolvimento humano, os processos histórico-sociais envolvidos na gênese e no desenvolvimento das experiências de escuta de vozes e sofrimento psíquico de pessoas atendidas em serviços de saúde mental do SUS e em grupos de apoio autônomos. Para isso, procurou-se caracterizar os fatos, situações e acontecimentos (e seus sentidos pessoais) mais relevantes nas histórias de vida dos entrevistados, que contribuem para a produção de suas experiências de sofrimento e escuta de vozes; investigar os desdobramentos desses eventos na dinâmica do psiquismo e da atividade; e entender as funções que as vozes assumem em cada caso específico. Além disso, buscou-se analisar como esses fatos e situações se conectam com processos histórico-sociais relacionados à formação social brasileira, marcada por um sistema capitalista, racista e patriarcal, e como tais processos influenciam a determinação do sofrimento e da escuta de vozes, funcionando como fatores críticos que podem ser protetores ou destrutivos para a saúde mental.

Partimos da compreensão de que a escuta de vozes é um processo, uma manifestação do nexo biopsíquico, mas que possui raízes sociais e é configurada pelas vivências particulares de cada indivíduo. A pesquisa combina uma abordagem teórica e de campo, com revisão de literatura, observação participante e entrevistas com pessoas que ouvem vozes, tanto vinculadas a uma rede online de ouvintes de vozes quanto a serviços de saúde mental. O trabalho está estruturado em cinco capítulos.

O primeiro capítulo, "Escuta de vozes e suas bases sociais: uma revisão da literatura em busca de 'pistas' nas pesquisas recentes", são apresentados os resultados e análises provenientes da revisão integrativa da literatura sobre o tema. O segundo capítulo, "Marcos teórico-metodológicos: o sofrimento e a escuta de vozes desde a determinação social da saúde-doença e a psicologia histórico-cultural", discute os fundamentos teóricos que orientam a análise, com ênfase na teoria da determinação social do processo saúde-doença e na psicologia histórico-cultural.

No terceiro capítulo "A experiência da escuta de vozes como objeto de estudo: entre a esquizofrenia, o sofrimento psíquico e a experiência fenomenológica", explora as diferentes perspectivas sobre o processo de escuta de vozes, incluindo a psiquiatria, a atenção psicossocial

e o movimento dos ouvintes de vozes; na sequência é apresentado o subtópico que abordam "O percurso teórico-metodológico", descreve a trajetória da pesquisa, os procedimentos metodológicos adotados e a caracterização dos participantes. Finalmente, o quinto capítulo, "Categorização das entrevistas: desvelando as determinações dos sofrimentos, a gênese das vozes, e seus movimentos na personalidade" apresenta a análise das histórias de vida dos participantes da pesquisa e a partir dos pressupostos teóricos.

1.1 Problema

As experiências de escuta de vozes e sofrimento psíquico em suas expressões singulares, no curso da vida, revelam o movimento dialético do processo histórico-social? Entendidos como sintomas psiquiátricos ou processos psicológicos quais são os processos críticos que determinam sua gênese e seu devir?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Investigar, a partir de histórias de vida e cursos do desenvolvimento humano, os processos histórico-sociais que se evidenciam na gênese e no desenvolvimento das experiências de escuta de vozes e sofrimento psíquico de pessoas atendidos em serviço de saúde mental do SUS e em grupos de apoio autônomos.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os fatos, situações e acontecimentos (e seus sentidos pessoais) que no curso das histórias de vida se mostram mais relevantes na produção das experiências de sofrimento e de escuta de vozes das pessoas entrevistadas;

- Investigar os desdobramentos destes fatos, situações e acontecimentos ao nível da dinâmica do psiquismo e da atividade; e quais funções as vozes escutadas parecem adquirir em cada dinâmica singular;
- Analisar o conjunto de fatos, situações e acontecimentos em suas conexões dialéticas com determinados processos histórico-sociais (ligados à formação social brasileira capitalista, racista e patriarcal). Como tais processos se revelam atuantes na determinação do sofrimento e da escuta de vozes, configurando-se como processos críticos protetores e/ou destrutivos da saúde mental

1.3 Justificativa

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 13% da população no mundo está vivendo com algum transtorno mental (WHO, 2022). Em 2019, estimava-se que 970 milhões de pessoas no mundo viviam com um transtorno mental, 82% deste número se encontra em países de baixa ou média renda. Segundo dados da OMS, entre 2000 e 2019, estima-se que 25% pessoas a mais viviam com transtornos mentais, mas como a população mundial cresceu aproximadamente na mesma taxa, a prevalência de transtornos mentais permaneceu estável, em torno de 13% (WHO, 2022). Além disso, 283 milhões de pessoas desenvolveram algum sofrimento psíquico devido ao uso de álcool em 2016. Em 2019, 36 milhões de pessoas tiveram transtornos por uso de drogas (WHO, 2022). Destas 970 milhões de pessoas em sofrimento psíquico, 31% possuem Transtornos de ansiedade e 28,9% transtornos depressivos, 11,1% transtornos do desenvolvimento, 8,8% TDAH, 4,1% transtorno bipolar, 2,5% esquizofrenia (WHO, 2022).

Ainda em 2019, 301 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com transtornos de ansiedade; e 280 milhões viviam com transtornos depressivos (incluindo transtorno depressivo maior e distímia). Em 2020, esses números aumentaram significativamente como resultado da pandemia do COVID-19. A OMS aponta que a esquizofrenia se manifesta em 24 milhões de pessoas, aproximadamente 1 em cada 200 adultos (com 20 anos ou mais). Já o transtorno bipolar ocorre em 40 milhões de pessoas, ou seja, aproximadamente 1 em cada 150 adultos em todo o mundo em 2019 (WHO, 2022).

Apesar da observação do aumento e agravamento de pessoas com o quadro clínico de transtorno mental, ainda são incipientes os estudos sobre o papel das condições de vida

materiais nas determinações do sofrimento/adoecimento psíquico. Por apresentar pouca visibilidade, confirma uma tendência do modelo biomédico e a propensão da gestão individual de riscos na sociedade atual (Viapiana, Gomes, Albuquerque, 2018).

A medicina social latino-americana e a epidemiologia crítica contribuem para a formulação da tese das determinações sociais do processo de adoecimento. Estes referenciais teóricos rejeitam a fragmentação dos níveis individual e social, e das dimensões corporal e psíquica, por entender que estas constituem um nexos biopsíquico, resultado da síntese entre as dinâmicas biológica, psíquica e social. Por sua vez, a produção do adoecimento se dá em razão do contexto em que os indivíduos estão inseridos, a estrutura da sociedade, o desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção (Viapiana, Gomes, Albuquerque, 2018), alçando as dinâmicas sociais à condição de sobredeterminações em relações à biológica e psíquica. Assim, as classes, as frações e os grupos sociais desenvolvem certos perfis de reprodução social, característicos de um modo particular de vida, que se manifestam em determinados perfis epidemiológicos (Laurell, 1983).

Esta pesquisa se justifica ao considerarmos a escassez e, portanto, a necessidade de produção e pesquisa em temas que articulem saúde mental e saúde coletiva a partir da Teoria da determinação social do processo saúde-doença. Por fim, a relevância do projeto sustenta-se como subsídio para intervenções em saúde coletiva, a partir de acúmulos sintetizados em conjunto com aqueles e aquelas que usufruem dos serviços de saúde - ou que estão fora dos serviços, produzindo estratégias coletivas de cuidado. A pesquisa pode ainda lançar luzes sobre as contradições sociais que incidem sobre os serviços e os diferentes profissionais que integram as equipes de saúde, dado o regime de acumulação flexível e seus desdobramentos no papel do Estado e nas políticas sociais (BRAZ, NETTO, 2006). A investigação acerca dos processos de adoecimento específicos no campo da saúde mental torna-se relevante dado aos efeitos psíquicos que as relações de trabalho possuem, no sentido da produção de maior desgaste que recomposição da força de trabalho - que se atualiza conforme a mudança no processo produtivo com a acumulação flexível (Viapiana, Gomes, Albuquerque, 2018).

Ao formular questionamentos sobre os processos histórico-sociais que se evidenciam na gênese e no desenvolvimento das experiências de escuta de vozes e sofrimento psíquico, iniciamos a presente pesquisa com uma revisão bibliográfica sobre o tema, como se verá no próximo capítulo.

2 ESCUTA DE VOZES E SUAS BASES SOCIAIS: UMA REVISÃO DA LITERATURA EM BUSCA DE “PISTAS” NAS PESQUISAS RECENTES

Nesta seção será apresentada a revisão integrativa da literatura realizada sobre a determinação social da escuta de vozes. Essa investigação apresentou um desafio significativo, uma vez que os estudos baseados na Teoria da Determinação Social ainda são minoritários na área da saúde, onde predomina a concepção hegemônica de determinantes e o modelo multicausal da doença. Diante disso, a revisão foi desenvolvida com o objetivo de estabelecer possíveis aproximações com as evidências encontradas, daí o sentido de “buscar pistas” sobre as determinações sociais na produção científica sobre escuta de vozes, mesmo que os estudos não se fundamentem na teoria em questão.

É importante realizar uma distinção entre os conceitos de causa, determinação e etiologia. No paradigma dominante, marcado pela influência das ciências naturais sobre as sociais, busca-se a verdade e o controle da natureza por meio de métricas rigorosas, identificação de leis e causalidades, e uma abordagem reducionista que fragmenta e classifica fenômenos complexos.

A etiologia, como campo da epidemiologia médica, concentra-se no estudo das causas das doenças, identificando fatores genéticos, ambientais, comportamentais, infecciosos, entre outros, que levam ao surgimento de patologias. Nesse modelo causalista, sustentado pela teoria dos fatores de risco, os diagnósticos de saúde frequentemente desconsideram as condições estruturais e de vida mais amplas que moldam a saúde da população.

O conceito de determinação, em contraste, adota uma abordagem mais ampla e integrada. Ele compreende os processos como resultado da interação entre estruturas sociais, modos de vida coletivos e condições individuais, articulando essas dimensões de forma dinâmica e relacional. Assim, a determinação busca evidenciar os vínculos e interdependências entre essas esferas, evitando sua fragmentação e reconhecendo a unidade em movimento que define a experiência humana (Borghini, Oliveira, Sevalho, 2018).

Foi realizada uma revisão de literatura, sobre o tema determinação/etiologia social da audição de vozes. A busca da produção científica foi realizada em periódicos indexados em quatro bases de dados: Portal de pesquisa BVS, Embase, Scopus e Pubmed. A busca foi realizada entre maio e junho de 2023 e foram escolhidos os descritores em língua portuguesa, inglesa, espanhola e francesa: ("Alucinações" OR "Hallucinations" OR "Alucinaciones" OR "Hallucinations" OR "Alucinaciones auditivas" OR "Alucinações auditivas" OR "Auditory

hallucinations" OR "Alucinações verbais auditivas" OR "Auditory verbal hallucinations" OR "Alucinações/etiologia" OR "Alucinações auditivas/etiologia" OR "Hallucinations/etiology" OR "Alucinaciones/etiología" OR "Hallucinations/étologie") AND ("audição de vozes" OR "ouvir vozes" OR "Ouidores de vozes" OR "Oyentes de voz" OR "Entendeurs de voix" OR "Voice hearers" OR "hearing voices").

Os critérios de inclusão consistiam em pesquisas que mencionassem em algum nível aspectos referentes a uma etiologia social da audição de vozes, dentro eles processos relacionados à relações de gênero, relações raciais, estratificação social, expressões culturais que pudessem dar pistas sobre uma determinação social. Já os critérios de exclusão foram: artigos duplicados; artigos sobre percepções de profissionais ou estudantes sobre audição de vozes; estudos que abordam as vozes estritamente como eventos neuroquímicos; audição de vozes associada à ideia de disfunção ou anormalidade; experiências e desfechos de terapias com ouvidores de vozes; alucinações por uso de substância ou induzido por medicação; estudos em neurologia sobre outros distúrbios ou uso de substância; audição de vozes como problemas da neurocognição; estudos clínicos sobre uso de medicação na esquizofrenia; estudos sobre validação de escalas em saúde mental.

A seleção dos artigos científicos foi realizada com auxílio do sistema de gerenciamento de referências Zotero. A partir da exportação do número total de arquivos encontrados nas quatro bases de dados após aplicação da estratégia de busca.

QUADRO 1 – ESTRATÉGIA DE BUSCA DA REVISÃO DE LITERATURA

Base de dados	Estratégia	Resultados (jun/2023)
Embase	('hallucination'/exp OR hallucination:ti,ab,kw OR 'hallucinations etiology':ti,ab,kw OR 'auditory hallucinations':ti,ab,kw OR 'auditory verbal hallucinations':ti,ab,kw) AND 'voice hearers':ti,ab,kw OR 'voice hearer':ti,ab,kw OR 'hearing voices':ti,ab,kw OR 'hearing voice':ti,ab,kw	696
BVS	("Alucinações" OR "Hallucinations" OR "Alucinaciones" OR "Hallucinations" OR "Alucinaciones auditivas" OR "Alucinações auditivas" OR "Auditory hallucinations" OR "Alucinações verbais auditivas" OR "Auditory verbal hallucinations" OR "Alucinações/etiologia" OR "Alucinações auditivas/etiologia" OR "Hallucinations/etiology" OR "Alucinaciones/etiología" OR "Hallucinations/étologie") AND ("audição de vozes" OR "ouvir vozes" OR "Ouidores de vozes" OR "Oyentes de voz" OR "Entendeurs de voix" OR "Voice hearers" OR "hearing voices")	435
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (hallucination) OR KEY ("hallucinations etiology") AND TITLE-ABS-KEY ("auditory hallucinations") OR TITLE-ABS-KEY ("auditory verbal hallucinations") AND TITLE-ABS-KEY ("voice hearers")	444

Base de dados	Estratégia	Resultados (jun/2023)
	OR TITLE-ABS-KEY ("voice hearer") OR TITLE-ABS-KEY ("hearing voices") OR TITLE-ABS-KEY ("hearing voice")	
Pubmed	(((("Hallucinations"[Mesh]) OR "Hallucinations/etiology"[Mesh]) OR (((((((Auditory Hallucination[Title/Abstract]) OR ("auditory hallucination"[Text Word])) OR (Auditory Hallucinations[Title/Abstract])) OR (Verbal Auditory Hallucination[Title/Abstract])) OR (Verbal Auditory Hallucination[Text Word])) OR (Verbal Auditory Hallucinations[Text Word])) OR (Verbal Auditory Hallucinations[Title/Abstract]))) AND ((((((("hearing voices"[Text Word]) OR ("hearing voices"[Title/Abstract])) OR ("voice hearers"[Title/Abstract])) OR ("voice hearers"[Text Word])) OR ("voice hearing"[Text Word])) OR ("voice hearing"[Title/Abstract]))	432

FONTE: A autora (2023).

Portanto, o resultado inicial da revisão apresentou ao total 1943 artigos, com a exclusão dos artigos duplicados chega-se ao n=1030. A primeira etapa da revisão consiste na leitura de títulos, a partir dela obteve-se 342 artigos, onde o critério de inclusão consistia em identificar algum conceito que remetesse a explicações relacionadas à determinação ou causalidade da audição de vozes. Foram excluídos 575 artigos, que estavam relacionados a estudos sobre outros transtornos mentais (estudos comparativos), estudos sobre eficácia de medicamentos, estratégias terapêuticas aplicadas à escuta de vozes, estudos de neuroimagem, neurofisiologia, genética.

Em seguida, foi realizada a leitura dos resumos dos artigos restantes, 136 artigos foram considerados elegíveis por abordarem o tema sob uma perspectiva mais próxima a uma etiologia social da audição de vozes, sendo 203 descartados por apresentarem estudos mais direcionados à caracterização das vozes e dos ouvintes, ao conteúdo das vozes, fenomenologia das vozes, estratégias terapêuticas e práticas de cuidado. Nesta terceira etapa, foi realizada a leitura dos artigos na íntegra, sendo selecionados 50 artigos por atenderem ao objetivo da pesquisa, dos 136 ainda foram descartados 68 por apresentarem temas específicos que não contribuem para o estudo, como estudos de caracterização sociodemográfica, estudos de caso, comparação entre audição de vozes e outros transtornos psiquiátricos. Foram incluídos em uma categoria “talvez” 18 artigos, que apresentaram coerência com o objetivo da pesquisa, mas na leitura do artigo completo não apresentaram contribuições que dialogassem com a revisão de literatura. Por fim, 50 artigos foram considerados eleitos para a extração dos dados.

TABELA 1 – SISTEMATIZAÇÃO DOS ARTIGOS ELEGÍVEIS

Autor/ Ano	Local do estudo	Metodologia	Detalhes do estudo
Honig <i>et al.</i> (1998)	Holanda	Estudo epidemiológico coorte	Estudo realizado com pacientes de centros psiquiátricos comunitários em Maastricht, dados coletados entre junho de 1991 a janeiro de 1993. Perfil da amostra: Pacientes com esquizofrenia, transtorno dissociativo, histórico de alucinações auditivas persistentes nos últimos 6 meses.
Morrison; Petersen (2003)	UK	Estudo quantitativo	Estudo quantitativo, aplicado questionário composto por sete escalas em 74 pessoas, realizada análise estatística. Hipótese do estudo é que a predisposição para alucinações auditivas está associada ao histórico de evento traumático.
Hayward (2004)	Grécia	Pesquisa qualitativa	Estudo qualitativo com análise de entrevistas, utilizou-se a teoria fundamentada em dados, com pacientes do Hospital Psiquiátrico de Salónica, na Grécia. Participaram do estudo 15 indivíduos, 9 homens e 6 mulheres, que ouviam vozes no período atual das suas vidas.
Legg; Gilbert (2006)	UK	Pesquisa qualitativa	Estudo qualitativo, com análise de entrevistas para explorar o conteúdo das vozes masculinas e femininas ouvidas por homens e mulheres. Local do estudo foi os Serviços de Saúde Mental de Derby, participaram 10 homens e 10 mulheres. Utilizou-se a análise de conteúdo.
Andrew; Gray & Snowden (2008)	UK	Estudo de métodos mistos	Estudo com métodos mistos, em que foi aplicada entrevista e questionário composto por seis escalas. O estudo analisou dados de 43 indivíduos, 22 deles ouvidores de vozes psiquiátricas (PVH) e 21 ouvidores de vozes não psiquiátricas (NPVH).
Dorahy <i>et al.</i> (2009)	Irlanda do Norte/ Austrália	Estudo quantitativo	Estudo quantitativo, utilizou-se entrevista estruturada e um questionário (CTQ), que avalia o histórico de abuso e negligência na infância, os dados obtidos foram submetidos à análise estatística. Participaram 65 indivíduos, que estavam internados ou frequentavam ambulatórios de serviços psiquiátricos na Irlanda do Norte ou na Austrália.
Anketell <i>et al.</i> (2010)	Irlanda do Norte/ Nova Zelândia	Pesquisa qualitativa	A pesquisa investigou alucinações auditivas em indivíduos com TEPT crônico, analisando a relação com dissociação e supressão do pensamento. Dos 40 participantes, 50% relataram alucinações. Os achados sugerem que alucinações no TEPT crônico não é rara e que a dissociação pode ser um mecanismo mediador desse fenômeno.
Pierre (2010)	USA	Estudo descritivo	Não apresenta uma metodologia exata, o autor se dedica a descrever alguns dos principais conceitos relacionados à audição de vozes.
Mawson <i>et al.</i> (2011)	UK	Pesquisa Qualitativa	Neste estudo utilizou-se uma metodologia qualitativa, fenomenológica e idiográfica, com entrevistas semi-estruturadas. Participaram dez pessoas, recrutadas através de serviços de saúde mental, e que relataram ter ouvido vozes na semana anterior. Utilizou-se na análise a fenomenológica interpretativa.
Anketell <i>et al.</i> (2011)	Irlanda do Norte/ Nova Zelândia / Austrália	Pesquisa qualitativa	Esta pesquisa utilizou uma metodologia qualitativa para investigar a experiência vivida por 3 homens com transtorno de estresse pós-traumático crônico associado ao conflito na Irlanda do Norte que relataram alucinações auditivas. A análise dos dados utilizou o método Framework.
Daalman <i>et al.</i> (2012)	Holanda	Estudo epidemiológico caso-controle	Estudo quantitativo buscou investigar traumas infantis em 127 indivíduos não psicóticos com AVH frequente, 124 controles saudáveis e 100 pacientes psicóticos com AVH. A prevalência de traumas infantis foi comparada entre os grupos e a relação entre características das vozes, especialmente valência emocional do conteúdo, e traumas infantis foi investigada.
Longden <i>et al.</i> (2012a)	UK	Revisão de literatura	Neste artigo é realizada uma revisão de literatura, sugere que a audição de vozes (AV) deve ser vista como um fenômeno dissociativo, não psicótico, conclui que as vozes podem refletir partes dissociadas do self causadas por trauma ou estresse interpessoal.

Autor/ Ano	Local do estudo	Metodol ogia	Detalhes do estudo
Longden <i>et al.</i> (2012b)	Holanda/ UK	Estudo de caso	A partir de um estudo de caso, este artigo apresenta um método de formulação psicológica para analisar a conexão entre o conteúdo das alucinações auditivas e adversidades vividas. A fim de criar um plano terapêutico individualizado, considerando vulnerabilidades emocionais e eventos estressores que desencadeiam ou mantêm as vozes.
Daalman; Diederer (2013)	UK	Revisão sistemática	Neste estudo foi realizada uma revisão sistemática de literatura, com objetivo de revisar pesquisas sobre alucinações verbais auditivas (AVH) em indivíduos não clínicos para comparar com indivíduos clínicos. Ambos os grupos exibiram ativação cerebral semelhante durante a experiência de AVH e uma taxa aumentada de traumas na infância.
DeVylder <i>et al.</i> (2013)	EUA	Pesquisa métodos mistos quantitativa e qualitativa	Estudo de métodos mistos, com dados secundários obtidos a partir do National Latino and Asian American Study, uma amostra com adultos não institucionalizados (n = 4.649) de origem latina e asiática. Dados primários obtidos a partir de entrevistas.
Hoffmann (2013)	Alemanha/ UK/ USA/ Canada	Relato de experiência clínica	Trata-se de um relato de experiência de uma psiquiatra, a partir de sua experiência clínica ela desenvolve algumas orientações para outros profissionais de saúde.
Corstens; Longden (2013)	Holanda/ UK	Estudo de métodos mistos	Trata-se de um estudo que analisa dados de 100 casos clínicos, utilizando o método de "construção" de Romme e Escher para sistematizar o conteúdo e as características das vozes. Os participantes foram selecionados, na medida que se voluntariaram para o estudo, provenientes de vários países da Europa Ocidental (Dinamarca, Países Baixos, Reino Unido, Suécia), Austrália e Camarões.
McCarthy-Jones; Longden (2015)	UK	Revisão de literatura	O artigo argumenta que as alucinações verbais auditivas (AVH) em esquizofrenia e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) compartilham características fenomenológicas semelhantes, com o conteúdo das vozes frequentemente relacionado a eventos traumáticos passados. Sugere intervenções baseadas no trauma, ao afirmar que não há distinção entre AVH dissociativas e psicóticas.
McCarthy-Jones <i>et al.</i> (2015)	Irlanda / UK/ USA	Pesquisa qualitativa	Estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas com roteiro semi-estruturado. Utilizou-se a análise fenomenológica interpretativa como metodologia de análise, participaram do estudo oito mulheres, as quais foram recrutadas através dos serviços de saúde mental, da Rede Inglesa de Vozes Auditivas e de uma instituição local de caridade para a saúde mental.
Luhrmann <i>et al.</i> (2015)	Índia/ Gana/ USA	Pesquisa qualitativa	Trata-se de um estudo qualitativo com 20 indivíduos, de três regiões diferentes (EUA, Índia e Gana), com sintomas psicóticos graves que ouvem vozes. Os participantes recrutados estavam sendo acompanhados em serviço ambulatorial ou em internamento de longa duração em Hospitais Psiquiátricos.
Corstens; Romme (2016)	Holanda	Estudo de caso	O artigo descreve a abordagem de "diagnóstico pessoal" proposta por Jim van Os, aplicada a pacientes que ouvem vozes. O método permite estabelecer uma relação entre as vozes e eventos da vida pessoal do paciente, o que desempenha um papel importante em sua recuperação.
Scrutton (2016)	Brasil/ UK	Revisão de literatura	Revisão de literatura a partir de estudos que apresentassem um trabalho relevantes sobre spirit-related practices, beliefs and experiences (SPBEs)
Longden <i>et al.</i> (2016)	UK/ Nova Zelândia/ Austrália	Estudo quantitativo	Estudo quantitativo, dados obtidos de registros médicos eletrônicos de 251 adultos usuários dos serviços de quatro centros comunitários de saúde mental (CMHC) urbanos da Nova Zelândia.
Hayward <i>et al.</i>	UK/ Espanha	Estudo quantitativo	Estudo quantitativo, dados extraídos de quatro estudos publicados: Dannahy <i>et al.</i> (2011), Hayward (2003), Hayward <i>et al.</i> (2008) e Sorrell <i>et al.</i> (2010).

Autor/ Ano	Local do estudo	Metodol ogia	Detalhes do estudo
(2016)		o	No total, foram incluídos neste estudo dados de 148 participantes, 75 dos quais eram mulheres. Utilizou-se 2 questionários para avaliação das respostas emocionais e comportamentais às vozes.
Baumeister <i>et al.</i> (2017)	UK	Revisão sistemática	Revisão sistemática de literatura, investiga como indivíduos saudáveis que experienciam alucinações verbais auditivas (AVH) são conceituados em relação aos modelos diagnósticos. A revisão incluiu 36 artigos relevantes e constatou que a experiência subjetiva das vozes é semelhante em grupos clínicos e não clínicos.
Berry <i>et al.</i> (2017)	UK	Revisão de literatura	Este artigo apresenta o modelo cognitivo-attachment das vozes (CAV), que busca explicar a relação entre traumas interpessoais e alucinações auditivas angustiantes. O artigo revisa evidências baseado na teoria do apego e em modelos cognitivos das vozes, o modelo sugere que os processos de apego e dissociação são fundamentais para entender como o trauma influencia a audição de vozes.
Meneses <i>et al.</i> (2017)	USA	Caso clínico.	Estudo de caso clínico. No estudo é descrito o caso de Lucy, uma criança latina de 12 anos cuja mãe a trouxe à clínica pediátrica para a ajudar com os seus sintomas de ansiedade e escuta de vozes.
Moernaut <i>et al.</i> (2018)	Bélgica	Pesquisa qualitativa	Estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas sobre experiências alucinatórias. As entrevistas foram semi-estruturadas, participaram do estudo 10 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.
Toraman <i>et al.</i> (2018)	Istanbul	Estudo de caso clínico	Estudo de caso de uma mulher de 33 anos, casada, dona de casa. Foi avaliada no serviço de urgência com queixas de ouvir vozes do próprio pai.
Schnackenberg <i>et al.</i> (2018)	Alemanha / UK	Pesquisa qualitativa	Estudo qualitativo, utilizando entrevistas semiestruturadas e uma abordagem de modelo explicativo indutivo da Análise Temática Aplicada. Foram entrevistados profissionais de saúde mental e ouvintes de vozes.
Myers <i>et al.</i> (2018)	USA/ Tanzânia	Estudo quantitativo	Trata-se de um estudo quantitativo que busca identificar a fenomenologia das vozes. Foi aplicado um survey com uma amostra de conveniência (n=73) de mulheres de origem Maasai, que moram no norte da Tanzânia.
Vallath <i>et al.</i> (2018)	Holanda/ Índia/ USA	Pesquisa qualitativa	Estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas com 21 indivíduos (7 homens e 14 mulheres) que apresentam alucinações auditivas e acessam serviços de saúde mental numa organização sem fins lucrativos.
Luhrmann <i>et al.</i> (2019)	UK / USA / Noruega / Bélgica / Índia / Australia	Estudo etnográfico	Estudo etnográfico comparando (1) dados do projeto “Hearing the Voice” na Universidade de Durham; (2) dados de um projeto em Yale que trabalham com ouvintes de vozes não-clínicos que se descrevem como psíquicos e espiritualistas; (3) dados de entrevista fenomenológica com 11 okomfo (indivíduos que falam com os deuses locais em Gana) e 7 cristãos. Este artigo explora, com base em dados etnográficos, múltiplos caminhos para a experiência de ouvir vozes
NiaNia <i>et al.</i> (2019)	Austrália/ Nova Zelândia	Caso clínico	Este artigo descreve a experiência de um jovem Māori que ouve vozes e a avaliação conjunta que recebeu de um curandeiro Māori e um psiquiatra. O estudo sugere que a colaboração entre curandeiros Māori e psiquiatras pode proporcionar avaliações e intervenções mais apropriadas para indivíduos e famílias Māori.
Løberg <i>et al.</i> (2019)	Noruega	Estudo quantitativo	Estudo quantitativo, incluiu uma amostra de 10 346 adolescentes que participaram de um estudo dirigido por um Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil da Noruega. A amostra incluía todos os adolescentes que frequentavam o ensino secundário durante a primavera de 2012.
Kantorski <i>et al.</i> (2020)	Brasil	Estudo quantitativo	Esta pesquisa provém da análise de registros de prontuários de usuárias e usuários de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) localizado no município de Pelotas, de setembro de 2017 a maio de 2018, foram analisados 389 prontuários. A análise e interpretação dos dados foi realizada sob a

Autor/ Ano	Local do estudo	Metodologia	Detalhes do estudo
Scott <i>et al.</i> (2020)	Austrália	Estudo quantitativo	perspectiva do conceito de gênero. Trata-se de um estudo quantitativo, contou-se com 140 participantes, com experiências de AVHs atuais ou que ocorreram no passado e com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar. Os participantes foram recrutados nos serviços de internamento e ambulatório de dois hospitais psiquiátricos públicos e um privado em Melbourne, Austrália.
Fung <i>et al.</i> (2020)	Japão / EUA	Estudo quantitativo	Este estudo analisou a relação entre alucinações auditivas, trauma e dissociação em dois grupos de pacientes que buscavam tratamento para dissociação – um de falantes de inglês (83 pessoas) e outro de falantes de chinês (82 pessoas). Os resultados mostraram que ouvir vozes está mais fortemente associado ao trauma e a fenômenos dissociativos.
Sinha; Ranganathan (2020)	Índia	Pesquisa qualitativa	Foi utilizada uma metodologia qualitativa, análise baseada na perspectiva do construcionismo social e nos fundamentos da psicologia crítica. As entrevistas foram realizadas com o questionário “Maastricht Hearing Voices”. Realizada com 27 participantes, que ouviam vozes há pelo menos três meses e seus cuidadores num hospital psiquiátrico privado.
Heriot-Maitland; Levey (2021)	UK	Caso clínico	Estudo de caso clínico, longitudinal, foi aplicado durante um período de seis meses terapia focada na compaixão (CFT) para uma cliente que ouve vozes há 35 anos. A cliente participa como coautora do artigo.
Bortolon; Raffard (2021)	França	Revisão narrativa de literatura	Esta revisão aborda os modelos psicológicos acerca das alucinações auditivas a partir de uma perspectiva transdiagnóstica. O estudo destaca quatro aspectos: (1) crenças sobre as vozes e autoesquemias, (2) a experiência das vozes como um fenômeno relacional, (3) o papel das emoções e estratégias de regulação emocional, e (4) a relação entre experiências traumáticas passadas e dissociação. A revisão enfatiza a importância de um modelo centrado na pessoa.
Suessenbacher-Kessler <i>et al.</i> (2021)	Áustria	Pesquisa métodos mistos	Pesquisa métodos mistos com entrevista semiestruturada e aplicação de questionários. Os participantes do estudo foram recrutados de serviços psiquiátricos ambulatoriais e hospitalares, bem como de unidades de cuidados diurnos em Viena e arredores. A amostra final analisada incluiu um total de 117 participantes, dos quais 54 eram mulheres.
Schlier <i>et al.</i> (2021)	UK/ Alemanha	Estudo quantitativo	O estudo investigou diferenças de gênero na relação com as vozes e no sofrimento associado a elas. Com uma amostra de 248 ouvintes de vozes (124 homens e 124 mulheres), foram analisadas a gravidade das vozes, o sofrimento causado e os estilos de relação com as vozes (passivo, agressivo ou assertivo).
Baumeister <i>et al.</i> (2021)	UK	Estudo quantitativo	Estudo quantitativo, buscou investigar se a exposição a adversidades diferencia ouvintes de vozes clínicos e não clínicos, usando um modelo de vulnerabilidade em três níveis: risco familiar, adversidades na infância e adversidades na adolescência/vida adulta. A amostra foi composta por 57 ouvintes clínicos e 45 ouvintes saudáveis. Ambos os grupos foram recrutados no sul de Londres e no norte do País de Gales.
Strachan <i>et al.</i> (2022)	Austrália	Revisão narrativa	O estudo investigou fatores que mantêm vozes relacionadas a traumas, revisando modelos de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e sintomas positivos da psicose. Foram analisados 10 modelos de TEPT, 4 de sintomas positivos e 2 modelos de audição de vozes informados pelo trauma, identificando 21 fatores relevantes.
Næss <i>et al.</i> (2022)	Noruega	Estudo epidemiológico	Este estudo investigou a relação entre abuso, vivido na infância ou na idade adulta, e o conteúdo negativo das alucinações auditivas (AVHs) em quatro grupos de participantes: indivíduos com transtorno psicótico e AVHs, com ou sem histórico de abuso, e um grupo de indivíduos saudáveis com AVHs,

Autor/ Ano	Local do estudo	Metodol ogia	Detalhes do estudo
Begemann <i>et al.</i> (2022)	Holanda/A ustrália	Estudo epidemioló gico coorte	também com ou sem histórico de abuso. O estudo utilizou um survey online, a amostra final consistiu em 2498 participantes. Este estudo investigou se existiam subtipos únicos de trauma infantil em uma amostra de indivíduos com alucinações auditivas verbais (AVH) e examinou as características clínicas e fenomenológicas associadas a esses subtipos. A amostra total foi constituída por 413 indivíduos, incluindo um grupo clínico com HVA (n = 166), indivíduos não clínicos com HVA (n = 122) e participantes não clínicos sem HVA (n = 125).
Souza et al (2022)	Brasil	Revisão de literatura	Este artigo revisa estudos sobre a relação entre a experiência de ouvir vozes e eventos traumáticos, com base em 13 artigos selecionados de bases de dados como PubMed, Scopus e Web of Science. São discutidos dois tópicos principais: as implicações dos eventos traumáticos na experiência de ouvir vozes e o impacto do trauma infantil nessa experiência. Este estudo investiga a relação entre trauma e a experiência de ouvir vozes em pessoas com psicose. A pesquisa foi conduzida com 73 participantes que experienciaram trauma antes de ouvir vozes. Conclui-se que o trauma exerce uma forte influência no conteúdo e impacto psicológico das vozes, sugerindo que os mecanismos induzidos pelo trauma podem ser importantes alvos de intervenção.
van den Berg et al (2023)	Holanda/ UK	Estudo quantitativ o	Este estudo investigou como adversidades socioambientais na infância (como urbanização, poluição e desvantagens familiares) podem levar ao desenvolvimento de experiências psicóticas subclínicas na adolescência. Os participantes eram membros do Environmental Risk (E-Risk) Longitudinal Twin Study, um estudo de coorte, que acompanhou 2232 crianças gêmeas nascidas em 1994-1995 na Inglaterra e no País de Gales
Newbury <i>et al.</i> (2023)	UK/ USA	Estudo epidemioló gico coorte	

FONTE: A autora (2023).

Na revisão de literatura foram identificados artigos com posicionamentos divergentes, tanto estudos que tendiam mais à perspectiva biomédica contribuindo para uma compreensão alinhada à patologização das vozes, por outro lado, haviam artigos orientados por uma compreensão não biomédica, que contribuíam para uma explicação não patológica do fenômeno – estes estavam majoritariamente orientados por uma visão fenomenológica do processo. Os dados foram sistematizados em quatro categorias: (1) As “Pistas” encontradas que levam ao desvelar da determinação social da escuta das vozes; (2) O conteúdo das vozes e as expressões do nó gênero-raça-classe; (3) Aproximações possíveis com o conceito de Processos Críticos Protetores; (4) Perspectivas e contribuições em direção à não patologização das vozes.

2.1 As “Pistas” encontradas que levam ao desvelar da determinação social da escuta das vozes

Há uma concordância entre os autores, no que diz respeito à relação entre a história de trauma ou experiências traumáticas na vida da pessoa e a manifestação das vozes (Heriot-Maitland; Levey, 2021; Daalman; Diederer, 2013; Strachan *et al.*, 2022; Corstens; Romme, 2016; Legg; Gilbert, 2006; Anketell *et al.*, 2010; Næss *et al.*, 2022; Honig *et al.*, 1998; McCarthy-Jones; Longden, 2015; Longden *et al.*, 2016; Daalman *et al.*, 2012; Scott *et al.*, 2020; Fung *et al.*, 2020; Berry *et al.*, 2017; Schnackenberg *et al.*, 2018; McCarthy-Jones *et al.*, 2015; Baumeister *et al.*, 2021; Løberg *et al.*, 2019; Corstens; Longden, 2013; Morrison; Petersen, 2003; van den Berg *et al.*, 2023).

Segundo Næss *et al.* (2022) as experiências traumáticas na infância foram associadas à presença de vozes na idade adulta, no entanto a experiência do trauma não trouxe dados sobre a valência emocional das vozes ou a quantidade de angústia que elas causaram. Em consonância a esses dados, Strachan *et al.* (2022) apontam que aproximadamente 70 a 75% dos ouvintes de voz relatam uma história de trauma. No entanto, o que se entende como trauma é algo amplo e subjetivo, podendo incluir acontecimentos que provocavam algum tipo de resposta emocional intensa, como estar apaixonado, estar grávida ou possuir alguma doença (Andrew; Gray; Snowden, 2008).

Já Corsten & Longden (2013) apresentam que algo próximo de 60% dos participantes de seus estudos relatou vozes começando antes dos 20 anos, sendo 35% antes dos dez anos. Muito embora, os autores identificaram que é comum novas vozes aparecerem mais tarde. Dos participantes da pesquisa, 7% não conseguiram identificar as circunstâncias que desencadearam as vozes e a idade exata em que essa experiência começou (Corsten & Longden, 2013). Ao examinar eventos traumáticos na história de vida, 89% dos participantes da pesquisa sofreram estressores graves em algum momento da sua vida (Corsten & Longden, 2013).

Luhrmann *et al.* (2019) apresentam que o trauma pode impactar na manifestação das vozes em 3 níveis: (1) o trauma se torna um estressor ou “gatilho” biológico, biopsicossocial e/ou psicológico; (2) o trauma pode influenciar o conteúdo da voz, refletindo elementos do evento original; (3) a dissociação relacionada ao trauma pode criar ou manter alucinações (Luhrmann *et al.*, 2019).

Pesquisas epidemiológicas, segundo Corstens e Romme (2016) já evidenciaram que abuso sexual, abuso físico, negligência emocional e bullying são traumas que, se ocorrerem na infância, aumentam o risco de desenvolver psicose posteriormente. Foi possível notar que nos

casos de abuso físico e bullying pode haver uma conexão entre as vozes e as lembranças dos abusadores/ agressores (Daalman *et al.*, 2012). Daalman *et al.* (2012) também apresentam que a “voz dos agressores” pode ser manifestada por um grupo de vozes, e por vezes, a idade da voz muitas vezes indica a idade em que o trauma começou ou em que terminou.

Na pesquisa de McCarthy-Jones *et al.* (2015), notou-se que as vozes podem representar ou reproduzir o som de pessoas importantes da infância, tais como membros da família, parceiros. Estas vozes eram, muitas vezes, severas, críticas, culpando, controlando e ecoando as mesmas palavras que as participantes já haviam ouvido de pessoas em outros momentos de suas vidas (McCarthy-Jones *et al.*, 2015).

Acerca do conteúdo das vozes, estudos fenomenológicos evidenciam que aproximadamente 57,5% dos ouvintes de voz relatam associações indiretas entre o conteúdo de suas vozes e traumas passados; 12,5% relatam uma combinação de associações indiretas e diretas (Strachan *et al.*, 2022). No caso de vozes que apresentam associações diretas podem repetir frases ditas pelos perpetradores do trauma, e quando indiretas apresentam um conteúdo tematicamente semelhante ao trauma passado (Strachan *et al.*, 2022; Anketell *et al.*, 2010; McCarthy-Jones; Longden, 2015; Daalman *et al.*, 2012).

Alguns ouvidores de vozes relatam conhecer a identidade de suas vozes – ou pelo menos uma quantidade significativa - e afirmam que estas personificam indivíduos reais que fazem ou fizeram parte de suas vidas (Bortolon; Raffard, 2021). No entanto, diversos estudos apresentam que alguns ouvidores não notam uma relação óbvia entre a experiência traumática e as vozes (Anketell *et al.*, 2010). Dessa forma, entende-se que o trauma pode contribuir e aumentar a possibilidade de manifestação das vozes, no entanto não tem relação causal direta (Luhmann *et al.*, 2019).

Nesse sentido, até então não houveram estudos que estabeleçam uma relação causal direta entre trauma e audição de vozes. Na pesquisa de Van den Berg *et al.* (2023) metade das vozes têm uma identidade ligada a um indivíduo que desenvolveu algum trauma. Os autores entendem que emoções e pensamentos internalizados na memória autobiográfica podem influenciar a experiência de audição de vozes, moldando seu conteúdo e contexto relacional (Van den Berg *et al.*, 2023).

Dessa forma, os autores apontam que há um impacto afetivo-cognitivo relacionado à memória e à história autobiográfica, que são representados pelas vozes, muitas vezes sem consciência de que estão relacionadas a eventos passados (Van den Berg *et al.*, 2023). A fenomenologia do trauma e das vozes é geralmente caracterizada por algo que foi internalizado

como uma “ameaça”. Mostrando como o significado e o afeto associados ao trauma podem ser incorporados na experiência com as vozes (Van den Berg *et al.*, 2023). Como os autores partem de uma perspectiva cognitivo-comportamental, eles pontuam que há uma tendência a atribuir as nossas experiências intrapsíquicas a causas psicossociais, o que levou pesquisadores e os próprios ouvintes de vozes a dar importância às ligações fenomenológicas entre a experiência de ouvir vozes (Van den Berg *et al.*, 2023).

Alguns dados apresentados por Anketell *et al.* (2011) apontam que as vozes podem surgir como uma estratégia de enfrentamento ou mesmo como uma representação internalizada, e aparece de forma simbólica ou como memória de um trauma (Honig *et al.*, 1998; Morrison, Nothard, Bowe e Wells, 2004; Romme e Escher, 1989).

Em estudo, Luhrmann *et al.* (2019) apresentam que 43% dos indivíduos que relataram ouvir vozes não souberam associar a primeira escuta a um evento específico, ou a um suposto "gatilho" ¹. Por sua vez, Corstens e Longden (2013) identificaram em seu estudo que os participantes conseguiram fazer uma associação direta entre os gatilhos ou circunstâncias e emoções/ sentimentos. As vozes frequentemente representavam aspectos da própria pessoa, como representar o ouvinte em uma determinada idade ou questões da própria personalidade, e essas associações estavam frequentemente ligadas a eventos traumáticos específicos (Corstens; Longden, 2013). No entanto, muitas vezes as vozes também eram personificadas como outras pessoas significativas, membros da família abusivos ou não abusivos, refletindo os papéis importantes que desempenharam na vida dos ouvintes. As representações mais comuns incluíam pais abusivos ou pessoas que de alguma forma prejudicaram o ouvinte (Corstens; Longden, 2013).

Honig *et al.* (1998) um dos precursores na pesquisa sobre ouvintes de vozes, identificaram taxas elevadas de trauma em ouvintes de vozes saudáveis. Embora as taxas de trauma na infância fossem mais altas em ouvintes de vozes clínicos (que ouviam vozes) em comparação com saudáveis. Em um estudo, Daalman e Diederren (2013) comparam a prevalência de trauma na infância em 3 amostras (1) indivíduos clínicos com audição de vozes; (2) não clínicos com audição de vozes; e (3) saudáveis. Daalman; Diederren (2013) mostraram que ambos os grupos que ouvem vozes experimentaram significativamente mais abuso emocional e sexual durante a infância do que o grupo controle (não ouvintes de vozes). Alguns

¹Utiliza-se aqui o conceito atribuído pelos autores para manter a descrição adequada à referência. Ainda que as autoras não estejam alinhadas à esta explicação.

estudos reforçam esta hipótese, ao apontar que o abuso infantil foi a regra mais do que a exceção (Dorahy *et al.*, 2009; Begemann *et al.*, 2022; Honig *et al.*, 1998; Hayward *et al.*, 2016).

Dessa forma, experiências infantis traumáticas ou adversas são prevalentes em pessoas que ouvem vozes (Begemann *et al.*, 2022). Em revisão elaborada por Luhrmann *et al.* (2019), sobre pacientes psiquiátricos, aponta-se que entre 34% e 53% dos pacientes com transtornos mentais graves relatam abuso sexual ou físico na infância, e que 56% dos pacientes com primeiro episódio psicótico relatam abuso sexual na infância.

Em síntese, existem uma série de situações que podem estar associados à origem ou causa da audição de voz como abuso sexual e físico (Heriot-Maitland; Levey, 2021; McCarthy-Jones; Longden, 2015; Longden *et al.* ; 2016; Daalman *et al.*, 2012; Løberg *et al.*, 2019; Andrew; Gray; Snowden, 2008; Morrison; Petersen, 2003), medo, vergonha, negligência, bullying na escola (Heriot-Maitland; Levey, 2021; McCarthy-Jones; Longden, 2015; Longden *et al.* ; 2016; Daalman *et al.*, 2012; Løberg *et al.*, 2019), mas também pobreza (Longden *et al.*, 2012a), separação do casal parental, discriminação racial e imigração (DeVylder *et al.*, 2013), casamento ou desemprego, violência e agressões (Begemann *et al.*, 2022; Longden *et al.*, 2016), maus-tratos (Andrew; Gray; Snowden, 2008; Dorahy *et al.*, 2009; Longden *et al.*, 2012a; Newbury *et al.*, 2023), eventos estressantes da vida, como conflitos familiares, abuso emocional, críticas pessoais severas (Begemann *et al.*, 2022; Bortolon; Raffard, 2021; Næss *et al.*, 2022; Corstens; Longden, 2013), suicídio de um parente próximo, uma doença física grave, o rompimento de um relacionamento, viver em circunstâncias de guerra ou combate militar (Honig *et al.*, 1998; McCarthy-Jones; Longden, 2015; Pierre, 2010), aborto, luto (Vallath *et al.*, 2018; (Andrew; Gray; Snowden, 2008), rejeição de colegas, isolamento social, vergonha psicológica (Longden *et al.*, 2012a).

Longden *et al.* (2012a) apresenta dados que quantificam as informações acima mencionadas. A autora relata que a causa inicial da audição de voz foi experiências na infância de abuso sexual (36%), negligência emocional (22%) ou uma combinação de ambos (6%); bullying escolar (4%); estresse crônico (4%); abuso físico (4%); ou abuso físico e sexual combinado (6%) (Longden *et al.* 2012a). No entanto, a autora entende que a escuta de vozes não se restringe a um evento específico, logo que as vozes podem ser uma resposta (não imediata) a quaisquer eventos, situações, circunstâncias fundamentais para os ouvintes de vozes - desde aspirações frustradas, até um trauma grave ou a outras situações que não foram capazes de serem resolvidas (Longden *et al.* 2012a).

Em estudo mais recente, Souza et al (2022) citam estudo com uma amostra de 70 mulheres, em que 88,4% das entrevistadas experienciou dois ou mais eventos traumáticos no decorrer da vida. Dentre os principais eventos, estavam a negligência emocional (55,7%), abuso emocional (78,6%), abuso físico (81,4%), assédio sexual (28,6%) e abuso sexual (24,3%) (Souza *et al.*, 2022). A conclusão do estudo, seguindo uma explicação sob a lógica dos fatores de risco, é que o trauma sexual está mais associado à audição de vozes, pois as mulheres são mais expostas à violência física, sexual e emocional (Souza *et al.*, 2022).

O estudo de Longden *et al.* (2016) analisou associações entre diversas adversidades e sintomas psicóticos, destacando a pobreza e o acolhimento/adoção como fatores de risco. A análise de Longden *et al.* (2016) destaca que pobreza e acolhimento/adoção representam riscos ambientais mais amplos, sugerindo desvantagens cumulativas. Por exemplo, o acolhimento/adoção pode estar relacionado a problemas na família, tais como abandono, maus tratos, e está ligado a resultados negativos a longo prazo. Isso respalda a ideia de que a qualidade do apego e as interferências nos comportamentos de apego, especialmente na infância, podem contribuir para o desenvolvimento da psicose na idade adulta (Longden *et al.*, 2016; Scott *et al.*, 2020).

A teoria do apego defende que as interações durante a infância, principalmente com cuidadores, pais e responsáveis, se relacionam com a construção de representações acerca de si mesmos, e com a elaboração de expectativas sobre como os outros se comportam nos relacionamentos (Berry *et al.*, 2017). Nesse ínterim, Scott *et al.* (2020) apresentam que o trauma emocional da infância normalmente envolve verbalizações negativas sobre a criança por parte dos cuidadores, o que afeta sua estrutura relacional (apego) e molda internalizações sobre si mesmo, de forma semelhante o trauma na infância está envolvido na produção de autoestima (Scott *et al.*, 2020). A defesa de Scott *et al.* (2020) é que em pessoas com psicose e experiências de trauma emocional, essas internalizações podem ser incorporadas no conteúdo das vozes.

Longden *et al.* (2016) afirma que a pobreza, reconhecida como preditora de psicose por décadas, também está associada a maus-tratos na infância e não regulação do estresse crônico. Uma afirmação que leva à culpabilização dos indivíduos de estratos sociais mais baixos, além de colocar a responsabilidade na não regulação do estresse, ou seja, a culpa da escuta de vozes é a incapacidade de regulação emocional frente a adversidades.

Foram incontáveis as vezes em que encontramos pobreza e processos relacionados à adoção como associados a sintomas psicóticos, o que acaba consolidando nos estudos a compreensão destes processos sociais como fatores de risco. Outros estudos epidemiológicos

ainda citam a marginalização social como fator relacionado à expressão de sintomas psicóticos (Longden *et al.*, 2021, 2016; McCarthy-Jones *et al.*, 2015). Esta associação contribui para uma visão isolada, mecanicista e simplista de que pobreza é preditor para doença. Desconsiderando vários processos envolvendo inequidades sociais, como a falta de acesso a recursos, à saneamento básico, à alimentação e uma moradia de qualidade. Portanto, colocar a pobreza (ou adoção e marginalização) como preditor de doenças é uma narrativa que culpabiliza o sujeito pela sua condição, individualiza um problema que é da ordem do coletivo, e responsabilidade do Estado.

Com relação aos processos relacionados à raça e etnia, nota-se uma prevalência de alucinações auditivas em 0,6% em grupo asiático, 2% na amostra caucasiana e 3% na amostra afro-caribenha (Longden *et al.*, 2012a). Souza et al (2022) apresenta que todos os pacientes afroamericanos relatam experienciar alguma forma de trauma, principalmente vivências de racismo ao longo da infância, adolescência e na idade adulta. O que vai de encontro com os resultados obtidos na pesquisa de Baumeister *et al.* (2021), onde os ouvintes de vozes eram menos propensos a serem de etnia branca.

Um exemplo da manifestação das relações raciais no conteúdo das vozes se apresenta em um relato de caso, quando uma voz chamou um paciente de “Paki”², embora ele se considerasse branco. Na descrição do caso o conteúdo dessas vozes parecia estar relacionado ao medo de que os outros vissem seu tom de pele mais escuro denunciando sua descendência (Legg; Gilbert, 2006).

O aumento do risco de psicose entre imigrantes e minorias étnicas está associado a fatores como adversidade social, discriminação percebida e densidade étnica no país anfitrião (DeVylder *et al.*, 2013). A adversidade social é determinada por experiências como o afastamento do migrante de sua família, desvantagens sociais no acesso à educação e trabalho, o que pode contribuir enquanto fatores de risco para psicose (DeVylder *et al.*, 2013). Além disso, minorias étnicas enfrentam maior risco de psicose quando expostas a ataques raciais e racismo no trabalho (DeVylder *et al.*, 2013). Ademais, o processo de aculturação, que envolve a adaptação a uma cultura estrangeira, também está relacionado ao risco para transtornos mentais (DeVylder *et al.*, 2013).

DeVylder *et al.* (2013) consideram que a exposição a situações de estresse de forma contínua combinada com a “incapacidade de lidar” efetivamente com esses estressores, pode

² Trata-se de um termo pejorativo utilizado no Reino Unido para se referir a um indivíduo de nacionalidade paquistanesa.

contribuir para a associação entre imigração e psicose. No entanto, o estresse aculturativo é apenas um dos mecanismos que podem mediar essa relação (DeVylder *et al.*, 2013). Novamente os autores atribuem processos sociais, condições de subalternidade, e relações de opressão a algo da ordem do individual, responsabilizando o indivíduo, devido a uma “incapacidade” de lidar com situações adversas.

Dando continuidade à análise, para alguns autores que seguem uma perspectiva cognitiva, não é a experiência de ouvir vozes – tampouco as experiências de opressão vivenciadas - que levam ao sofrimento, mas sobretudo a forma como o indivíduo avalia e internaliza essas experiências (Hayward, 2004).

Situações como a exposição à guerra e violência são citadas por McCarthy-Jones e Longden (2015) quando trazem o caso de ex-combatentes de guerra que começaram a apresentar alucinações auditivas, em que o conteúdo das vozes expressava um sentimento de culpa e tristeza.

David era um tripulante de tanque de 25 anos na Guerra do Líbano, quando um projétil de artilharia atingiu seu tanque. Ele foi levantado e jogado pela explosão. Ele sobreviveu, mas outros membros da tripulação foram mortos. Nos dias imediatamente seguintes, ele ficou inquieto e ansioso. Pensamentos preocupantes sobre o evento continuaram surgindo em sua mente, ele se tornou agorafóbico, emocionalmente volátil, sofria de distúrbios do sono e evitava armas sempre que podia. Várias semanas depois, ele começou a ouvir vozes. Eram as vozes de seus camaradas mortos, acusando David de traí-los, deixando-os e permanecendo vivos. Eles ordenaram que ele se juntasse a eles cometendo suicídio. Obviamente, essas palavras nunca foram realmente ditas a David por seus camaradas enquanto eles estavam vivos (ou seja, não eram uma reexperiência direta da fala real), mas o conteúdo dessas vozes estava claramente relacionado ao seu trauma (McCarthy-Jones; Longden, 2015, tradução minha).

Assim, os temas apresentados ou abordados nas alucinações auditivas possuem uma ligação com experiências da vida que causaram “problemas” em relação a vivências complexas ou mais existenciais, seja como um gatilho direto do episódio psicótico ou como uma questão mais distante no passado. Moernaut *et al.* (2018) traz um exemplo de como as vozes podem operar, por exemplo: “as alucinações sobre o mundo como uma comunidade de zumbis, podem facilmente ser entendidas como uma interpretação metafórica do sentimento de distanciamento do mundo”.

Muitos ouvintes de vozes não têm uma compreensão clara da identidade das vozes nem do motivo de sua manifestação. As representações fornecidas dentro do modelo produzido por Corstens e Longden (2013) oferecem um significado e compreensão personalizados, permitindo que os ouvintes abordem e reconciliem suas emoções e problemas. Embora as vozes sejam percebidas como reais e estejam ligadas a emoções autênticas, elas representam um

mundo emocional interno (Corstens; Longden, 2013). Nessa perspectiva, a experiência de ouvir vozes é vista como um reflexo distorcido de situações conflituosas que envolvem temas pessoais específicos: é uma manifestação de uma estratégia defensiva vital, onde a transformação do conflito emocional em vozes pode ser psicologicamente benéfica (Longden *et al.* 2012b).

Uma síntese importante desenvolvida por Corstens e Romme (2016) diz respeito a como as características das vozes mostram conexões diretas e indiretas com o que o indivíduo experimentou ao longo da vida, que processos emocionais estão por trás disso, e o que de fato as vozes revelam ou denunciam. Anketell *et al.* (2011) também defende a tese de que a escuta de vozes é parte da história autobiográfica da pessoa, e muitas vezes essa experiência traumática sejam elas memórias, pensamentos e sentimentos não foram representados como experiências autorreferenciais e, passam a ser experimentados como um “eu estranho” ou “não-eu”.

Nota-se que muitos dos autores até então mencionados são orientados por uma lógica biomédica, dos fatores de risco, utilizando de um recorte da realidade – selecionando um evento traumático ou condições específicas de vida, como estratos sociais – para estabelecer uma relação de causa-efeito, indicando qual a probabilidade de apresentar psicose ou episódios psicóticos ao longo da vida. Além disso, parece que há um investimento grande dos autores em encontrar uma situação ou evento objetivo/pontual que se encaixe nessa lógica de preditor da experiência psicótica.

Strachan *et al.* (2022) e outros autores que seguem uma perspectiva fenomenológica das vozes, defendem que as vozes podem estar associadas não só a um sofrimento psicológico significativo, como a ideia de um trauma ou gatilho, mas a um prejuízo psicossocial mais amplo. Identificar o que aconteceu na história de vida, dentro dos processos vivenciais, das relações em constante movimento é um passo importante como sugere Corstens e Romme (2016).

2.2 O conteúdo das vozes e as expressões do nó gênero-raça-classe

No trabalho de Heriot-Maitland e Levey (2021), os autores apresentam um caso clínico, de uma senhora de 62 anos que ouve vozes há 35 anos, ela descreve que uma das vozes é a da própria mãe. Todas as vozes são ameaçadores e gritam declarações abusivas, depreciativas, religiosas e controladoras. Um dos principais conteúdos mencionado pelas vozes é que ela é um “canal que passa câncer” para as pessoas (Heriot-Maitland e Levey, 2021). A

mãe também escutava vozes, mas não teve a possibilidade de tratamento do quadro psiquiátrico. Quando criança, esta senhora acreditava nas falas da mãe, a qual dizia que Deus possuía um método para matá-la por seus pecados. O delírio acerca da transmissão de câncer se fundamenta em um discurso da mãe, a qual costumava atribuir à gestação a causa de um câncer, ainda que o câncer não tivesse relação alguma com a gestação.

Como apresentado no exemplo acima, o conteúdo das vozes muitas vezes representa processos da história de vida e aspectos emocionais relacionados, como raiva, vergonha, culpa, entre outros. McCarthy-Jones; Longden (2015) menciona um estudo que identificou que 39% dos pacientes diagnosticados no espectro da esquizofrenia mencionaram que suas vozes eram, de certa forma, "repetições" de memórias de conversas anteriores que tiveram ou ouviram. Dentre esses pacientes, 23% (equivalente a 9% da amostra total) afirmaram que essas repetições eram idênticas às conversas anteriores (McCarthy-Jones; Longden, 2015).

Uma observação interessante apresentada em um dos estudos de revisão está relacionada a uma tendência da voz ficar mais desagradável se o indivíduo está estressado (Anketell *et al.*, 2011). Parece então que a experiência do indivíduo e o conteúdo apresentado está ligado às emoções (Anketell *et al.*, 2011). As emoções podem desencadear alucinações e até mesmo afetar seu conteúdo (Moernaut *et al.*, 2018). Nesse sentido, a ansiedade, a depressão, outras emoções reflexivas, como a vergonha, podem participar no desencadeamento e na manutenção das vozes. Para a maioria dos ouvidores de vozes, as mensagens de suas vozes representam uma mistura complexa de ameaça, assédio, perturbação, ou mesmo de alívio, solidão e ajuda.

Hoffmann (2013) concorda ao afirmar que o estado físico e mental dos ouvidores de vozes parece influenciar em certo grau o caráter e impacto das vozes. Essas emoções podem estar relacionadas a julgamentos e autoavaliações que os indivíduos fazem de si próprios (Bortolon; Raffard, 2021). Como aponta, Longden *et al.* (2012a) um indivíduo que experimenta um sentimento de inferioridade, subordinação e/ou vergonha dentro da sua família ou comunidade pode ter maior probabilidade de se sentir impotente e submisso em resposta às suas vozes e de as experimentar como dominantes e controladoras.

Hayward *et al.* (2016) traz uma hipótese importante, de que as experiências de audição de vozes são consideradas por muitos ouvidores como componentes de suas estruturas relacionais, e estudos empíricos sugerem que as "relações" com vozes compartilham muitas semelhanças com as relações sociais. Em certos contextos, as interações com as próprias vozes podem refletir uma dinâmica mais ampla de interações sociais, apresentando não apenas

padrões relacionais, mas também incorporando o mundo social do ouvinte (Corstens; Longden,2013).

Conforme as dinâmicas de socialização, as adequações a certos padrões e papéis de gênero existem diferenças nas formas como homens e mulheres se relacionam socialmente. Uma hipótese levantada por Hayward *et al.* (2016) é que as mulheres procuram maior intimidade e proximidade; já os homens procuram maior distância, havendo, portanto, uma influência do gênero nas respostas do ouvinte nas relações com as vozes. Dessa forma, foi levantada a hipótese de que as ouvintes do sexo feminino procurariam envolver-se com as suas vozes e exibiriam fortes reações emocionais a elas, enquanto os ouvintes do sexo masculino procurariam resistir às suas vozes e mantê-las à distância (Hayward *et al.*, 2016). Acreditamos que se trata de uma explicação simplista e binária sobre como as relações de gênero se manifestam por meio das vozes, mas apresentamos enquanto uma das contribuições e achados que citam, ao menos, uma análise sob uma perspectiva de gênero.

Alguns artigos destacam a falta de consenso sobre o impacto específico do trauma no conteúdo negativo das alucinações auditivas verbais. Existe uma incerteza devido a diferentes caminhos pelos quais o trauma pode influenciar a valência emocional das alucinações. Por exemplo, experiências traumáticas podem criar uma sensação persistente de ameaça. Segundo Daalman *et al.* (2012), este estudo sugere que o abuso pode aumentar a vulnerabilidade geral para experimentar AVHs, mas isso não necessariamente resulta em níveis mais elevados de conteúdo negativo nessas experiências (Næss *et al.*, 2022).

Mawson, *et al.* (2011) descrevem que algumas pessoas tendem a personificar as vozes, dando nomes ou associando a figuras reais, como os próprios pais ou outras figuras de referência – muito embora alguns também identifiquem como a própria consciência. A qualidade da relação vivida com a voz parece refletir a relação vivida com a pessoa que a voz representa. Na pesquisa desenvolvida por Mawson, *et al.* (2011) os participantes relataram uma diversidade de interações, tanto positivas quanto negativas, com suas vozes, e parte dessa diversidade parece estar relacionada aos significados que atribuíram à experiência de ouvir vozes. As crenças dos participantes sobre a experiência de ouvir vozes também influenciaram a construção da própria identidade.

No estudo de McCarthy-Jones *et al.* (2015), sete participantes relacionaram a audição de vozes ao ser mulher, principalmente em termos da manifestação e origem da voz, e a restrição ou desvalorização de suas posições sociais. Três mulheres retrataram vozes e fenômenos relacionados como específicos de gênero em conteúdo e interação, que pareciam

refletir a posição histórica de subordinação nas relações sociais e dinâmicas de poder (McCarthy-Jones *et al.*, 2015).

Alguns autores apresentam que as vozes possuem relação com sentimentos individuais, como exemplo a sensação de vergonha, no entanto a forma como se sente e qual sentimento pode estar relacionado aos papéis sociais ou mesmo papéis de gênero (Legg; Gilbert, 2006; Schlier *et al.*, 2021).

A vergonha em casos de homens acaba sendo focada em noções de fraqueza e impotência/ disfunções sexuais, já em mulheres as vozes estavam mais relacionadas à aparência e na (des)atratividade sexual (Legg; Gilbert, 2006). Legg e Gilbert (2006) sugerem que isso pode estar relacionado a aspectos da masculinidade, o papel da virilidade e do desempenho sexual em homens; enquanto que em mulheres pode estar relacionado ao controle da sexualidade feminina, à padrões estéticos, à noção de beleza e a importância do corpo. Muitas vezes as vozes reproduzem opressões sociais e culturalmente compartilhados, como por exemplo a ideia de que “mulheres não devem ser promíscuas” (Legg; Gilbert, 2006). Hayward (2004) colabora neste sentido, ao identificar que alguns participantes da pesquisa relatam xingamentos das vozes e insultos, principalmente em relação à capacidade intelectual, aparência física e orientação sexual.

Considerando que o presente estudo busca analisar estes processos a partir de uma perspectiva com base materialista, entende-se que a ideologia de uma sociedade está intrinsecamente ligada à sua classe dominante, refletindo seus interesses e visão de mundo. É possível notar, a partir do exposto que as vozes reproduzem a ideologia dominante. Por exemplo, contribuindo para uma leitura moralizante acerca do comportamento de mulheres, quando a voz se refere que “mulheres não devem ser promíscuas” (Legg; Gilbert, 2006). Ou quando as vozes apresentam um conteúdo negativo associado à sexualidade.

Ademais, alguns estudos já evidenciaram que a maioria das vozes são masculinas (Legg; Gilbert, 2006; Nayani e David, 1996). Segundo uma pesquisa citada por McCarthy-Jones *et al.* (2015), 5,3% dos participantes ouviram apenas vozes femininas, 26,6% ouviram apenas vozes masculinas vozes, e os 68,1% restantes dos participantes ouviram vozes masculinas e vozes femininas. Já Corstens e Longden (2013) em seus estudos identificaram que vozes adultas e masculinas foram as mais comuns, sendo também relatadas vozes infantis (19%), adolescentes (10%) e femininas (66%). Desses participantes 17% também relataram sons não-verbais, como choro ou riso (Corstens; Longden, 2013).

Com relação ao conteúdo das vozes, o insulto mais comum para os homens era ser chamado de “gay ou homossexual”, enquanto para as mulheres era ser chamada de “gorda e feia” (Legg; Gilbert, 2006). Neste estudo, os homens não foram chamados de gordos e as mulheres não foram chamadas de lésbicas, como insultos. A hipótese dos autores, é que as vozes manifestam uma fraqueza, insegurança ou algo sobre o qual a pessoa sente vergonha ou medo (Legg; Gilbert, 2006). No entanto, considerando a presente análise fundamentada no materialismo histórico-dialético, entende-se que as vozes expressam ideias e valores de uma classe dominante, que influenciam a forma como as pessoas pensam e agem. Como exemplo, trago o estudo de Mawson, *et al.* (2011) ao apresentarem que o conteúdo negativo da voz a respeito do corpo gordo se faz presente apenas em relatos de mulheres.

Segundo a pesquisa de Mawson, *et al.* (2011), as vozes influenciam significativamente o processo de autoimagem. Para alguns, as vozes reforçaram sua autoestima, enquanto para outros, elas refletem visões negativas de si mesmos. As vozes frequentemente moldavam a percepção dos participantes sobre si mesmos como seres sociais, tanto positiva quanto negativamente.

Outro estudo que corrobora com a hipótese de que o conteúdo das vozes reproduz práticas sociais hegemônicas, e a lógica patriarcal de subordinação e opressão às mulheres. Segundo Souza et al (2022) após episódios de abuso sexual ou físico as vozes passaram a emitir conteúdos como “ter merecido o que recebeu”, que “eram prostitutas ou vagabundas”. Além disso, o estudo de Souza *et al.* (2022) identificou prevalência de conteúdo relacionado a uma experiência de abuso sexual em pessoas do gênero feminino (Souza *et al.*, 2022).

Na maioria das vezes, as vozes masculinas são percebidas como mais dominantes. No entanto, quando uma voz feminina é ouvida como dominante, há pouca indicação de que ela seja menos poderosa, “intrusiva” ou “angustiante” ou que seja mais gentil (Legg; Gilbert (2006). Mulheres que ouvem vozes costumam ter experiências auditivas mais severas, frente a uma carga emocional negativa maior e mais angustiante (Schlier *et al.*, 2021). Já Hayward *et al.* (2016) aponta que mulheres que ouvem vozes perceberam suas vozes como significativamente mais poderosas (onipotentes e dominantes) e malévolas, em comparação com as percepções dos homens.

No estudo de Suessenbacher-Kessler *et al.* (2021), os resultados indicam que homens ouviram predominantemente vozes dominantes masculinas, enquanto mulheres experimentaram uma distribuição equilibrada entre vozes dominantes masculinas e femininas. No geral, houve uma prevalência significativa de vozes dominantes masculinas na amostra

total, e as mulheres relataram um maior sofrimento causado por suas vozes (Suessenbacher-Kessler *et al.*, 2021). No entanto, ao considerar a relação entre o gênero da voz dominante e o gênero do ouvinte, os homens perceberam as vozes dominantes masculinas como mais malévolas do que as vozes femininas dominantes (Suessenbacher-Kessler *et al.*, 2021).

Kantorski *et al.* (2020) e McCarthy-Jones *et al.* (2015) desenvolveram pesquisas com recorte de gênero, focadas exclusivamente na experiência feminina. A partir destes estudos foi possível identificar que mulheres percebem as vozes como mais hostis, críticas e irritadas, o que tornava a experiência chocante e angustiante, pois as vozes usavam uma linguagem perturbadora, violenta, desrespeitosa, ameaçadora e desvalorizadora (McCarthy-Jones *et al.*, 2015; Kantorski *et al.*, 2020). O conteúdo das vozes reproduz as dinâmicas de controle e opressão, como apresenta McCarthy-Jones *et al.* (2015) em seu estudo, ao citar uma voz que assumiu uma postura paternalista com sua ouvinte. De modo geral, as mulheres relataram um sofrimento subjetivo significativamente maior causado pelas vozes (Suessenbacher-Kessler *et al.*, 2021).

Kantorski *et al.* (2020) discorre sobre a expressão específica do adoecimento psíquico diante dos papéis de gênero, destacando que o sofrimento psíquico feminino está ligado à maternidade, aos afazeres domésticos e ao silenciamento social, enquanto o masculino está relacionado à provisão financeira e ao desempenho sexual.

Segundo McCarthy-Jones *et al.* (2015), algumas participantes evidenciam que as vozes reproduzem comportamentos patriarcais e manifestam estratégias para dominá-las e controlá-las. O estudo quantitativo de McCarthy-Jones *et al.* (2015) revelou que mulheres demonstraram ser mais propensas a enfrentar problemas emocionais (como questões de amizade/relacionamento) e somáticas (como doenças físicas e cansaço) no início das vozes, enquanto os homens eram mais propensos a relatar o uso de medicamentos/drogas recreativas nesse momento.

Essas descobertas reforçam pesquisas anteriores que indicam que as mulheres têm uma maior probabilidade de desenvolver psicose após traumas, enquanto os homens podem estar mais propensos a experimentar psicose após o consumo de cannabis (Fisher *et al.* 2009; Arendt, *et al.* 2005). A conclusão inovadora do estudo de McCarthy-Jones *et al.* (2015) é que problemas socioemocionais e somáticos foram antecedentes mais comuns das experiências de escuta de vozes em mulheres, destacando a necessidade de uma avaliação mais profunda sobre o tema (McCarthy-Jones *et al.*, 2015).

Em estudo Kantorski *et al.* (2020) relata que o xingamento utilizado pela voz masculina, funciona como um potente meio de controle e marcador de espaço social da mulher e do homem na sociedade. Em um relato de caso, a autora descreve uma mulher que, ao usar medicação para emagrecer, desenvolve sintomas psicóticos, ouvindo vozes que a desvalorizam (Kantorski *et al.*, 2020). Em outro relato Kantorski *et al.* (2020) descreve o caso de uma mulher que ouve vozes dos vizinhos falando que ela pode estar sendo traída pelo namorado e que ela está feia.

Alguns estudos no campo da saúde mental trazem evidências significativas considerando os recortes de gênero, e apontam que o sofrimento psíquico das mulheres está relacionado a aspectos das relações amorosas, aos papéis de gênero, ao trabalho reprodutivo, aos padrões estéticos, ideais de corpo e beleza (Zanello & Bukowitz, 2011). Nota-se a partir da revisão de literatura que os artigos estão alinhados a esta formulação de Zanello e Bukowitz (2011). No entanto, faz-se importante destacar que a ideologia sexista se expressa de diferentes formas, o conteúdo das vozes como já descrito, revela as relações de dominação-subordinação (Saffioti, 2015), enquanto expressão desta lógica no psiquismo humano.

Na sessão anterior, apresentei exemplos de como as vozes também expressam aspectos referentes às relações raciais, ainda que não tenha sido citado neste tópico, se faz importante mencionar que a estrutura de poder unifica as três ordens – de gênero, de raça/etnia e de classe social, apresentando essas contradições de forma fundida.

2.3 Aproximações possíveis com o conceito de Processos Críticos Protetores

Nesta seção nos dedicamos a compreender o papel que as vozes podem ter enquanto estratégias de manejo e cuidado, em termos de sua função protetora. Alguns autores colaboram para a compreensão das vozes como uma ferramenta psíquica, que tem um papel na resolução de problemas; ou como a dissociação de seus próprios sentimentos, a fim de proteger-se de uma situação crítica ou conflituosa para o indivíduo (Heriot-Maitland; Levey, 2021). Pode parecer contraditório pensar na manifestação de vozes como algo útil ou funcional, considerando principalmente seu conteúdo majoritariamente negativo e ameaçador (Heriot-Maitland; Levey, 2021).

Nessa perspectiva, Daalman; Diederer (2013) referem que o papel protetor das vozes pode estar associado ao significado que o indivíduo dá a sua experiência, por exemplo frente aos diferentes sentidos culturais que esta experiência pode ter, por vezes ela é compreendida

como um guia espiritual. Para alguns indivíduos as vozes podem representar “poderes psíquicos”, na mesma medida que as vozes podem ter um papel enriquecedor (Daalman; Diederer, 2013). Ao compreender as vozes como positivas, permite que os indivíduos ajudem outras pessoas por meio desses “poderes” e da presença de espíritos ao seu lado. Legg e Gilbert (2016) citam vozes que emitem alertas como 'cuidado', 'a comida é venenosa' ou 'alguém vai te pegar' como forma de proteção ao indivíduo.

Ao mesmo tempo que as vozes ocupavam um lugar importante nesse sistema de relações, em alguns indivíduos elas exerciam certo controle sobre o indivíduo, inclusive punindo a pessoa que ouve vozes, por exemplo, quando as vozes lhes retiram a companhia (Mawson, *et al.*, 2011). Notou-se que participantes com vínculos mais fragilizados encontravam consolo e apoio nas vozes por cumprirem um papel de "amizade", em contrapartida, havia um prejuízo frente ao isolamento ainda maior das demais relações (Mawson, *et al.*, 2011).

Hoffmann (2013) apresenta em seu estudo o relato de uma de suas pacientes, a qual foi obrigada por uma voz a permanecer no banheiro, pois era o único cômodo de seu apartamento sem janelas, este paciente possuía um histórico de tentativas de suicídio por saltar de janelas, ao seguir o comando de uma voz diferente. Hoffmann (2013) refletiu que se existem vozes que ajudam as pessoas a sobreviver, torna-se necessário ouvir seu conteúdo e desenvolver novas estratégias a partir disso.

McCarthy-Jones *et al.* (2015), cita o caso de cinco mulheres que ouviram vozes benevolentes, que pareciam ter a função de protegê-las contra os comentários negativos de outras vozes. Nesse sentido, possuíam um caráter tranquilizador e apresentavam um conteúdo carinhoso, trazendo frases afirmativas, como “as coisas iriam ficar bem” (McCarthy-Jones *et al.*, 2015). Em alguns casos, a voz positiva foi descrita pelas mulheres como sendo a sua própria voz (McCarthy-Jones *et al.*, 2015).

Alguns autores também discorrem sobre como as vozes possuem um papel importante enquanto vínculo, representam relações interpessoais, por vezes representam algum relacionamento existente (ou que existiu em algum momento) na vida da pessoa (Corstens; Longden, 2013). Sendo assim, as vozes podem ser compreendidas como uma forma de troca interpessoal (Strachan *et al.*, 2022), podendo desenvolver trocas íntimas e interpessoais significativas com suas vozes (Corstens; Longden, 2013). Ao passo que, Corstens e Longden (2013) observam que as interações com as próprias vozes podem refletir relacionamentos prejudiciais, incluindo padrões de aprisionamento, impotência e subordinação.

Bortolon e Raffard (2021) sugerem que as crenças e os significados atribuídos a suas vozes determinam fortemente seu nível de resistência ou envolvimento com elas, como discutir, ouvir seus conselhos ou ordens. Da mesma forma, vozes positivas ou benevolentes estavam inversamente relacionadas com depressão, angústia e ansiedade (Bortolon; Raffard, 2021).

Kantorski *et al.* (2020) citam um caso clínico em que a manifestação das vozes está relacionada a vivências traumáticas envolvendo violência de gênero ou violência doméstica. Nesses estudos as vozes possuem conteúdos que visam a proteção da mulher que as ouvem. Por outro lado, vozes de comando impõem comportamentos de auto e heteroagressão para algumas mulheres (Kantorski *et al.*, 2020). No entanto, como observam as autoras, o conteúdo das vozes pode aparecer como protetor, ao solicitar que a mulher saia de casa para se proteger frente a um possível agressor (Kantorski *et al.*, 2020).

Dorahy *et al.* (2009) aponta que cerca de 70% da amostra pesquisada relataram que sentiriam falta das vozes caso parassem. Honig *et al.* (1998) descreve que vozes positivas foram definidas como alucinações com conteúdo de apoio e impacto emocional positivo que “potencializam o comportamento adaptativo”, por exemplo, uma voz dizendo "você vai conseguir" ou uma voz dizendo "não é sua culpa".

Quatro estudos analisados por Baumeister *et al.* (2017) em sua revisão sistemática de literatura, apresentam que crenças espirituais ou religiosas são mais frequentemente adotadas por indivíduos saudáveis que ouvem vozes e possuem um impacto geralmente percebido como positivo. É necessário fazer um destaque frente à relação contraditória que a religião pode assumir, logo que muitas religiões também reforçam padrões de gênero, a manutenção de uma lógica de opressões, e dialogam com a ideologia dominante.

Baumeister *et al.* (2017) identificou que ouvidores de vozes saudáveis tendem a endossar explicações externas ou espirituais inespecíficas, enquanto que ouvidores de vozes clínicos, referem as vozes são outras pessoas, deus, demônios/diabos ou dispositivos implantados. Além disso, ouvidores de vozes saudáveis recrutados como médiuns psíquicos encontraram alívio na angústia inicial das vozes, havendo uma tendência em encontrar na espiritualidade um sentido positivo para sua experiência (Baumeister *et al.*, 2017).

Assim como o estudo anterior, Scrutton (2016) identificou que pessoas que associavam este fenômeno a experiências espirituais possui um significado positivo, dado que a habilidade mediúnica gera uma espécie de validação social, de enquadramento na normalidade e, portanto, maior aceitação da comunidade.

De modo geral, no Ocidente quem protagoniza as vozes, principalmente, são figuras como Deus e Jesus, enquanto as vozes atribuídas a espíritos e antepassados são muito mais comuns nas culturas africanas (Moernaut *et al.*,2018). Longden *et al.* (2012a) apresentam que em comparação com o grupo de pacientes cristãos - clínicos e não clínicos -, os ouvintes de vozes não clínicos eram significativamente mais propensos a assimilar experiências de audição de vozes como algo da espiritualidade, enquanto o grupo de pacientes clínicos pareciam incapazes de integrar as suas experiências de uma forma positiva.

No entanto, Heriot-Maitland e Levey (2021), citam o caso de uma participante que nunca revelou ouvir vozes, pois possuía medo de receber o diagnóstico de esquizofrenia, somada a compreensão de um membro da igreja que frequentava, o qual lhe disse que ouvir vozes era algo demoníaco. A religião ou a espiritualidade, que supostamente podem acolher essa experiência, também exercem controle sobre os indivíduos, sob uma lógica maniqueísta, que por fim também reforça estereótipos de normalidade.

Luhrmann *et al.* (2019) relatam em seu artigo que na cidade de Cape Coast, em Gana, os "okomfo" são considerados aqueles que mantêm comunicação com os deuses locais. Existe uma crença cultural difundida de que aqueles que se tornam okomfo são chamados pelos deuses. Entende-se que a recusa em atender a esse chamado pode levar à loucura. Desse modo, é realizado um processo de treinamento que envolve ensinar o indivíduo a ouvir e ver os deuses adequadamente, além de identificar e controlar bruxas e demônios. Durante o treinamento, a prática repetida da possessão é realizada, permitindo que os deuses assumam o controle do corpo do indivíduo e falem por meio dele. Após o treinamento, espera-se que os candidatos tenham um relacionamento positivo com diversos deuses e espíritos, com os quais se comunicam regularmente.

A audição de vozes em povos indígenas maori é interpretada como uma forma de comunicação com ancestrais falecidos. Dessa forma, são manifestas sensações como ver ou sentir outras presenças espirituais ao seu redor. Em seu estudo, NiaNia *et al.* (2019) apontam que tais experiências são consideradas comuns entre os povos nativos, e não são consideradas preocupantes. Uma das preocupações está relacionada ao apagamento dessas experiências culturais, frente à inserção de uma perspectiva ocidental na comunidade maori, levando a um maior número de intervenções psiquiátricas (NiaNia *et al.*,2019).

Luhrmann *et al.* (2015) realizou uma pesquisa etnográfica comparativa entre pessoas que ouvem vozes nos EUA, Gana e Índia. Nota-se que os participantes estadunidenses usavam terminologia psiquiátrica e estavam familiarizados com os critérios diagnósticos; indivíduos de

Acra (Gana) identificaram suas vozes como espíritos; já em Chennai (Índia) mais da metade dos participantes ouviam vozes de parentes. A autora conclui que entre estadunidenses as vozes eram consideradas intrusivas e uma ameaça à identidade, enquanto que os ouvidores da Índia e de Gana se sentiram menos perturbados pelas suas vozes, pois havia um significado social para ela, e uma função da relação indivíduo-mundo (Luhmann *et al.*, 2015).

O estudo de Baumeister *et al.* (2017) identificou que indivíduos não clínicos, ou seja, saudáveis, eram menos propensos a pertencer a um grupo étnico minoritário, portanto, mais propensos a pertencer a grupos majoritários, e eram mais propensos a ser empregados, ter realizações educacionais mais altas e ter relacionamentos significativos (Baumeister *et al.*, 2017).

2.4 Perspectivas e contribuições em direção à não patologização das vozes

Strachan *et al.* (2022) apontam que embora as vozes sejam tipicamente associadas a psicose e outros transtornos psicóticos, elas também estão associadas a uma série de outros transtornos mentais, como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, transtornos dissociativos e condições neurológicas (McCarthy-Jones, 2012; McCarthy-Jones *et al.*, 2017; Schultze-Lutter *et al.*, 2019). Como apontam McCarthy-Jones e Longden (2015) em um estudo realizado com veteranos militares, um dos casos de pessoas com TEPT mais estudados. Foi possível notar uma prevalência de escuta de vozes neste subgrupo, variando de 50 a 67% (McCarthy-Jones; Longden, 2015).

No entanto, a defesa de alguns estudos é que igualmente as vozes são relatadas entre indivíduos “psicologicamente saudáveis” (Baumeister *et al.*, 2017). O que indica que aproximadamente 20% dos ouvintes de voz não atendem aos critérios para um transtorno psicológico (Johns *et al.*, 2002); e 10 a 28% da população em geral relatam ter ouvido uma voz em algum momento de suas vidas (de Leede-Smith & Barkus, 2013; Sommer *et al.*, 2010).

Segundo Longden *et al.* (2012a), mais de 50 quadros descritos no DSM-IV-TR mencionam a hiperatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como uma possível característica diagnóstica da audição de vozes. O que quer dizer que este fenômeno não se limita apenas a síndromes psicóticas primárias, mas abrange diversas condições como delirium, demência vascular, transtornos relacionados a substâncias, TEPT, transtorno de estresse agudo, transtorno dissociativo de identidade, transtorno dissociativo não especificado, transtorno

depressivo maior, transtorno afetivo bipolar, transtorno de personalidade limítrofe e transtorno de personalidade esquizotípica (Longden *et al.*, 2012a).

Corstens; Romme (2016) apresentam que está ficando cada vez mais claro que ouvir vozes não é a priori um sintoma psicopatológico, logo que são problemas sociais que foram associados a queixas psiquiátricas. Em decorrência disso existe ainda o duplo da doença, como defende Basaglia, isto é, as consequências do processo diagnóstico como a estigmatização de ouvir vozes, isolamento social e medo do “irracional” (Corstens; Romme, 2016). Basaglia define o "duplo da doença mental" como a face institucional da loucura, que surge da objetivação e homogeneização dos indivíduos no processo de institucionalização (Amarante, 1996). Esse duplo não é a doença em si, mas uma construção que nega a subjetividade e identidade dos pacientes, reduzindo-os a meros objetos dentro da instituição (Amarante, 1996).

Morrison e Petersen (2003) apontam que as alucinações auditivas podem ser consideradas um fenômeno psicológico normal, e que historicamente elas foram compreendidas como parte de um continuum com o funcionamento normal (Strauss, 1969 *apud* Morrison; Petersen, 2003; Longden, *et al.*, 2012b). Os autores também apontam que levantamentos sobre experiências alucinatórias indicam que entre 10 a 25% da população em geral já teve tais experiências pelo menos uma vez na vida (Slade & Bentall, 1988 *apud* Morrison; Petersen, 2003), com uma taxa de incidência anual de 4 a 5% (Tien, 1991 *apud* Morrison; Petersen, 2003).

Nesse movimento, passa-se a compreender que são as crenças negativas - ou os modos como o meio social reage à experiência - sobre as próprias vozes que podem produzir angústia, e por sua vez, uma resposta afetiva e comportamental às vozes. O modelo cognitivo-comportamental da audição de vozes sugere que não é a presença das vozes em si que causa angústia, mas sim as crenças associadas a elas, que influenciam as consequências emocionais e comportamentais (Andrew; Gray; Snowden, 2008). Strachan *et al.* (2022) revela que as experiências com audição de vozes não são necessariamente patológicas, o autor considera que é a atribuição equivocada de tais sintomas como sendo gerados externamente que causa sintomas angustiantes (*apud* Bucci & Tarrrier, 2010; Kuipers *et al.*, 2006).

Na revisão proposta por Strachan *et al.* (2022) revelou-se que existe uma considerável sobreposição sintomática e mecanicista entre TEPT e sintomas de escuta de vozes. Sendo necessária uma avaliação cuidadosa da história de vida em pessoas com estresse pós-traumático e ouvintes de vozes.

Corstens e Romme (2016) afirmam que a classificação diagnóstica baseada no preenchimento de "sintomas" referentes aos critérios do DSM-IV para esquizofrenia paranoide

crônica, é um procedimento que não oferece nenhuma perspectiva de futuro àquele que procura ajuda, nem oferece nenhum recurso ou ferramenta para proporcionar uma prática de cuidado ou sua recuperação.

No entanto, este modelo puramente médico de doença mental tem sido questionado por muitos pesquisadores. Trata-se agora, face à evidência de centenas de estudos científicos, de considerar os sintomas psiquiátricos e em particular o fenômeno da audição de vozes para além do reducionismo neurobiológico (a alucinação como sendo causada unicamente pelo funcionamento anormal de certas estruturas do cérebro e/ou como resultado de uma anomalia dopaminérgica) e entende-lo como resultado de uma interação complexa entre fatores sociais, ambientais, biológicos, genéticos e psicológicos (Bortolon; Raffard, 2021).

Neste interim, Longden, *et al.* (2012b) apontam que as taxas de prevalência das alucinações auditivas em indivíduos, parecem ser mais afetadas por fatores ambientais e sociais, do que pela simples causa biogenética. Nota-se que vem ganhando espaço na literatura “a etiologia da vulnerabilidade ao stress”, no entanto essa análise pode levar a um biologicismo raso, levando a escuta de vozes a um fenômeno biogenético inerente e inevitável (Longden, *et al.*, 2012b). A experiência de ouvir vozes pode ser melhor entendida se considerarmos a diferença entre: (1) o impacto emocional que os traumas podem ter em todos os indivíduos, que inserem certa vulnerabilidade emocional; e (2) o acúmulo de eventos relevantes/ estressantes que antecedem o aparecimento das vozes (Longden, *et al.* 2012b).

Hoffmann (2013) aponta motivos para abolir o termo “alucinação auditiva” devido a sua estrutura conceitual: o conceito reduz o leque de explicações a um único saber, o modelo médico de disfunções do cérebro. Contudo, há explicações alternativas, como apresentado nesta revisão de literatura. Hoffmann (2013) observa que nas sociedades que contam com a ajuda de curandeiros e xamãs há uma diferença quando ouvir vozes significa que a pessoa está sendo reverenciada e quando ouvir vozes é um sinal de “perturbação” da mente. É preciso olhar para as distintas civilizações, determinados povos e culturas, dentro de seus saberes ancestrais, nesses contextos as vozes apresentam outras representações e significados, como de divindades ou fantasmas. E, nestes casos, a intervenção biomédica não precisa ser a única resposta.

Hoffmann (2013) reforça que a biografia do ouvinte de vozes é crucial ao deixar para trás a noção de que ouvir vozes é um sintoma de uma doença biológica. Passam a ser importante compreender quais as circunstâncias da biografia de vida dessas pessoas que contextualizam o surgimento das vozes. Ou mesmo quais conexões existem entre as normas e valores internalizadas e apreendidas socialmente e a produção de sofrimento em ouvinte de vozes. Essa abordagem seria mais interessante porque as mensagens das vozes são muitas vezes metáforas

que precisam ser traduzidas no contexto da biografia individual (Hoffmann, 2013; Corstens; Longden, 2013). Segundo Schnackenberg *et al.* (2018) as vozes podem estar apontando potencialmente para dificuldades atuais relacionadas a processos emoções ou situações limite (Corstens; Longden, 2013). Segundo Morrison e Petersen (2003), as experiências psicóticas podem surgir como uma estratégia de sobrevivência para lidar com vivências traumáticas.

As vozes frequentemente assumem a identidade e características de pessoas significativas na vida do ouvinte, seja de maneira literal ou metafórica ("O Diabo", ou um agressor representado por outra voz). Além disso, podem representar aspectos do próprio indivíduo, emoções específicas e intoleráveis que influenciaram o surgimento e persistência da experiência de ouvir vozes. Quanto aos problemas que as vozes podem representar, geralmente refletem situações e eventos que foram tão esmagadores que ultrapassaram a capacidade de enfrentá-los (Longden, *et al.* 2012b).

Schnackenberg *et al.* (2018) apresentam um estudo comparativo entre dois grupos de ouvintes de vozes, no primeiro as pessoas frequentavam um grupo de counseling para ouvintes de vozes; já no segundo, os pacientes realizavam tratamento psiquiátrico apenas. Como resultados, obteve-se que a maioria dos entrevistados do primeiro grupo estabeleceram conexões entre suas vozes e suas vidas, enquanto que uma minoria do segundo grupo apresentavam esta conexão (Schnackenberg *et al.*, 2018). Nota-se que o grupo de ouvintes de vozes quando adotam uma abordagem terapêutica que visa o autoconhecimento e construção de estratégias há uma menor produção de angústia ao estabelecer conexões (Schnackenberg *et al.*, 2018).

Longden *et al.* (2012a) aponta que a fragmentação dissociativa é conceituada como um mecanismo de proteção que permite aos indivíduos se desligarem psicologicamente de eventos que são muito opressores para o psiquismo. A autora aponta que atualmente, a literatura sugere que a audição de vozes pode estar ligada a adversidades da vida em si, e não a um diagnóstico específico (Longden *et al.*, 2012a). Ela faz referência à dissociação para argumentar que a psicose e a dissociação são intercambiáveis, na medida em que ambas podem atuar como “mecanismos de defesa psicológica para quando a experiência é avassaladora e a ‘fuga’ é a coisa mais protetora” (Longden *et al.*, 2012^a, p.59). Como aponta Souza *et al.* (2022), as vozes podem ser uma tentativa de chegar a um acordo com questões não resolvidas e conflitos relacionados com a vida. Dessa forma, a experiência com as vozes pode ser entendida como uma fonte potencialmente esclarecedora de informações sobre a vida atual e passada de ouvintes de vozes.

A ideia de que o envolvimento com as vozes pioraria a relação consigo mesmo, com as vozes e com a realidade foi questionado pelo estudo de Schnackenberg *et al.* (2018). Ouvidores de vozes sentiram que era possível dar sentido às vozes dentro do contexto de vida do movimento de ouvidores de vozes, ainda que a maioria tivesse um diagnóstico clínico (Schnackenberg *et al.*, 2018). Uma pesquisa conduzida por Stainsby, Sapochnik, Bledin e Mason (2010, *apud* Longden, *et al.* 2012b), que analisou as percepções da doença, a gravidade dos sintomas e a incapacidade social em 50 adultos diagnosticados com síndromes psicóticas, concluiu que uma menor habilidade de dar sentido aos sintomas estava relacionada a uma qualidade de vida mais baixa dois anos após o início da pesquisa.

Percebe-se que estudos de campo com foco em análises qualitativas, como o realizado nesta pesquisa, são escassos, o que evidencia o caráter inovador deste trabalho ao preencher uma lacuna importante no campo de estudo. Além disso, pesquisas orientadas pela teoria da determinação social do processo saúde-doença são ainda mais raras, reforçando o caráter pioneiro e a relevância de explorar essa área pouco investigada.

3 MARCOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: O SOFRIMENTO E A ESCUTA DE VOZES DESDE A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE-DOENÇA E A PSICOLOGIA HISTÓRICO CULTURAL

3.1 A pesquisa social desde uma concepção materialista histórico-dialética

A presente pesquisa está orientada pelos pressupostos teóricos do materialismo histórico-dialético, o qual é base epistemológica comum da teoria da determinação social do processo saúde-doença e da Psicologia Histórico-Cultural. Um dos desdobramentos do pensamento marxista é a construção de uma perspectiva científica a partir do materialismo, baseado nos princípios da matéria, da dialética e da prática social. Assim, o materialismo histórico-dialético é a base do pensamento marxista, propondo e seguindo uma visão dialética do mundo (Triviños, 1987). Nesse ínterim, esta perspectiva tem como objetivo estudar as leis mais gerais que regem a realidade, a natureza, a sociedade e a consciência, por exemplo. Entendendo que a realidade concreta é refletida na consciência. Este pressuposto é um dos princípios fundamentais da teoria do desenvolvimento humano proposto por Vigotski, que por sua vez, orientam a Psicologia Histórico-Cultural.

Um dos princípios do materialismo dialético é o enfoque na teoria do conhecimento, tendo importância por historicizar o conhecimento, e o destaque à prática social, enquanto critério da verdade. Ao passo que o materialismo histórico seria a ciência filosófica que estuda as leis sociológicas do desenvolvimento da humanidade, contemplando a evolução histórica e a prática social dos indivíduos. Nesse sentido, Marx e Engels entendem que a história é resultado de práticas socioeconômicas e as relações de produção são fundamentais para a formação das sociedades (Triviños, 1987). Esta proposta ultrapassa a noção de uma teoria filosófica, pois se propõe como uma leitura de mundo e prática transformadora.

Para tanto, Hegel colaborou na aplicação das leis da dialética na realidade objetiva, o qual propõe que a matéria está em movimento, que a história e a natureza, portanto a realidade operam em processos, podendo mudar, transformar-se e estar em constante desenvolvimento. Lenin propõe que esses aspectos da dialética são fundamentais para a compreensão do desenvolvimento da ciência, logo que observa e analisa a realidade como o mundo dos fenômenos, entendendo sua interação, interdependência e conexão (Triviños, 1987).

Neste estudo, utiliza-se do materialismo histórico-dialético, enquanto um método científico de estudo e análise que aborda o objeto de estudo em suas conexões com os processos e condições de produção e reprodução social. Além disso, aplica-se conceitos e categorias da economia política marxista para a produção e análise de dados em saúde. Historicamente essa é a empreitada da epidemiologia crítica, ao investigar os processos de reprodução e suas expressões nas diferentes classes sociais, bem como seus efeitos nos processos de saúde e de doença (Breilh, 1991). Faz-se, portanto, necessário utilizar um método de investigação científica que preconize um estudo histórico e que domine a essência social dialética dos processos e fenômenos (Breilh, 1991) desde a indissociabilidade das dimensões singular e universal da reprodução social, mediadas pela dimensão particular, o que será desenvolvido logo adiante.

Parte-se do pressuposto que a realidade social é resultado de um longo processo histórico de transformação da humanidade, e por sua vez, da interação e relações humanas. Entendemos que a realidade não está submetida somente aos processos naturais, portanto, a epidemiologia não resulta exclusivamente desta dinâmica. A concepção histórica da realidade requer uma análise da totalidade, entendendo este caráter total do ser social (Tonet, 2013). Deste modo, a práxis é o conceito que articula a objetividade e subjetividade, e que se expressam na atividade humana (Tonet, 2013).

Por fim, o materialismo histórico-dialético, cuja base está orientada dentro de um fundamento filosófico, se apresenta enquanto uma contribuição ao conhecimento científico e no sentido da construção de uma ontologia do ser social. Tonet (2013) aborda que o método dialético oferece equipamentos e parâmetros ontológicos que podem contribuir significativamente para a elaboração de itinerários metodológicos, a fim de produzir um conhecimento adequado à realidade social.

Para Tonet, filosofia e ciência são áreas articuladas que constituem uma “unidade indissolúvel no processo de produção de conhecimento científico” (Tonet, 2013, p. 76). Nesse sentido, o materialismo histórico-dialético contribui enquanto método para os estudos epidemiológicos, em direção à atualização das investigações acerca do processo saúde-doença, bem como enquanto prática transformadora.

3.2 Teoria da determinação social do processo saúde-doença

Ao identificar a insuficiência no método adotado pela epidemiologia clássica no que tange às explicações do processo saúde-doença, surge por volta dos anos 1970 uma proposta que visa questionar o paradigma positivista, a lógica dos determinantes sociais, dos fatores de risco, da noção fragmentada de causalidade. Neste período surge um grupo de pesquisadores latino-americanos, dentre eles faço destaque à Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell e Sergio Arouca, que constituem um grupo de profissionais e pesquisadores da área da Saúde Coletiva com uma proposta contra-hegemônica. Pode-se afirmar que antes mesmo de ser conceituado como tal, estes autores contribuíram na construção de novas perspectivas acerca da saúde sob a lente das epistemologias do sul.

O paradigma positivista analisa e explica os processos de saúde-doença como uma relação contingencial, de causa e efeito, buscando identificar um fator isolado para a origem das doenças. Ignorando o modo social de devir, o sistema social e seus processos determinantes, e como este sistema considerando suas contradições produz saúde ou doença. A cultura é uma categoria importante neste momento, pois refere-se às expressões da totalidade do viver concreto em uma sociedade em um determinado tempo histórico, considerando os bens que cria, os conhecimentos, os símbolos, as técnicas, crenças, costumes e hábitos.

Para a Epidemiologia Crítica – nome dado a esta perspectiva contra-hegemônica - entende-se que a realidade é um processo composto pelos modos de vida e de reprodução social que se constituem de forma dialética, com contradições e relações que se movem e modificam. Sob esse princípio, os aspectos que constituem as condições de vida dentro de suas contradições, se apresentam ao longo da história de vida e trajetórias que, por sua vez, se manifestam em genótipos e fenótipos. É nessa mesma realidade contraditória que muitas vezes se rompe/ obstrui o processo de produção de saúde, que cerceia, impede, impõe aos indivíduos determinadas condições-hábitos-estilos de vida, levando a um rompimento daquilo que gera proteção aos indivíduos, coletiva e individualmente, e por fim, produzindo o que se entende como doença.

Uma ciência que compreende a causalidade de forma fragmentada, isolada, desconsidera a relação dialética existente, como por exemplo os processos de reprodução social, os modos de subsistência adotados, estratégias e mecanismos de proteção, relações de afeto, compreensões de mundo, cosmovisões, formas de participação social, atividades e lazer, processos de construção identitária (Breilh, 2006).

Jaime Breilh em entrevista (Breilh, 2015) destaca que a determinação da saúde está intrinsecamente ligada a um processo geral, estruturante, o qual se refere ao modo de produção

vigente, neste momento caracterizado por um modelo econômico acelerado. Nesse modelo, os rendimentos dos trabalhadores são pressionados, condições de trabalho mais graves são impostas e tecnologias sem precaução adequada são utilizadas (Breilh, 2015). Além disso, há uma série de processos que afetam a distribuição de recursos como a pilhagem de recursos naturais, como terra, água e sementes, por grandes corporações, resultando na perda de soberania alimentar e vulnerabilidade das populações (Breilh, 2015). Essas condições geram doenças evidentes, como câncer, deterioração genética e resistência microbiana, decorrentes, por exemplo, do consumo de alimentos contaminados por hormônios e antibióticos (Breilh, 2015). Esses processos ocultos estão massivamente gerando patologias que impactarão os perfis epidemiológicos presentes e futuros.

Dessa forma, a determinação social refere-se ao complexo processo dialético que condiciona a saúde, gerando tanto expressões protetoras e saudáveis quanto manifestações destrutivas e doentias. Esse processo se desenrola e se produz em diferentes dimensões da reprodução social:

Universal/ Geral (U): relacionado à lógica da acumulação, isto é, o modo de produção vigente, fundamentado e corroborado por políticas e culturas hegemônicas que a sustentam;

Particular (P): ligado à reprodução do nó gênero-raça-classe³, resultado do novo patriarcado-racismo-capitalismo (Saffioti, 2015), ao considerarmos que as relações de gênero, raça/etnia e classe social são contradições fundidas, que podem ser de cooperação ou de exploração e dominação;

Singular/ Individual (S): abrange os indivíduos e suas famílias, seus estilos de vida, cotidianos, hábitos, características biológicas (genótipo e fenótipo), identidade, psiquismo, espiritualidade e cosmovisões.

Na perspectiva de Breilh, a realidade está intrinsecamente ligada às expressões sociopolíticas e socioculturais, em um movimento dialético que alterna entre subsunção e autonomia (Breilh, 2023). Isso é evidente nas relações entre indivíduo e coletivo, ou entre sociedade e natureza. O desenvolvimento desse movimento é complexo, determinado pelas contradições entre os processos envolvidos, e não se limita exclusivamente ao econômico, político, cultural ou metabólico. Pelo contrário, trata-se de uma unidade dinâmica que integra

³ Saffioti aponta que as classes sociais apresentam uma história muito mais curta que o gênero e raça. A autora entende que as classes sociais são “desde sua gênese, um fenômeno gendrado” (Saffioti, 2015, p.122). Ao passo que muitas transformações nas questões de gênero e raça são introduzidas ou refinadas pela emergência das classes. Entende-se, portanto, que a realidade é formada pelas três subestruturas: gênero, raça/etnia e classe social. Isto é, a realidade é constituída por estas três contradições, enlaçadas em um nó (Saffioti, 2015).

todas essas dimensões (singular-particular-universal) na diversidade e no movimento contínuo (Breilh, 2023).

Considerando o presente estudo, acerca do sofrimento psíquico de pessoas quem ouvem vozes, entende-se que a deterioração da saúde mental está igualmente relacionada aos impactos negativos do modo de produção, frente às consequências do modo de viver a vida, frente à necessidade de performance econômica, às pressões e papéis de gênero, às opressões impostas pelo racismo, e o modo como se estrutura a atividade produtiva em um dado país e território (Laurell, 1983). Deste modo, isso implica afirmar que o sofrimento psíquico tanto afeta diretamente os níveis de produção dos trabalhadores, como é determinado pela dinâmica produtiva na lógica capitalista, marcada pela competição e exploração (Laurell, 1983).

Cabe ressaltar que para além da mera observação e descrição da conjuntura, seus impactos na subjetividade e, portanto, no processo de adoecimento psíquico, as inquietações que originaram este trabalho estão alinhadas com a construção e aprimoramento de práticas de cuidado em saúde mental e, ainda, com as transformações das condições materiais que produzem diversas formas de adoecimento psíquico (Almeida, 2018).

A Matriz de Processos Críticos (MPC) é um instrumento utilizado para organizar informações epidemiológicas e auxiliar no planejamento estratégico em saúde, considerando as necessidades coletivas e a qualidade de vida a partir de uma perspectiva crítica. Ela analisa as necessidades humanas atendidas ou negligenciadas pelo Estado, além de avaliar programas, serviços e a gestão em saúde, funcionando como ferramenta para estruturar o trabalho nesse campo (Fialla *et al.*, 2021).

A MPC abrange cinco domínios essenciais: Trabalho, como espaço onde ocorrem as atividades produtivas; Vida doméstica e de consumo, que reflete as condições de sujeito social; Espaço organizacional e político, o qual abrange a vida política e os interesses históricos de um grupo; Cultura, relacionada à construção da visão de mundo; Espaço ecossistêmico, enquanto ambiente onde nos movimentamos. Cada domínio deve atender aos princípios dos "4S": Sustentabilidade, Solidariedade, Soberania e Seguridade integral.

Neste estudo, será aplicado o instrumento desenvolvido por Breilh (2006) para identificar processos protetores e destrutivos nas histórias de vida dos participantes de pesquisa, seja daqueles vinculados a grupos de ouvintes de vozes autônomos ou usuários dos serviços de saúde. O objetivo é caracterizar acontecimentos e situações que se apresentam relevantes para o desfecho de adoecimento psíquico; identificar desdobramentos na dinâmica do

psiquismo e atividade; apontar as necessidades e obstruções à vida, cuja negligência resulta em processo de sofrimento psíquico e, conseqüentemente, a escuta de vozes.

3.3 O psiquismo, o sofrimento e as vozes: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural

A partir deste ponto, apresentaremos as principais categorias e conceitos desenvolvidos pelos autores de destaque na Psicologia Histórico-Cultural, que irão fornecer suporte teórico para a análise das entrevistas, bem como dar base para compreender o processo de escuta de vozes.

Percepção

Algumas das contribuições de Vigotski são importantes e se fazem significativas para uma reflexão sobre o fenômeno de escuta de vozes. Valemo-nos do conceito de percepção descrito por Vigotski⁴ (Vigotski, 1998), o autor considera que esta função psicológica é, em primeiro lugar, produto do desenvolvimento. Em segundo, Vigotski descreve que a constância da percepção nasce do fato desta função começar a atuar no sistema de outras funções, portanto esta constância, não advém da variação da composição e propriedades internas da própria percepção - de forma afastada das outras funções (Vigotski, 1998). Vigotski destaca que a interpretação e nomeação do objeto se dá em conjunto com a percepção, pois a própria percepção de aspectos isolados do objeto depende do sentido e do significado, ou seja, dos processos da linguagem (Vigotski, 1998). Portanto, todo objeto percebido é constituído de sentido e significado.

Uma das contribuições de Vigotski que colaboram para o entendimento da escuta de vozes, trata-se de um recorte quando ele se dedica a explicar as ilusões. Vigotski discorre que existe uma série de percepções que surgem devido à tendência de atribuição de sentido. Neste caso, a importância deste processo se dá devido à complexidade da atribuição de sentido quando decorrente da percepção imediata, esta percepção imediata por vezes dá lugar às ilusões. Vigotski cita como exemplo a “ilusão de Charpent”, a experiência consiste em apresentar dois cilindros de mesmo peso, forma e aspecto, embora um deles seja maior, a tendência para a

⁴ Vigotski no livro “Desenvolvimento Psicológico na Infância” se dedica à descrição de diferentes funções psicológicas superiores, sendo algumas delas a percepção, a memória, o pensamento, as emoções, a imaginação e o problema da vontade ou volição.

percepção humana é achar que o menor tem mais peso (Vigotski, 1998). No processo de ilusão, como a ilusão de ótica, o cérebro ao não conseguir assimilar as imagens ou objetos por si só, resgata signos – com base nos sentidos e significados - da memória a fim de dar sentido ao conteúdo observado. Esta percepção com sentido, Vigotski descreve como uma percepção combinada com o pensamento visual (Vigotski, 1998).

O autor conclui que desde as primeiras fases do desenvolvimento a estruturação e a integridade são próprias da percepção, sendo assim a percepção do conjunto, em sua totalidade, é primária, antecede às compreensões das partes. Portanto, com base em uma psicologia estrutural, nota-se que a criança não se limita a perceber objetos isolados, mas percebe uma situação global (Vigotski, 1998). Finalmente, o autor observa que no desenvolvimento infantil, a partir das mudanças das conexões e relações interfuncionais surgem novas conexões entre as funções da percepção e da memória eidética⁵, levando à construção de algo novo, em decorrência do nexos entre as funções de pensamento visual e as da percepção. Vigotski descreve que o curso normal da percepção da criança se altera quando olhamos sob o prisma da linguagem, o nexos entre linguagem (palavra) e percepção leva à modificação da atividade, logo que a criança não só percebe o mundo, mas passa a contar e descrever o que percebe (Vigotski, 1998).

Nas fases iniciais do desenvolvimento, Vigotski aponta que a percepção estava atrelada à motricidade, portanto respondia às interações mais imediatas do indivíduo com a realidade. Neste momento do desenvolvimento a percepção constituía um dos momentos do processo psicomotor. Posteriormente ocorre a emancipação da percepção do processo psicomotor. Isto é, a partir dos processos decorrentes do desenvolvimento, e com a produção de novas conexões interfuncionais, novos nexos, a percepção se emancipa (Vigotski, 1998). É graças ao aparecimento dessas conexões interfuncionais que se dá origem a novas unidades entre percepção e demais funções, produzindo mudanças importantes no desenvolvimento, que, por sua vez, a percepção ganha propriedades distintas e outra qualidade no indivíduo adulto. Em referência aos resultados apresentados pelas pesquisas experimentais, Vigotski aponta que no decorrer do desenvolvimento infantil surgem novos sistemas psicológicos, e dentro deles a percepção adquire novas características, ocupando uma posição quase à margem neste sistema (Vigotski, 1998).

⁵A memória eidética diz respeito à capacidade de lembrar de uma imagem com detalhes, clareza e precisão, conhecida como memória fotográfica. Acredita-se que a memória eidética é mais comum em crianças e pré-adolescentes, podendo durar um pouco mais que um segundo. No entanto, não é perfeita, pois está sujeita a distorções.

Uma pesquisa que investigou a relação entre “companheiros imaginários” (CI), escuta de vozes e fala interna, sugeriu que os CIs envolvem experiências não verídicas semelhantes a percepções ou ilusões, como descrito por Vigotski (Fernyhough *et al.* 2019). Pearson *et al.* (2001) observaram que crianças que relatavam ter CIs também tendiam a relatar a escuta de palavras a partir de estímulos auditivos ambíguos. Fernyhough *et al.* (2007) replicaram essa pesquisa com uma perspectiva vygotskiana, entendendo que o pensamento se desenvolve por meio da internalização gradual de interações sociais mediadas pela linguagem, formando a fala interna. Os resultados foram reforçados por Davis *et al.* (2013), que identificaram que crianças com CIs eram mais avançadas na internalização da fala interna, visto que essa relação com os CIs representa uma forma de interação social. Fernyhough *et al.* (2019) também apontaram que a presença de CIs está relacionada ao exercício da imaginação.

Os autores concluíram que a experiência com CIs foi associada a uma maior propensão a alucinações verbais e auditivas (AVH), observando que as pessoas que tiveram CIs na infância e continuaram a tê-los na idade adulta apresentaram pontuações mais altas para a tendência a AVH (Fernyhough *et al.* 2019).

Linguagem

Uma das grandes contribuições da produção de Vigotski está relacionada ao desenvolvimento da linguagem. O autor sugere que existe uma contribuição da fala para o desenvolvimento de uma nova forma de organização da atividade do indivíduo. Acredita-se que esta é outra função psicológica relevante para a discussão e reflexão acerca da escuta de vozes.

A fala, mais especificamente a linguagem, segundo Vigotski, consiste em uma função psicológica na qual se permite o uso de instrumentos especificamente humanos (Vigotski, 2007). Assim que a fala e o uso de signos são incorporados pelos indivíduos a uma ação, esta se transforma e se organiza ao longo de linhas inteiramente novas. Antes de controlar o próprio comportamento, a criança começa a controlar o ambiente com a ajuda da fala, o que produz novas relações com o ambiente e uma nova organização do próprio comportamento (Vigotski, 2007). A fala da criança é tão importante quanto a ação para atingir um objetivo. As crianças não ficam simplesmente falando o que estão fazendo; sua fala e ação fazem parte de uma mesma função psicológica complexa, dirigida para a solução do problema em questão (Vigotski, 2007).

Quanto mais complexa a ação exigida pela situação e menos direta a solução, maior a importância que a fala adquire na operação como um todo. Às vezes, a fala adquire uma importância tão vital que, se não for permitido seu uso, as crianças pequenas não são capazes

de resolver a situação (Vigotski, 2007). As crianças resolvem suas tarefas práticas com a ajuda da fala, assim como dos olhos e das mãos. Essa unidade de percepção, fala e ação, que em última instância provoca a internalização do campo visual, constitui o objeto central de qualquer análise da origem das formas caracteristicamente humanas de comportamento (Vigotski, 2007).

Uma das hipóteses de Vigotski seria que a fala egocêntrica⁶ das crianças pode ser uma forma de transição entre a fala exterior e a interior. Funcionalmente, a fala egocêntrica é a base para a fala interior, enquanto a fala externa seria uma forma de organização inteiramente nova, sob a forma da fala comunicativa (Vigotski, 2007, p.15). Em resumo, o autor aponta que a fala egocêntrica seria, portanto, uma fase intermediária entre a fala social (dirigida a outros) e o pensamento interior (o diálogo interno). Deste modo, Vigotski descreve a evolução da fala e da linguagem nas crianças, destacando como elas passam de uma função social para uma função intrapessoal. Inicialmente, as crianças usam a fala socializada para se comunicar com os adultos, mas com o tempo, essa fala é internalizada, permitindo que elas passem a se guiar e organizar suas próprias atividades internamente (Vigotski, 2007). Esse processo marca uma importante mudança no desenvolvimento infantil, onde a linguagem começa a desempenhar um papel crucial na solução de problemas.

A fala, que inicialmente acompanha e reflete as ações das crianças de forma dispersa e caótica, gradualmente começa a preceder a ação, adquirindo uma função planejadora. Isso transforma a fala em uma ferramenta que não apenas reflete o mundo exterior, mas também dirige, determina e domina o curso das ações (Vigotski, 2007). Vigotski distingue entre funções elementares, diretamente determinadas pela estimulação ambiental, e funções superiores, caracterizadas pela estimulação autogerada, onde a criação e uso de estímulos artificiais se tornam a causa imediata do comportamento. Esse desenvolvimento é visto como uma transformação de processos interpessoais em processos intrapessoais. Funções aparecem primeiro no nível social, entre pessoas, e depois no nível individual, dentro da criança (Vigotski, 2007).

Algumas funções permanecem no estágio de signos externos, enquanto outras se desenvolvem além, tornando-se funções internas. Essa internalização é um processo prolongado, implicando mudanças nas leis que governam a atividade, à medida que as funções se incorporam em novos sistemas com suas próprias regras (Vigotski, 2007).

⁶ A fala egocêntrica consiste em uma forma de comunicação, cujo objetivo principal não é exatamente a interação social, mas a expressão dos próprios pensamentos e sentimentos da criança. Em outras palavras, a fala egocêntrica para a criança está mais direcionada a si mesma. Vigotski e Piaget possuem perspectivas distintas acerca do desenvolvimento da linguagem e o papel da fala egocêntrica. Para Vigotski, essa forma de fala não era um obstáculo ao desenvolvimento, mas sim uma ferramenta importante para a construção do pensamento.

Os textos de Vigotski abordam a evolução da fala na criança, especialmente o processo de interiorização da fala. Ele sugere que a fala é interiorizada psicologicamente antes de ser fisicamente internalizada. A fala egocêntrica, que as crianças usam, funciona como uma fala interior em desenvolvimento, sendo crucial para a organização do comportamento infantil (Vigotski, 2007; Vigotski, 2008). A fala interioriza-se porque sua função muda e se adapta às necessidades internas da criança. À medida que a criança acumula experiência psicológica, ela entra em um estágio caracterizado pelo uso de signos externos e operações externas, como contar com os dedos ou usar auxiliares mnemônicos para resolver problemas internos (Vigotski, 2008).

No estágio seguinte, chamado pelo autor de "crescimento interior", essas operações externas se interiorizam e passam por mudanças significativas (Vigotski, 2008). A criança começa a contar mentalmente e a usar a "memória lógica", operando com signos internos. Esse estágio representa a fala interior final, silenciosa, onde há uma interação constante e fluida entre operações externas e internas, uma se transformando na outra sem esforço (Vigotski, 2008).

Para Vigotski existe uma relação complexa entre pensamento e fala, ao afirmar que nem todas as formas de atividade verbal derivam do pensamento. Ele sugere que o pensamento e a fala são dois círculos que se cruzam, e na intersecção desses círculos surge o **pensamento verbal** (Vigotski, 2008). No entanto, há uma vasta área do pensamento que não tem relação direta com a fala. No caso da audição de vozes, parece ser um processo relacionado à área da fala interior, da linguagem e ao pensamento verbal.

Vigotski conclui que a fala interior se desenvolve através de um lento acúmulo de mudanças estruturais e funcionais. Essa fala interior se separa da fala exterior das crianças conforme as funções social e egocêntrica da fala se diferenciam, e as estruturas da fala dominadas pela criança tornam-se as estruturas básicas de seu pensamento (Vigotski, 2008).

O desenvolvimento do pensamento é determinado pela linguagem e pela experiência sociocultural da criança. O desenvolvimento da fala interior depende de fatores externos, como o desenvolvimento da lógica, que é uma função direta da fala socializada. Ademais, o crescimento intelectual da criança depende do domínio dos meios sociais do pensamento, ou seja, da linguagem (Vigotski, 2008).

Vigotski (2008) argumenta que o desenvolvimento da fala interior e do pensamento verbal transforma a natureza do próprio desenvolvimento biológico para sócio-histórico. O pensamento verbal não é uma forma de comportamento natural e inata, mas é determinado por um processo histórico-cultural, possuindo propriedades e leis específicas que não se encontram

nas formas naturais de pensamento e fala. Portanto, o pensamento verbal deve ser considerado sujeito às premissas do materialismo histórico, válidas para qualquer fenômeno histórico na sociedade humana (Vigotski, 2008).

Embora muitas pessoas relatem a experiência de ouvir vozes, ainda há pouco conhecimento sobre os mecanismos cognitivos e neurais das alucinações verbais auditivas (AVH). Muitos modelos sugerem que a fala interna é a base dessas experiências (Bentall, 2003, Fernyhough, 2004, Langdon *et al.*, 2008), mas há variações em sua definição. Algumas teorias indicam que ouvintes de vozes apresentam irregularidades no automonitoramento/ agência de si da fala interna, o que poderia explicar a natureza das AVHs (Langdon *et al.*, 2008) – considerando possíveis semelhanças entre o pensamento verbal dos pacientes e suas alucinações verbais auditivas.

Estudos de neuroimagem mostram ativação de áreas associadas à fala, como o giro temporal superior, a área de Wernicke e a área de Broca, tanto durante a fala interna quanto nas AVHs (Friedman *et al.*, 1998, McGuire *et al.*, 1996, Shergill *et al.*, 2001), mas há divergências sobre sua lateralização (ativação temporoparietal direita) – o que implica que nem todas as AVHs são associadas à fala interna (Jones, 2010). Um modelo alternativo propõe que as AVHs resultam da emergência de pensamentos não solicitados na consciência, ligados a ativação das áreas temporais do lado direito, o que pode explicar a sensação de que a voz pertence a outra pessoa (Hoffman *et al.*, 2011)

Críticas apontam que o modelo da fala interna não explica totalmente por que as vozes assumem características externas ao eu. No entanto, a teoria de Vygotsky sugere que a fala interna é resultado de um processo “dialógico”, incluindo vozes de outras pessoas internalizadas ao longo do desenvolvimento (Fernyhough, 1996, Fernyhough, 2004; Moseley, Fernyhough, Ellison, 2013). Assim, as AVHs podem ser uma manifestação atípica desse processo. Pesquisas adicionais são necessárias para compreender melhor os mecanismos envolvidos e as diferenças entre tipos de AVHs e fala interna, no entanto até o presente momento, o modelo explicativo relacionado à fala interna se encaixa bem em pelo menos alguns tipos de AVHs (Moseley, Fernyhough, Ellison, 2013).

Teoria da atividade

Passando para a teoria da atividade desenvolvida por Leontiev, o autor discute o conceito de significação como um processo pelo qual os indivíduos compreendem e

internalizam a realidade objetiva ao seu redor (Leontiev, 2004). A significação é aquilo que se revela objetivamente em um objeto ou fenômeno dentro de um sistema de relações e interações. Esta significação é refletida e fixada na linguagem, conferindo-lhe estabilidade e permitindo que se torne parte do conteúdo da consciência social (Leontiev, 2004).

Como significações linguísticas, as significações tornam-se a "consciência real" dos indivíduos, sendo a maneira como a realidade objetiva é percebida subjetivamente por cada pessoa. A significação também é vista como uma generalização da realidade, cristalizada em formas sensíveis como palavras e expressões (Leontiev, 2004). Ela representa a cristalização da experiência e práticas sociais da humanidade, existindo em **sistemas de significação** correspondentes como a ciência e a linguagem em uma sociedade (Leontiev, 2004). Podemos ainda inferir que a espiritualidade, crenças populares e cosmovisões poderiam configurar sistemas de significação.

Além disso, a significação não apenas pertence às produções historicamente humanas e à realidade objetiva, mas também se manifesta na consciência individual. Cada pessoa, ao perceber e pensar o mundo enquanto ser social e histórico, é tanto influenciada quanto limitada pelas representações e conhecimentos de sua época e sociedade. Em suma, a significação é a forma pela qual o ser humano assimila e interpreta a experiência humana generalizada e refletida, mediando a maneira como a realidade é compreendida e integrada à consciência individual (Leontiev, 2004).

Leontiev, descreve a diferença entre significação e sentido pessoal na formação da consciência humana e na relação dos indivíduos com a realidade (Leontiev, 2004). A significação é entendida como o reflexo da realidade que existe independentemente das relações individuais ou pessoais de uma pessoa com essa realidade. Os indivíduos encontram um sistema de significações já elaborado historicamente e se apropriam dele, assim como se apropriam de instrumentos materiais. A significação, portanto, existe de forma objetiva, como um conteúdo que é social e historicamente construído (Leontiev, 2004).

Por outro lado, o sentido pessoal é a interpretação individual e subjetiva que um indivíduo dá a essas significações. Ele está relacionado ao motivo que estimula uma atividade ou ação e à relação entre o motivo e o fim. O sentido pessoal reflete a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados e é influenciado pelo motivo que orienta a atividade do indivíduo (Leontiev, 2004). Enquanto a significação é um reflexo objetivo da realidade compartilhada socialmente, o sentido pessoal é mais subjetivo e depende de como cada indivíduo assimila e integra essas significações na sua própria personalidade e experiência de

vida. A compreensão do sentido pessoal envolve descobrir os motivos que impulsionam a atividade e a relação do sujeito com esses motivos (Leontiev, 2004).

Além disso, tanto o sentido pessoal quanto a significação são componentes fundamentais da estrutura interna da consciência humana. A base da consciência é formada pelo conteúdo sensível (sensações, percepções, representações), que cria as condições para o reflexo consciente do mundo (Leontiev, 2004). Embora esses conteúdos forneçam a matéria-prima para a consciência, eles não expressam em si toda a sua especificidade - logo que são conteúdos imediatos, diretos -, a consciência também envolve a mediação de significações e o desenvolvimento de sentidos pessoais (Leontiev, 2004). Em suma, Leontiev diferencia a significação, como um reflexo objetivo e coletivo da realidade, do sentido pessoal, que é a interpretação subjetiva e individual dessas significações, ambos fundamentais para a estrutura da consciência humana (Leontiev, 2004).

Tendo já esboçado acerca das formulações de Leontiev sobre a relação entre sentido e significado para o desenvolvimento da consciência. Passo para a discussão acerca da inter-relação entre atividade, consciência e necessidade no desenvolvimento psicológico humano, destacando a importância da atividade social e dos processos culturais para a formação da consciência e da personalidade.

A atividade do indivíduo é, fundamentalmente, social e está inserida nas relações da sociedade. A consciência, considerada uma forma superior de psiquismo, surge e se desenvolve a partir da atividade humana em condições sociais específicas. Segundo Leontiev, a estrutura da consciência está intimamente ligada à estrutura da atividade, sugerindo que o desenvolvimento do psiquismo está profundamente enraizado na interação do indivíduo com o mundo social (Leontiev, 2004). Dessa forma, a consciência não é um produto isolado, mas emerge da atividade prática e socialmente mediada, refletindo a realidade concreta e as relações que o indivíduo estabelece com o ambiente ao seu redor.

A atividade humana é caracterizada por sua objetividade, isto é, sempre orientada por objetos, sejam eles reais ou imaginados, que dão direção e sentido a essa atividade (Silva, 2014). Esses objetos desempenham uma função provocativa e diretiva, orientando a atividade em função das necessidades que buscam satisfazer. Quando uma necessidade humana encontra um objeto que a satisfaça, ela se transforma em um motivo, o que impulsiona a atividade. Assim, a atividade é não apenas uma forma de adaptação ao meio, mas também uma manifestação da capacidade humana de transformar o ambiente e a si mesmo (Leontiev, 2004). A atividade,

então, é caracterizada pela sua capacidade de satisfazer necessidades específicas, o que depende tanto de sua forma quanto das condições sob as quais ela ocorre.

O desenvolvimento das necessidades humanas ocorre conforme o contexto social se transforma. Necessidades naturais, como fome e sede, podem ser ampliadas ou modificadas, enquanto necessidades superiores, de caráter social, como reconhecimento e afeto, são criadas e moldadas pelas condições da vida em sociedade (Leontiev, 2004). Dessa maneira, as necessidades humanas não são fixas, mas evoluem à medida que o indivíduo interage com seu ambiente social e cultural, criando novos meios para satisfazê-las e ampliando o âmbito de objetos que atendem a essas necessidades (Leontiev, 2004). A atividade, portanto, é sempre direcionada por um motivo que reflete uma necessidade e sua relação com o objeto capaz de satisfazê-la, e a consciência exerce o papel de tornar claros esses motivos e as necessidades que envolvem o sujeito (Leontiev, 2004).

Leontiev ao explorar o conceito de atividade, descreve que a primeira condição para sua existência é a necessidade, no entanto é no objeto da atividade que a necessidade encontra sua razão, seu motivo. Deste modo, o objeto torna-se motivo da atividade. Na atividade animal, os motivos da atividade estão relacionados aos objetos naturais concretos, que por sua vez, respondem a necessidades biológicas (Leontiev, 2004). Já nas relações de produção social, os indivíduos produzem para satisfazer suas necessidades materiais, tornando-os objetos de consumo (Leontiev, 2004).

Leontiev também discute os motivos de cognição, que são aqueles que motivam uma ação com fins que não estão diretamente ligados às necessidades biológicas naturais. Por exemplo, o conhecimento, como um fim consciente de uma ação, pode ser estimulado por um motivo que, inicialmente, responde a uma necessidade natural (Leontiev, 2004). Contudo, transformar esse fim (o conhecimento) em um motivo representa a criação de uma nova necessidade: a necessidade de saber (Leontiev, 2004). O nascimento de novos motivos e a formação de novas necessidades ocorrem por meio do deslocamento dos motivos para os fins e pela conscientização desse processo.

Seria possível dizer que quando motivos e necessidades não são transformados em fins, há uma espécie de produção "atípica" de consciência? Nesse caso, a interdição deste fim, ou a insatisfação das necessidades do sujeito, nos leva a pensar em uma formação atípica da estrutura motivacional e da formação da consciência.

Pensando nessa produção atípica de consciência, Zeigarnik traz algumas contribuições para o que ela define como alterações patológicas, a autora sugere que mudanças na

personalidade estão ligadas a necessidades patológicas e mudanças na hierarquia dos motivos (Silva, 2021, Silva, 2014, Zeigarnik, 1981). Essas alterações podem levar à desestruturação da atividade do sujeito, não como uma consequência direta da enfermidade, mas através de um complexo processo de formação e desenvolvimento. Nesse contexto, as modificações na atividade psíquica, tanto cognitivas quanto emocionais, não se manifestam imediatamente como resultado de uma doença, mas seguem um caminho de desenvolvimento que pode ser influenciado por diversos fatores sociais e culturais (Silva, 2014). Assim, compreender essas modificações requer considerar o papel das condições sociais e culturais na formação da consciência e na regulação da atividade, destacando a importância de um entendimento integrado entre o desenvolvimento psicológico normal e as possíveis alterações patológicas (Silva, 2014).

Portanto, o estudo do desenvolvimento psicológico e das possíveis alterações patológicas deve considerar não apenas os processos internos do indivíduo, mas também as condições sociais e culturais que moldam sua atividade e consciência (Silva, 2014). A atividade humana, como mediadora entre o indivíduo e o mundo, é fundamental para a compreensão da dinâmica do desenvolvimento psicológico e das possíveis transformações que podem ocorrer em contextos de desintegração ou desorganização psíquica (Silva, 2014). Dessa forma, o entendimento das necessidades, dos motivos e da atividade humana se torna essencial para compreender tanto o desenvolvimento normal quanto às alterações patológicas, evidenciando a complexa relação entre o indivíduo e o seu contexto social.

Esquizofrenia

Considerando o exposto, e visando a construção de uma perspectiva distinta acerca do processo de escuta de vozes, em concordância com a patopsicologia experimental, e as mudanças teórico-metodológicas para a concepção de transtornos mentais, faz-se importante trazer as contribuições de Vigotski sobre a esquizofrenia, já descritas em diferentes produções do autor⁷.

Segundo a teoria da personalidade e os processos do desenvolvimento humano segundo Vigotski, é na adolescência que ocorre um dos processos mais importantes do desenvolvimento

⁷ Em suas investigações, Vigotski aponta três aspectos fundamentais relacionados à dinâmica psíquica existente na esquizofrenia, esses achados foram sistematizados por Silva (2014) em sua dissertação sobre a compreensão do adoecimento psíquico. Esses aspectos da esquizofrenia se fundamentam no comprometimento afetivo (Vigotski, 1930/1996; Vigotski, 1996), no dano na formação dos conceitos (Vigotski, 1930/1996; Vigotski, 1996; Vygotsky, 1931/1994) e a desintegração da função de dissociação do pensamento (Vygotsky, 1933/1987).

do pensamento, o qual consiste na transição do pensamento por "complexos" para o pensamento conceitual. Essa mudança não apenas revoluciona o processo intelectual, mas também determina a estrutura dinâmica da personalidade, ou seja, a consciência de si e do ambiente. Por outro lado, a deterioração mais significativa do pensamento na esquizofrenia é um distúrbio na função de formação de conceitos (Vygotski, 1934). A fragmentação dos processos envolvidos na formação de conceitos é tão característica da esquizofrenia quanto o desenvolvimento dessa função é da adolescência.

O pensamento por complexos já constitui um pensamento coerente e objetivo, embora não reflita as relações objetivas da mesma forma que o pensamento conceitual. No pensamento por complexos, as conexões entre seus componentes são concretas e factuais, não abstratas e lógicas (Vygotski, 1934). Um complexo é um agrupamento concreto de objetos unidos por ligações factuais. Ao passo que sistematizamos essas formulações de Vygotski sobre o desenvolvimento, nos surgem algumas reflexões, como por exemplo, não seria possível pensar que a desagregação do pensamento conceitual algo restrito aos pacientes psicóticos mais crônicos?

Quando a desintegração começa, o indivíduo com esquizofrenia regride aos complexos em vez de desenvolver-se ao pensamento por conceitos, essa desintegração ocorre com base nas conexões já realizadas pelo sujeito, devido a uma série de conjunto já sistematizados entre certos nomes, situações e objetos. Por exemplo, a mesa corresponde ao mesmo objeto para nós e para os pacientes com esquizofrenia, no entanto nossa percepção e pensamento sobre ela diferem visto que o paciente agrupa todas as mesas em um complexo, associando a palavra "mesa" ao mesmo objeto – independentemente de suas especificidades e funções (Vygotski, 1934).

Há razão para acreditar que o pensamento por complexos não é um produto específico, exclusivo da esquizofrenia, mas sim uma forma mais antiga de pensamento que está sempre presente de maneira latente na psique do paciente, tornando-se aparente apenas quando os processos intelectuais superiores são perturbados pela doença (Vygotski, 1934). A regressão às formas mais primitivas de pensamento também é observada em outras doenças que interferem no pensamento conceitual (Vygotski, 1934). Segundo o autor, seria possível supor que essa regressão ao pensamento por complexos nos pacientes com esquizofrenia seja uma forma de reversão a formas anteriores de pensamento. De modo que, em algum nível, todos os indivíduos estariam suscetíveis a apresentar essa "regressão", portanto, desenvolver esquizofrenia (Vygotski, 1934).

Imaginação

Para Vigotski a imaginação não repete a realidade, nem se manifesta da mesma forma ou sob a mesma combinação dos fatos, tampouco ocorre de forma isolada ou como simples acúmulo de acontecimentos (Vigotski, 1998). Vigotski aponta que a diferença entre memória e imaginação não está na atividade em si, mas nos motivos que provocam e promovem essa atividade. A imaginação apresenta conexões com a experiência de vida, com as impressões acumuladas, e está diretamente relacionada com a aquisição de linguagem (Vigotski, 1998). O desenvolvimento da imaginação dá um grande passo com a assimilação da linguagem, sendo a imaginação daqueles que não passaram pela aquisição da linguagem apresentam uma qualidade distinta do exercício imaginativo por aquelas que a adquiriram. Uma imaginação, possivelmente primária, não comunicável e não verbal (Vigotski, 1998).

Vigotski observou uma dependência entre a função da imaginação e do desenvolvimento da linguagem, sendo a linguagem um forte impulso para a imaginação. Logo que a linguagem distancia a criança de impressões imediatas sobre o objeto, oferecendo a possibilidade de representar para si mesma algum objeto nunca visto, e por sua vez, conseguir pensar e imaginar esse objeto (Vigotski, 1998). Dessa forma, com a linguagem a criança pode se libertar das impressões imediatas sobre o mundo, podendo expressar com palavras aquilo que não exatamente se refere a objetos reais ou de ideias correspondentes. Portanto a linguagem fornece a possibilidade de um desenvolvimento com liberdade à criança, por poder agora descrever suas impressões sobre a realidade a partir de palavras (Vigotski, 1998).

Uma observação interessante realizada por Vigotski, é que a atividade da imaginação pode ser uma atividade dirigida, como é o caso das utopias e das criações artísticas, dado que temos conhecimento de seus fins e motivos. O autor destaca a lei da sensação real na atividade da fantasia, como um momento importante da imaginação. Vigotski refere que a atividade da imaginação está ligada com a expressão dos sentimentos, em essência, a imaginação é uma atividade atravessada pelos processos emocionais (Vigotski, 1998).

Vigotski ao se referir ao pensamento de pessoas com autismo⁸, lembra que é **regido sob os afetos**. Portanto, a imagem figurada obtida pelo pensamento constitui um momento

⁸ É preciso destacar que a compreensão de Vigotski sobre o autismo diverge da definição contemporânea sobre Transtorno do Espectro Autista (TEA). A principal diferença entre o autismo descrito por Vigotski e a definição atual do TEA é que o primeiro se referia a um tipo de funcionamento mental em que a criança não internalizava as interações sociais, enquanto o segundo se refere a um transtorno do neurodesenvolvimento com características específicas nas áreas de comunicação, interação social e comportamento. Além disso, a definição atual do TEA reconhece a diversidade do espectro autista, com diferentes graus de comprometimento e necessidades individuais.

importante deste processo emocional, assim o pensamento é expresso a serviço dos impulsos emocionais. Isso ocorre, segundo Vigotski, quando a realidade diverge das possibilidades e necessidades da criança, ou quando a criança adota uma atitude, nas palavras do autor, considerada “falsa, deformada” (Vigotski, 1998, p.125). Acreditamos que uma melhor forma de descrever este processo seria: quando a criança adota uma atitude dissonante ou alterada frente à realidade, seu pensamento passa a ser regido pelos afetos. Vigotski descreve que este processo pode se manifestar em qualquer pessoa adulta desenvolvida, como uma forma peculiar de pensamento em que está subordinado a aspectos emocionais.

Por conseguinte, o pensamento neste sistema psíquico transforma-se numa espécie de servo das paixões, numa espécie de subordinado dos impulsos e interesses emocionais e deparamos, na verdade, com uma atividade psíquica que se caracteriza por uma relação peculiar entre o processo das emoções e o do pensamento, e com a fusão que denominamos forma visionária da imaginação. (Vigotski, 1998, p.125)

O pensamento da pessoa autista, para Vigotski, está dirigido não por um sistema complexo de necessidades, mas motivos e fins relacionados às emoções e sentimentos. O autor descreve que no pensamento “realista” (em oposição ao autista) o processo emocional desempenha um papel mais de acompanhante do que diretor, em oposição, no autismo as emoções são condutoras do pensamento (Vigotski, 1998). Para Vigotski, no desenvolvimento da vida emocional, há uma migração/ mudança da função psíquica que as emoções assumem no sistema psicológico, que acabam por determinar seu significado em todo o processo de desenvolvimento emocional.

No entanto, Vigotski (1998) destaca que a subordinação do pensamento aos afetos não é base exclusiva da imaginação, nem se restringe a esta lógica. O autor descreve diferentes tipos de pensamento, o pensamento realista, o qual não é regido pelas emoções, e o pensamento visionário - ao que ele se refere como fantasioso (Vigotski, 1998).

O pensamento realista, quando está relacionado com uma tarefa importante para o indivíduo, situada de alguma maneira no centro de sua personalidade, provoca e desperta uma série de sensações emocionais, de caráter muito mais considerável e verdadeiro do que a imaginação e a capacidade de sonhar (Vigotski, 1998, p.126)

A especificidade do pensamento realista parece estar relacionada à quem está regendo, orientando a atividade, neste caso não parece estar sendo regida pelas emoções. Em síntese, somente ao compreender as atividades que envolvem a imaginação e o pensamento como

sistemas psicológicos, torna-se possível observar e compreender as mudanças que ocorrem em suas estruturas, nas conexões e relações interfuncionais e nexos que elas constituem.

Se considerarmos o caráter verbal do pensamento veremos que este pode ser igualmente próprio da imaginação e do pensamento realista. Se considerarmos o denominado caráter dirigido ou consciente do pensamento, isto é, os motivos e fins, veremos que tanto o pensamento autista quanto o realista podem, em igual medida, ser processos dirigidos; pode-se também demonstrar o contrário: no processo do pensamento realista, com frequência o indivíduo não toma consciência até o fim de seus verdadeiros motivos, objetivos e tarefas (Vigotski, 1998, p.127).

Tanto o pensamento realista como a imaginação podem apresentar um tônus emocional, isto é, ser orientados por aspectos da afetividade, não existindo contradição ou incoerência nisso. Também se vê que a imaginação não está subordinada exclusivamente às emoções.

É impossível conhecer corretamente a realidade sem um certo elemento de imaginação, sem se afastar dela, das impressões isoladas imediatas, concretas, em que essa realidade está representada nos atos elementares de nossa consciência (Vigotski, 1998, p.129).

Para Vigotski, a imaginação não se traduz em apresentar uma melhor conexão com o aspecto emocional, ou por apresentar um menor grau de consciência. Para a constituição da imaginação é importante a direção da consciência, ao se afastar da realidade, da cognição imediata da realidade. Portanto, por meio das imagens criadas e observadas durante um processo de apropriação mais imediato da realidade, é possível a criação de imagens que são propriamente produtos da imaginação. Por fim, a criança se liberta de uma apropriação mais imediata da realidade, para uma apropriação mediada - pela linguagem e - pela imaginação. Dessa forma, seria possível afirmar que a escuta de vozes seria uma forma de apropriação da realidade mediada pela imaginação?

Patopsicologia experimental

Dando continuidade às sistematizações, passamos para o conceito de patopsicologia fundamental, contribuições desenvolvidas principalmente por Zeigarnik (1979; 1981). Silva (2014) em sua dissertação aborda as investigações de L. S. Vigotski no campo da desintegração dos processos psicológicos, em que destacam a complexidade dos sistemas psicológicos e a importância das inter-relações entre as funções psicológicas superiores para a compreensão do psiquismo humano. Silva (2014) apresenta que esses sistemas são estruturas funcionais

complexas que se desenvolvem durante a ontogênese e que se baseiam na interconexão dinâmica dos processos psicológicos, cuja organização cerebral – em sua função e estrutura física - confere materialidade.

Vigotski enfatiza que o desenvolvimento psicológico não se dá apenas por mudanças nas funções isoladas, mas principalmente pelas mudanças nas conexões (nexos interfuncionais) entre essas funções. Assim, quando ocorre a transição de um estágio de desenvolvimento para outro, a transformação se dá mais pelas alterações nas relações entre as funções psicológicas do que pelas mudanças internas de cada função. Isso sugere que os sistemas psicológicos são reestruturados ao longo do desenvolvimento, criando novos agrupamentos funcionais que não existiam em estágios anteriores (Silva, 2021).

Silva também destaca a importância das vivências e das condições sociais na formação e na desintegração da personalidade, argumentando que o **contexto social** desempenha um papel fundamental tanto no desenvolvimento normal quanto no patológico (Silva, 2021). As vivências, como unidade de análise que integra o social com o individual, ajudam a compreender como as **condições de vida patologizantes** influenciam os processos psicológicos, levando ao sofrimento e ao adoecimento psíquico (Silva, 2021).

Além disso, Silva aborda a hipótese de que, ao longo do desenvolvimento humano, especialmente nas transições de uma idade para outra, podem surgir "neoformações patológicas" (Silva, 2021). Essas neoformações resultam de processos de desintegração ou de formas alteradas de desenvolvimento, que não devem ser vistas como um resultado natural ou apenas como uma consequência de colapsos/ prejuízos biológicos (Silva, 2021). Em vez disso, são processos regidos por leis histórico-sociais, assim como no desenvolvimento humano.

Por fim, Silva reforça que o estudo dos sistemas psicológicos e suas funções é instrutivo não apenas para entender o desenvolvimento e a construção dos processos psíquicos, mas também para compreender sua desintegração (Silva, 2021). As alterações patológicas nas funções psicológicas fornecem insights valiosos sobre a formação e a reorganização dos sistemas psicológicos, destacando a importância de entender as mudanças interfuncionais e as formas como essas conexões podem se manifestar em diferentes condições de saúde mental (Silva, 2021).

Segundo Zeigarnik, o pensamento é uma forma de generalização da realidade, fortemente influenciada por processos emocionais e a atividade – seus motivos, fins e necessidades -, que, em última instância, são determinados pelo "eu" do indivíduo (Zeigarnik, 1981). Essa ideia é aprofundada em seus estudos patopsicológicos. A patopsicologia, conforme

definido por Zeigarnik, investiga a desintegração da atividade psíquica e as características da personalidade, comparando-as com as leis que regem a formação e o desenvolvimento dos processos mentais em condições normais. Seu foco está na compreensão das alterações que ocorrem nesses processos, analisando como a atividade reflexiva do cérebro é afetada por condições patológicas (Zeigarnik, 1981).

Em contraposição à visão de Lev Vigotski, que considerava a desintegração como o "negativo" do desenvolvimento – ou uma forma de regressão - Zeigarnik argumenta que esse processo não deve ser visto como sua simples antítese. Para ela, a desintegração da atividade mental possui suas próprias leis e características, sendo um fenômeno com dinâmicas específicas (Zeigarnik, 1981).

Zeigarnik afirma que qualquer alteração na atividade psíquica impacta a dinâmica da personalidade, exigindo um estudo aprofundado sobre suas especificidades. A doença mental, nesse contexto, não é apenas uma disfunção, mas um processo que cria condições únicas para o desenvolvimento de novos processos psíquicos, levando a uma percepção modificada da realidade, a uma atitude alterada diante do mundo e à formação de “traços patológicos” na personalidade (Zeigarnik, 1981).

A patopsicologia, portanto, busca compreender como o adoecimento mental afeta os vínculos e os processos de pensamento, ampliando a compreensão sobre o desenvolvimento psíquico. A abordagem de Zeigarnik baseia-se na concepção de Leontiev, que dá ênfase à teoria da atividade na formação do psiquismo, mediada por necessidades e motivos (Zeigarnik, 1981). Bratus, apoiado em Vigotski, argumenta que os mecanismos psicológicos são os mesmos tanto no desenvolvimento normal quanto no patológico, mas por operar em condições diferentes, apresentam diferenças qualitativas e, por sua vez, produtos incompatíveis (Bratus, 1990 *apud* Silva, 2021). A patopsicologia utiliza o estudo de material patológico para identificar as leis que regem as mudanças na esfera motivacional humana, influenciando os pontos de vista, interesses e valores da personalidade.

A patopsicologia investiga como as alterações na personalidade, nos motivos e nas necessidades influenciam essa desintegração, incluindo mudanças na hierarquia dos motivos, nas formas de percepção, memorização e pensamento, e na construção de significados (Zeigarnik, 1981). O papel do psicólogo, segundo Zeigarnik, é usar dados médicos descritivos para entender como esses elementos da personalidade se modificaram (Zeigarnik, 1981; Silva, 2021).

Zeigarnik e seus colaboradores utilizavam métodos experimentais para estudar condições patológicas, permitindo detectar tanto as estruturas alteradas quanto às **formas de atividade psíquica preservadas** (Zeigarnik, 1981). Este enfoque é importante para a reabilitação, pois, ao identificar o que foi alterado e o que ainda está preservado, é possível desenvolver estratégias de intervenção focadas nas potencialidades dos indivíduos. Zeigarnik baseia-se no conceito de Zona de Desenvolvimento Próximo de Vigotski para promover a reabilitação das funções alteradas (Zeigarnik, 1981; Silva, 2021).

Rubinstein complementa essa visão ao afirmar que muitos fenômenos psicopatológicos são desencadeados pelas exigências da realidade ao redor do paciente e que as causas dos sintomas devem ser investigadas com métodos experimentais, pois não são determinadas exclusivamente por lesões cerebrais (Rubinstein, 1999; Nikolaeva, 2012; Silva, 2021). Nikolaeva, ao comentar sobre os estudos de Rubinstein, destaca que ela compreendia as alucinações como distorções de estímulos subliminares e relacionadas diretamente às experiências individuais, sendo influenciadas tanto pela atividade pessoal quanto pelas alterações patológicas específicas.

Nikolaeva (2012) destaca que uma das linhas de estudo de Rubinstein era o entendimento dos processos alucinatorios. Rubinstein defendia a tese que a alucinação não era significativamente diferente das ilusões perceptivas, sendo uma distorção de estímulos subliminares (a autora estudou mais as alucinações auditivas), e tem uma relação direta com as experiências dos indivíduos, ou seja, são decorrentes da própria atividade da pessoa. No caso das pessoas com patologias, somam-se a esses aspectos as peculiaridades das alterações patológicas na constituição da alucinação (Nikolaeva, 2012 *apud* SILVA, 2021, p. 236).

Segundo Zeigarnik, o sintoma não deve ser visto como evidência direta de desorganização psíquica, mas apenas como um indício de possíveis alterações (Zeigarnik, 1981). Para um diagnóstico clínico preciso, é fundamental avaliar não apenas os sintomas, mas também os processos psicológicos que permanecem preservados, considerando as especificidades individuais, como a atividade e a personalidade da pessoa. O prognóstico de um indivíduo não depende unicamente do diagnóstico, mas das funções e processos ainda preservados e da possibilidade de intervenção a partir da compreensão de como as alterações psíquicas podem permitir o desenvolvimento (Zeigarnik, 1981).

Zeigarnik critica a ideia de que a desorganização do psiquismo seja um "retrocesso" a estágios anteriores de desenvolvimento (Zeigarnik, 1981). Embora pessoas com alterações psíquicas possam exibir comportamentos que lembram fases anteriores, tais como características atribuídas às fases da infância ou adolescência, isso se deve à não manifestação

de formas mais complexas de atividade psicológica, o que não quer dizer que se trata de um verdadeiro retorno a estágios passados.

Além disso, Zeigarnik observa que em casos de esquizofrenia, a perda do pensamento conceitual ocorre em poucos pacientes (Zeigarnik, 1981; Silva, 2021). A autora afirma que há uma alteração no raciocínio de pessoas com esquizofrenia, não porque operam com relações concretas, mas porque o pensamento está orientado por “relações inadequadas às situações concretas reais”, não há uma alteração no nível de compreensão, mas os indivíduos “perdem a orientação sobre o conteúdo objetivo dos fenômenos e objetos” (Zeigarnik, 1981, p. 129). De modo que diferentes quadros psiquiátricos, ou classes de patologias, poderiam levar a diferentes quadros de desintegração (Zeigarnik, 1981).

Este retorno poderia ocorrer em casos mais graves, como Zeigarnik aponta, ou ainda em situações de crises (surtos) em que não haveria um retorno em si, mas um predomínio de uma forma de pensar menos elaborada comparada com a que é regular no desenvolvimento do indivíduo (SILVA, 2021, p. 237)

Zeigarnik e Bratus apoiam-se nos estudos de Luria e Leontiev sobre o funcionamento integrado e interdependente do córtex, em que Leontiev define como órgãos funcionais. Qualquer alteração em um processo psíquico pode impactar toda a estrutura psicológica, seja em termos de desintegração, desorganização ou até de ampliação das possibilidades (Zeigarnik, 1981; Silva, 2021). Nenhuma função psíquica está restrita a uma área específica do cérebro, mas resulta da interação de diversos processos, Silva compara a uma orquestra em que o resultado depende da harmonia entre todos os músicos e instrumentos (Silva, 2021).

Num dos estudos sobre o pensamento de pessoas com esquizofrenia para avaliar a capacidade de classificação (pelos critérios de inclusão e exclusão), Zeigarnik (1981) menciona que um participante agrupou garfo, mesa e pá por serem duros, enquanto cavalo, seta e lápis foram agrupados por serem objetos orgânicos e inorgânicos. Desse modo, “... os enfermos se guiam por aspectos demasiadamente amplos e por relações reais, mas inadequadas entre os objetos” (Zeigarnik, 1981, p. 123). Logo, nesse caso, não há perda do pensamento conceitual, que é o tipo mais elaborado, como Vygotsky (1931/2008; 1933/1987) interpretou ao investigar o pensamento de pessoas com esquizofrenia, mas uma desorganização na sua forma de funcionamento (SILVA, 2021, p. 236).

Zeigarnik discorre sobre as alterações no pensamento e na personalidade, especialmente no contexto de transtornos como a esquizofrenia (Zeigarnik, 1981). A autora argumenta que as alterações no pensamento observadas nesses casos não representam um pensamento menos elaborado, mas uma desorganização mais profunda, refletindo um processo de desintegração do pensamento. Zeigarnik sugere que essas mudanças no pensamento podem ser resultado de

alterações na personalidade, baseando-se na ideia de Vygotsky de que pensamento e personalidade são indissociáveis (Zeigarnik, 1981; Silva, 2021). Isso significa que o pensamento está sempre ligado à vida do indivíduo, incluindo suas necessidades, desejos, atitudes e sentimentos, que juntos constituem a personalidade.

Zeigarnik destaca que essa indissociabilidade é uma característica fundamental do ser humano, presente em qualquer fase do desenvolvimento, seja em condições normais ou de adoecimento (Zeigarnik, 1981; Silva, 2021). No entanto, em casos de transtornos mentais, pode ser mais evidente identificar separadamente certos aspectos do pensamento ou da personalidade. Ela também se baseia nas contribuições de Leontiev sobre a construção de significados e sentidos, ressaltando que nossa percepção do mundo é moldada pela atividade mediada por esses significados (Zeigarnik, 1981; Silva, 2021).

Além disso, Zeigarnik identifica que as alterações na personalidade podem ocorrer de duas maneiras: pela formação de uma **necessidade patologicamente modificada** ou pela **alteração na hierarquia dos motivos**. Em estudos com pessoas dependentes de álcool, ela menciona que as necessidades eram frequentemente imediatas e incontroláveis, dominadas por emoções (Zeigarnik, 1981; Silva, 2021). Ela destaca que investigar as necessidades implica considerar sua estrutura, que se torna mais complexa ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Se há uma alteração na estrutura da necessidade, isso também modifica a dinâmica dos motivos, influenciando assim o comportamento e o pensamento da pessoa (Silva, 2021).

Enfim, a autora apresenta que existe uma relação entre fatores biológicos e o desenvolvimento psicológico, destacando que, embora os aspectos biológicos sejam uma condição para o desenvolvimento, eles não são suficientes por si só. O desenvolvimento humano ocorre através da apropriação das características ontogenéticas, que se referem aos processos de internalização cultural e à construção das peculiaridades individuais (Silva, 2021). Mesmo quando uma patologia tem uma causa biológica, como lesão cerebral, neurodegeneração ou fatores genéticos, há possibilidades de compensação. Essas compensações dependem tanto das condições biológicas quanto dos processos de desenvolvimento psicológico, que são moldados pela interação com o ambiente cultural e social (Silva, 2021).

Por fim, Zeigarnik argumenta que o adoecimento nem sempre resulta na desintegração total do psiquismo, especialmente nas suas formas superiores (Zeigarnik, 1981). Ela sugere que pode haver dois tipos de alterações: **desintegração e desorganização**. Na desintegração, algumas funções psíquicas desaparecem, o que ocorre geralmente em casos mais graves, como

esquizofrenia ou transtornos neurodegenerativos (Zeigarnik, 1981; Silva, 2021). Por outro lado, a desorganização implica que os processos psíquicos são preservados, mas estão alterados de forma a dificultar o controle do comportamento (Silva, 2021). Essa desorganização é mais comum em patologias de menor gravidade ou quando a condição não é crônica, como em transtornos de humor. Assim, compreender as diferenças entre desorganização e desintegração é essencial para entender como diferentes patologias afetam o desenvolvimento psicológico e como a compensação e superação podem ocorrer (Silva, 2021).

4 A EXPERIÊNCIA DA ESCUTA DE VOZES COMO OBJETO DE ESTUDO: ENTRE A ESQUIZOFRENIA, O SOFRIMENTO PSÍQUICO E A EXPERIÊNCIA FENOMENOLÓGICA

A audição de vozes, embora comumente associada à psicose/esquizofrenia, também ocorre em indivíduos sem diagnóstico psicótico ou sem histórico de intervenções psiquiátricas. Desde década de 80, Romme e Escher tem se dedicado à investigação da audição de vozes, os quais revelam que metade dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia possuem alucinações auditivas, mas somente um terço das pessoas que ouvem vozes possuem um transtorno mental (Romme; Escher, 1994). Romme e Escher citam a pesquisa realizada por Tien e Eaton, a qual revela que 2 a 4% da população apresenta experiências semelhantes (Romme; Escher, 1994). Dados apresentados por um estudo epidemiológico apontam que apenas um terço das pessoas que escutavam vozes apresentavam um diagnóstico psiquiátrico (Romme; Escher, 1994). Romme e Escher consideram que a escuta de vozes é frequentemente utilizada como indicador de esquizofrenia (Romme; Escher, 1994) o que precisa ser questionado.

As nomeadas síndromes psicóticas, dentre as quais historicamente a esquizofrenia fez parte, compõem uma série de diagnósticos clínicos, que por sua vez apresentam sintomas de primeira e segunda ordem. Alguns desses sintomas de primeira ordem são: percepção delirante, alucinações auditivas, eco do pensamento (sonorização do pensamento), difusão do pensamento (ter sensação que pensamentos estão sendo ouvidos), roubo do pensamento, vivência de influência na esfera corporal ou ideativa - como se uma força externa agisse sobre seu corpo ou pensamento. Esses sintomas de primeira ordem indicam uma modificação na relação indivíduo-mundo (Dalgarrondo, 2019).

Considerada a principal forma de psicose, a esquizofrenia foi historicamente descrita pela psiquiatria tradicional, desde Kraepelin, Bleuler, Jaspers, Schneider como um transtorno mental. No entanto, com o tempo notou-se que a psicose não estava restrita ao diagnóstico de esquizofrenia, dado que os sintomas mais comuns como alucinações auditivas foram identificadas em pessoas com transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de humor, bipolaridade, entre outros.

A partir do DSM-V (2014), é proposto um capítulo descritivo do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos, onde construída com base na nosologia psiquiátrica. De forma geral para seu diagnóstico, deve-se apresentar dois ou mais dos seguintes

sintomas, com duração de pelo menos um mês: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado (ou catatônico), sintomas negativos (como embotamento afetivo, expressão emocional diminuída, ou avolia).

QUADRO 2 – COMPARATIVO ENTRE DEFINIÇÕES NOS MANUAIS DIAGNÓSTICOS

CID-11	DSM-5
<p>Podem estar presentes alterações em múltiplas dimensões mentais e comportamentais, inclusive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pensamento (delírios e/ou desorganização da forma do pensamento) • percepção (alucinações) • experiências de alterações do self (experiência de que os sentimentos, impulsos, pensamentos ou atos estão sob controle de forças externas) perdas cognitivas (déficits na atenção, na memória verbal e na cognição social) • alterações da volição (perda da motivação) • alterações dos afetos (aplainamento emocional) • alterações psicomotoras, inclusive catatonia <p>São considerados sintomas nucleares: delírios e/ou alucinações persistentes, transtornos formais do pensamento, experiências de influência, passividade ou controle. Os sintomas devem estar presentes por, pelo menos, um mês.</p>	<p>a) Dois ou mais dos seguintes sintomas (de 1 a 5) devem estar presentes com duração significativa por, pelo menos, um mês:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delírios • alucinações • discurso desorganizado • comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico • sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia, avolição) <p>b) Disfunções sociais, no trabalho e/ou no estudo, denotando perdas nas habilidades interpessoais e produtivas.</p> <p>c) Duração dos sintomas principais de pelo menos um mês (de A. 1 a 5) e do quadro deficitário (sintomas prodrômicos ou residuais) de pelo menos seis meses.</p>

FONTE: Adaptada de Dalgarrondo (2019).

Por outro lado, o conceito de sofrimento psíquico, amplamente debatido no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil, é compreendido como um estado em que a busca por unidade e coerência é bloqueada por obstáculos que impedem a preservação dessa unidade. Esse bloqueio não é apenas biológico ou orgânico, mas está profundamente ligado à experiência de vida, gerando mal-estar, desconforto ou dor que comprometem a os processos da vida e a relação indivíduo-sociedade, ou indivíduo e meio social (Kinoshita *et al.*, 2016).

Essa visão enfatiza o enrijecimento da dinâmica de vida como característica do sofrimento psíquico, que não é um processo patológico cotidiano, mas uma obstrução à vida. Fundamentada em autores como Franco Basaglia e Franco Rotelli, essa concepção critica a abordagem psiquiátrica tradicional que isola a "doença" da complexidade da existência humana e do contexto social. Basaglia propõe focar na pessoa que sofre, colocando a doença entre parênteses, sem negá-la, mas rompendo com sua visão naturalizante e descontextualizada (Amarante, 2007).

Nesse sentido, o sofrimento psíquico é entendido como um processo dinâmico e contextual, ligado à vida cotidiana, às relações interpessoais e à atividade do indivíduo. Essa abordagem dialoga com Canguilhem (1943/1995), que diferencia saúde e doença a partir do conceito de normatividade vital. A saúde é vista como a capacidade de instituir e modificar normas, adaptando-se e criando respostas diante de desafios do ambiente, enquanto o sofrimento psíquico reflete a interrupção dessa capacidade de transformação e movimento. Assim, o presente estudo adota uma perspectiva crítica que considera o sofrimento psíquico uma expressão da complexa relação entre saúde, doença e normatividade, que se modifica conforme as possibilidades de cada tempo histórico.

Considerando, então, o tema em específico ao qual se destina este estudo: o sofrimento psíquico e a determinação social da escuta de vozes. Nota-se que os dados epidemiológicos sobre alucinações auditivas são escassos na população em geral. Segundo o DSM-V, a prevalência da esquizofrenia ao longo da vida varia entre 0,3% e 0,7% (DSM-V, 2014). Essa prevalência pode apresentar variações a partir da raça e etnia predominantes nos países/territórios e por origem geográfica para imigrantes e filhos de imigrantes (DSM-V, 2014). A proporção entre sexo/gênero também varia em diferentes amostras e populações: por exemplo, sintomas negativos mais pronunciados e uma duração prolongada do transtorno (que estão associados a um prognóstico pior) aponta para uma maior incidência em indivíduos do sexo masculino. Por outro lado, quadros que incluem mais sintomas de humor e duração mais breve (associadas a um prognóstico melhor) demonstram riscos equivalentes para ambos os sexos (DSM-V, 2014).

No Reino Unido, pessoas negras caribenhas e africanas apresentam taxas de diagnóstico de esquizofrenia de 5 a 6 vezes superiores às de pessoas brancas britânicas, além de maior probabilidade de internações compulsórias e tratamentos coercitivos (Degnan; Berry; Crossley; Edge, 2023). Fatores como isolamento e exclusão social podem contribuir para esse cenário, aumentando a incidência de psicose e dificultando o acesso a serviços de saúde (Degnan; Berry; Crossley; Edge, 2023). Em contraste, viver em comunidades etnicamente densas, com redes sociais mais coesas, pode atenuar os efeitos da adversidade social e reduzir os sintomas psicóticos. Este estudo demonstra que a prevalência e a manifestação de psicose em determinado território podem ser determinadas por aspectos sociais, relações étnico-raciais e patriarcais e demais expressões dos processos sociais de exclusão/opressão.

Uma pesquisa realizada com 15.000 adultos constatou que 4,6% relataram alucinações ao longo de um ano, sendo as auditivas as mais comuns (Tien, 1991 *apud* Honig *et al.*, 1998).

Apenas 33% dessas pessoas atendiam aos critérios para um diagnóstico psiquiátrico. Outra pesquisa, usando um procedimento de seleção diferente, encontrou uma prevalência de 4% de alucinações auditivas, com 43% dos indivíduos preenchendo critérios para um diagnóstico psiquiátrico (Honig *et al.*, 1998). Um estudo que investigou pessoas com alucinações auditivas crônicas descobriu que 60% delas receberam cuidados psiquiátricos, mas não houve diferença nas características das vozes entre aqueles que buscaram tratamento e os que não buscaram (Honig *et al.*, 1998).

A experiência com as vozes é relatada desde o estudo de Sidgewick realizado em 1894, como apontam Barros e Junior (2014). Este estudo apresentou que 8% dos homens e 12% das mulheres, entre uma amostra de dezessete mil pessoas, já tinham apresentado alguma experiência com vozes (Kantorski et al, 2020). Barros e Junior (2014) citam ainda o estudo de Tien (1991) que identificou prevalência de fenômenos alucinatórios em 10-15% da amostra (isto é, 2,3% ouviam vozes), considerando 18.572 pessoas (Barros; Junior, 2014). Estes estudos de prevalência apresentam que a maioria das pessoas que ouvem vozes são mulheres (Tien, 1991; Shevlin, Murphy, Dorahy, & Adamson, 2007). Ao mesmo tempo, são mulheres que acessam, com maior regularidade, os serviços de saúde mental e, conseqüentemente, são mais medicadas que homens (Kantorski et al, 2020).

Dessa forma, se faz importante compreender acerca da construção do Movimento de Ouvidores de Vozes, o qual se iniciou após um questionamento de Patsy Hage acerca de seu quadro clínico, ao psiquiatra Marius Romme. Patsy ouvia vozes com conteúdo negativo, que davam ordens e a proibiam de fazer coisas, a jovem com 30 anos já havia sido hospitalizada várias vezes, e possuía o diagnóstico de esquizofrenia (Baker, 2019). Ela fazia uso de antipsicóticos, sem apresentar remissão dos sintomas psicóticos, por outro lado reduziam seu estado de alerta e ansiedade. Para evitar o efeito sedativo, Patsy deixava de tomar remédio por longos períodos, no entanto isso levava a um isolamento e pensamentos suicidas (Baker, 2019). Um aspecto que fornecia sentido para a paciente estava relacionado a uma teoria sobre as vozes, baseado em um livro “The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind” do psicólogo Julian Jaynes (1976). O autor descreve que até 1300 d.c., ouvir vozes era considerado um aspecto comum na tomada de decisões, posteriormente, este processo foi atribuído à consciência (Baker, 2019).

Patsy acreditava que suas vozes não correspondiam a um sintoma, visto que escutava vozes desde os 8 anos de idade, após um acidente por queimaduras, e elas a acompanhavam há tempos. A jovem explicou ao psiquiatra que as vozes eram reais para ela, ainda que produzissem

sofrimento. Patsy questionou seu psiquiatra, ao comparar suas vozes à crença que as pessoas tem em um deus invisível (Baker, 2019). A partir deste movimento de Patsy, Marius Romme buscou compreender a percepção de cada indivíduo sobre suas vozes, afastando-se de uma perspectiva biomédica de cuidado (Baker, 2019).

Na Holanda, durante os anos 1980, Marius e Patsy realizam uma pesquisa divulgada via canal de televisão, e recebem respostas de 450 pessoas. Deste grupo, 150 compartilharam que possuíam a habilidade de lidar com suas vozes sem medicação psiquiátrica (Baker, 2019). Assim, Marius e Patsy desenvolveram um questionário e deu-se início a um estudo sobre as experiências de ouvidores de vozes (Baker, 2019). Desta forma, foi construído o Movimento de Ouvidores de Vozes, que inicia a partir do mapeamento das pessoas que passaram por esta experiência, na tentativa de aproximar pessoas com experiências comuns de audição de vozes.

Ainda no final dos anos 1980, foi criado o Intervoice (The International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices), uma organização que oferece suporte administrativo e coordena as diferentes iniciativas sobre a temática. A partir da criação do Intervoice foram criadas redes nacionais de ouvidores de vozes, em que sabe-se da existência em 26 países (Barros; Junior, 2014). O Intervoice é dirigido por um conselho, constituído por pessoas que ouvem vozes e por profissionais especializados, sendo o próprio Intervoice que organiza o Congresso Mundial de Ouvidores de Vozes. Atualmente existem muitas organizações que trabalham e desenvolvem estudos sobre o tema, tais como o Understanding voices, Voice Collective, Hearing voices Network, Mad in America, Mind in Camden que promovem a discussão sobre a audição de vozes enquanto uma experiência não necessariamente patológica.

Posteriormente, Romme e Escher desenvolveram muitas outras pesquisas neste campo. Os autores defendem que escutar vozes e possuir crenças incomuns são especificidades humanas que precisam de uma maior compreensão, a fim de possibilitar processos que visem a emancipação humana (Romme; Escher, 2012). A terminologia médica, segundo os autores, é discriminatória e opressora, opondo-se a uma lógica que produz autonomia e acolhimento (Romme; Escher, 2012). De modo que, os indivíduos acabam limitados, ou cerceados pelo diagnóstico, levando muitas vezes à marginalização (Romme; Escher, 2012).

A terminologia médica, segundo Romme e Escher (2012), aliena as pessoas de suas experiências, esconde e ofusca os processos de desenvolvimento (e de obstrução do desenvolvimento) e não permite que os indivíduos percebam as contradições relacionadas à história de vida, e portanto, à experiência com as vozes. De modo geral, os autores apontam

que a terminologia médica é prejudicial para o processo de melhora daqueles em sofrimento psíquico por conta da audição de vozes, além disso dificulta a construção de relacionamentos, redes de suporte e vínculos fortalecidos (Romme; Escher, 2012). Romme e Escher pontuam que o modelo psiquiátrico de cuidado está mais direcionado a identificação de um diagnóstico e à cura de uma doença, do que compreender as reais necessidades humanas, desenvolver o protagonismo do indivíduo, ou promover a autonomia das pessoas (Romme; Escher, 2012).

Historicamente, a psicose foi objeto de estudo de diferentes áreas como a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia, no entanto mesmo nesses campos do conhecimento, há um foco excessivo no processo de cura, e, portanto, no processo de medicalização. Alguns ensaios clínicos sobre antipsicóticos trazem evidências preocupantes acerca do uso de medicação na psicose, diante das limitações da tolerabilidade e eficácia (Moncrieff, 2008; Lewis; Lieberman, 2008 *apud* Martindale, 2012). Os estudos sobre esquizofrenia apresentam poucos avanços e conhecimentos limitados sobre o funcionamento neurocognitivo e psíquico.

Nota-se a partir da revisão de literatura, realizada nesta pesquisa de mestrado, um grande número de estudos na área das neurociências, linguística, fenomenologia e até mesmo da neurofenomenologia que buscam trazer contribuições acerca do fenômeno de escuta de vozes; bem como há uma rica produção de estudos direcionados à avaliação de estratégias terapêuticas voltada para o manejo das vozes, como a Avatar Therapy, Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Mindfulness, Early Intervention in Psychosis (EIP) (Butenaerts; Romme; Escher, 1999; Veiga-Martínez; Pérez-Álvarez; García-Montes, 2008; Thomas; Morris; Shawyer, 2013; Aali; Kariotis; Shokraneh, 2020; Williams, et. al. 2024).

Foi possível identificar na revisão de literatura que existem estudos que buscam descrever e explicar a audição de vozes a partir de bases biológicas, por meio de estudos de neuroimagem, identificação genética, validação de testes psicométricos (Fovet, Yger, Lopes, 2022; Romeo; Spironelli, 2022).

Identificou-se, também, que na contramão destes estudos há uma série de trabalhos principalmente orientados por uma perspectiva fenomenológica interessados na caracterização das vozes, por exemplo, se trata-se de vozes negativas, positivas, de comando, masculinas, femininas, a quantidade de vozes e o sentido atribuído a esta experiência (Thomas; Bracken; Leudar, 2004; Longden, 2017; Couto, Kantorski, 2018; El-Ashry, Abd Elhay, El-Sayed, 2023).

A partir de estudos com base fenomenológica foi possível identificar semelhanças em diferentes grupos e uma relação entre adversidades na história de vida. Ademais, os conteúdos

das vozes sugerem que essa experiência está mais ligada a fatores psicossociais do que a diagnósticos específicos (Longden, 2017). Longden (2017) em seu estudo analisa alguns dados que indicam a audição de vozes como uma resposta ao “estresse ambiental”.

Pouco se encontra na literatura sobre as determinações sociais da audição de vozes, sobre os processos críticos relacionados à expressão/manifestação deste sintoma - ou processo – considerando as especificidades do modo de se viver a vida, ou mesmo processos mais gerais, como o modo de produção, as implicações do racismo, patriarcado, a estratificação social, e por sua vez a relação que a dinâmica dominação-opressão-exploração possui na produção deste fenômeno. Este trabalho visa colaborar para a construção de uma análise da audição de vozes como um processo social, igualmente expresso e determinado pela unidade singular-particular-universal.

4.1 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este estudo seguiu as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2013). A pesquisa teve início após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CEP/SD). A pesquisa também está de acordo com as diretrizes definidas pela Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta as especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais (BRASIL, 2016). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. O estudo contou com fontes primárias de dados, visto que foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado (APÊNDICE 1).

O estudo foi realizado com (1) pessoas que ouvem vozes e estão vinculadas a grupo de ouvidores de vozes autônomos, e com (2) usuários e usuárias de um serviço de saúde mental que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de um município do interior da região Sul do Brasil. Para atingir o primeiro grupo de participantes, ouvidores de vozes vinculados a grupos autônomos, contamos com informantes-chaves que possuíssem alguma relação com esses espaços, tais como os próprios facilitadores de grupos psicoterapêuticos online. A divulgação da pesquisa foi realizada de forma online em grupos de WhatsApp⁹.

Este convite foi composto por um folder digital (APÊNDICE 2), e uma mensagem com uma breve descrição da pesquisa, o programa de pós-graduação vinculado e o contato da pesquisadora. Deste primeiro grupo foram entrevistados 5 participantes¹⁰, que residem em diferentes regiões do país, com faixa etária entre 23 a 64 anos. As entrevistas foram online por meio da plataforma do Microsoft Teams, que possibilitou a gravação das entrevistas de forma gratuita. O material obtido (gravações) foi utilizado unicamente para essa pesquisa, o qual será arquivado por cinco anos após o término do estudo e posteriormente destruído/descartado. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 90 minutos, alguns chegando a 120 minutos e

⁹ Existem redes de ouvidores de vozes organizadas em grupos de WhatsApp, constituídas por facilitadores, pesquisadores, usuários dos serviços, profissionais de saúde e ouvidores de vozes. Estes grupos visam o compartilhamento de estudos, relatos e informações sobre os encontros dos grupos psicoterapêuticos para ouvidores de vozes realizados nas diferentes regiões do país. A pesquisadora se inseriu em um desses grupos para realizar a divulgação.

¹⁰ O número de participantes selecionados na pesquisa seguiu o critério de exaustão ou saturação e procurou incluir na população observada uma diversidade de sexo/gênero, raça/etnia, orientação afetivo-sexual, entre outros.

em três casos foi agendada mais de uma sessão de entrevista, a fim de obter mais informações que correspondem ao interesse de pesquisa.

As entrevistas foram realizadas entre 27 de setembro de 2023 e 13 de novembro de 2023. Conforme mencionado, o segundo grupo de entrevistados foram usuários e usuárias de um CAPS, em uma cidade localizada no interior da região Sul do Brasil. A cidade possui aproximadamente 152 mil habitantes, portanto possui a estrutura de funcionamento de um CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial de porte II). O CAPS II é um serviço especializado em saúde mental que oferece atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em municípios de médio porte (70 mil a 200 mil habitantes). Funciona em horário comercial, com uma equipe multiprofissional que fornece cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos, a depender da necessidade dos usuários, visando à reabilitação psicossocial e à reintegração dos pacientes à comunidade. O CAPS II busca prevenir hospitalizações psiquiátricas, oferecendo atenção às crises e acompanhamento contínuo, articulando-se com outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compõem a rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A portaria 224/1992, atualizada pelas portarias 336/2002 e 3.088/2011, formalizou os CAPS como unidades regionalizadas de saúde. Os CAPS têm como objetivo oferecer cuidados clínicos e reabilitação psicossocial a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em seus territórios com o apoio de uma equipe multiprofissional. Assim como os demais serviços do SUS, os CAPS seguem os princípios de acesso universal, integralidade, equidade, descentralização dos recursos e controle social (Brasil, 2004).

A escolha do CAPS como local para o desenvolvimento da pesquisa se justifica por ser o serviço de referência no atendimento a pessoas com esquizofrenia, que estão em situação de sofrimento psíquico e necessitam de cuidado no território. O primeiro contato com a equipe do CAPS II ocorreu em março de 2024, com o objetivo de apresentar a pesquisa e suas etapas aos profissionais do serviço. A pesquisa foi realizada entre abril e junho de 2024, período em que foi realizada a observação participante, participação da pesquisadora em grupos e oficinas, e, posteriormente, o agendamento das entrevistas.

No segundo grupo de entrevistados totalizaram cinco participantes, as entrevistas foram agendadas com o apoio das profissionais de saúde que mediaram o contato com os participantes, sendo duas mulheres e três homens, com idades entre 35 e 69 anos. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 90 minutos, algumas ocorreram em 60 outras chegaram a 120 minutos, e

em todos os casos foram agendadas duas entrevistas, somente uma delas foi necessário um terceiro encontro.

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

ID	Nomes fictícios	Característica dos participantes
E1	Conrado	66 anos de idade, branco, tem o ensino médio técnico completo, casou-se por volta dos 30 anos de idade, tem 2 filhas, separou-se depois de alguns anos, diagnóstico de esquizofrenia e autismo, frequente grupo de ouvidores
E2	Anastácia	39 anos de idade, branca, tem ensino superior completo, solteira, sem diagnóstico, frequente grupo de ouvidores
E3	Aurora	23 anos de idade, branca, tem ensino superior completo, solteira, diagnóstico de transtorno esquizoafetivo, frequente grupo de ouvidores
E4	Murilo	29 anos de idade, branco, tem ensino médio completo, solteiro, diagnóstico de esquizofrenia, frequente grupo de ouvidores
E5	Amélia	61 anos de idade, amarela, divorciada, tem o ensino superior completo, casou-se com 24 anos de idade, tem 2 filhos, divorciou-se com 40 anos, diagnóstico de esquizofrenia, frequente grupo de ouvidores
E6	Nanda	49 anos de idade, branca, tem o ensino fundamental incompleto, casou-se com 16 anos, depois de 30 anos separou-se, tem 4 filhas, teve dois abortos, diagnóstico de esquizofrenia, usuária de CAPS
E7	Felipe	39 anos de idade, branco, tem o ensino fundamental incompleto, solteiro, diagnóstico de esquizofrenia, usuário de CAPS
E8	Janaíno	38 anos de idade, branco, tem o ensino fundamental incompleto, solteiro, diagnóstico de esquizofrenia, usuário de CAPS
E9	Hortência	61 anos de idade, branca, casada, tem o ensino fundamental incompleto, casou-se com 20 anos, tem 2 filhas, diagnóstico de bipolaridade, usuária de CAPS
E10	Pedro	69 anos de idade, preto, casado, tem o ensino fundamental incompleto, casou-se com 45 anos, não teve filhos, diagnóstico de esquizofrenia, usuário de CAPS

FONTE: As autoras (2024).

Os participantes da pesquisa foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, assim como os procedimentos metodológicos. Foi assegurado total sigilo e confidencialidade das informações fornecidas e coletadas durante a observação. A participação das pessoas foi voluntária. A participação de cada pessoa foi confirmada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) e do Termo de solicitação de uso de som de voz (ANEXO 2).

4.2 PARTICIPANTES

A pesquisa incluiu participantes diagnosticados com os quadros do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, e poderia incluir pessoas que escutam vozes, sem terem recebido um diagnóstico, contudo não encontramos nenhum potencial participante nesta situação. Essa delimitação teve como propósito a inclusão de participantes de grupos de ouvintes de vozes externos aos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde. Com destaque à possibilidade de inclusão de participantes de outras localidades, logo o estudo também visou mapear grupos de ouvintes de vozes existentes em diferentes estados brasileiros.

As entrevistas com participantes do primeiro grupo foram realizadas no formato online proporcionaram maior flexibilidade no agendamento, mas a dependência de uma boa conexão de internet, tanto por parte do entrevistador quanto dos participantes, foi um ponto crítico. Nem todos os entrevistados possuíam os recursos tecnológicos necessários, e em um caso foi preciso o auxílio de familiares para conectar ao aplicativo de entrevistas (Microsoft Teams). A instabilidade da conexão de internet causou falhas frequentes nos áudios e vídeos, resultando em perda de alguns dados. Em algumas ocasiões, foi necessário reagendar as entrevistas, alterando o cronograma da pesquisa.

Já as entrevistas com os participantes do segundo grupo foram realizadas de forma presencial, em períodos em que a pessoa já possuía alguma atividade para realizar no serviço. Sendo assim abordada em conjunto com uma profissional de saúde para apresentar a pesquisa, após agendamento, era selecionada uma sala para aplicação da entrevista garantindo a privacidade e o sigilo.

Os critérios de inclusão adotados foram: pessoas de todos os gêneros que experienciam audição de vozes, alucinações e delírios, que podem ou não reconhecer essas vivências como processos psicopatológicos. Podendo estar vinculadas a um CAPS, no entanto a inclusão na pesquisa se deu pela participação do indivíduo em outros espaços de cuidado, como grupos de apoio a quem ouve vozes. Os participantes também precisaram apresentar certo grau de consciência preservada, com capacidade cognitiva e de verbalização suficiente para refletir sobre suas próprias experiências, proporcionando narrativas mais ricas. Esses critérios buscam garantir uma melhor compreensão das histórias de vida.

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídas pessoas com menos de 18 anos, aquelas que não comparecerem aos encontros agendados após três tentativas, ou que estavam

em situação de desorganização psíquica ou agitação que comprometesse a capacidade cognitiva e de verbalização. Também foram excluídos participantes impossibilitados de participar por motivos como internação hospitalar. Além disso, a exclusão poderia ocorrer a pedido da própria pessoa ou de um familiar, dependendo das circunstâncias em que o pedido fosse feito, o que não ocorreu. A pesquisadora esteve à disposição dos participantes para lidar com quaisquer intercorrências que pudessem surgir relacionadas ao conteúdo das entrevistas ou ao processo de pesquisa, mas isso não ocorreu.

Nesta pesquisa, realizamos entrevistas individuais com utilização de roteiro semiestruturado com o objetivo de recuperar memórias e informações para a compreensão da história de vida, da gênese da escuta de vozes e das mudanças nesta experiência ao longo do desenvolvimento. As entrevistas seguiram um roteiro que orientou a entrevistadora; enquanto algumas questões emergiram espontaneamente, outras exigiram uma condução mais direta. O roteiro foi construído pela pesquisadora e orientadora e utilizou algumas questões da "Maastricht Hearing Voices Interview", desenvolvida por Marius Romme e pela pesquisadora Sandra Escher, em Maastricht, Países Baixos (Escher, Hage, Romme, 1998). A entrevista de Maastricht é uma ferramenta que explora a experiência dos ouvintes e auxilia no planejamento do tratamento, abordando aspectos como a natureza das vozes, história pessoal, fatores desencadeantes, impacto no cotidiano e estratégias de enfrentamento, entre outros (Escher, Hage, Romme, 1998).

4.3 A HISTÓRIA DE VIDA DOS OUVIDORES DE VOZES, PARTICIPANTES DE GRUPOS AUTONOMOS

Conforme mencionado anteriormente, participaram da pesquisa cinco pessoas que ouvem vozes, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos: maiores de dezoito anos, de gêneros variados, que experienciam audição de vozes, acompanhadas ou não de alucinações e delírios, que conceituem ou não essas vivências como processos psicopatológicos ou sintomas dos mesmos. Dentre os participantes, três eram mulheres e dois homens. Um dos homens frequentava um grupo de ouvintes de vozes no CAPS do município onde residia, enquanto o outro já havia frequentado um CAPS, mas não era mais usuário. As três mulheres não frequentavam o CAPS, mas participavam (ou participaram em algum momento) de grupos autônomos de ouvintes de vozes, como grupos de ajuda mútua, fora do sistema de saúde mental. A seguir, apresentamos o Quadro 4, com informações básicas dos participantes entrevistados online.

QUADRO 4 – DOS PARTICIPANTES RECRUTADOS EM GRUPOS DE OUVIDORES DE VOZES

Nome	Idade	Escolaridade	Região	Número de entrevistas
Conrado	66 anos	Ensino técnico completo	Sudeste	Duas
Anastácia	39 anos	Ensino superior completo	Sudeste	Duas
Aurora	23 anos	Ensino superior incompleto	Sudeste	Uma
Murilo	29 anos	Ensino médio completo	Sudeste	Uma
Amélia	61 anos	Ensino superior completo	Sul	Três

FONTE: As autoras (2024).

Conforme registrado na tabela, foram realizadas nove sessões de entrevistas entre os dias 27 de setembro e 13 de novembro de 2023. Todas as entrevistas ocorreram no formato online, uma vez que os participantes residiam em diferentes regiões do país. A seguir, apresentaremos uma síntese da história de vida de cada um dos cinco participantes.

Conrado

Homem, 66 anos. Tem diagnóstico de esquizofrenia e autismo grau 1. Nasceu em um município do interior, no sudeste brasileiro. Acerca da própria infância, descreve a si mesmo como uma criança apática, descreve possuir um incômodo por não ter tido educação sexual, moral, e religiosa durante a infância e juventude. Entre os 12 e 15 anos já trabalhava em uma loja, que pertencia aos tios.

Teve pais presentes, mas carregou uma mágoa por certo tempo, certa vez seu pai o arrastou para ir à escola, isso o magoou muito. Relata que sofreu bullying na escola, um menino o agredia, mas não conversava com ninguém, não conversava com os pais, pois observava que eles estavam sempre ocupados. Não se lembra de ter tido amigos na escola. Descreve o pai como uma pessoa fechada, não conversava muito, somente “tomava providências”, trabalhador. Quando criança morava em frente a uma praça, gostava de brincar na rua com os outros meninos, lembra até hoje de um dia que seu pai o negou ir até a pracinha com os colegas.

Atualmente percebe-se como alguém passivo, que aceitava tudo passivamente, não questionava nada. No entanto, também carrega memórias relacionadas a um sentimento de culpa, quando dançou no Carnaval com uma menina e um colega da escola posteriormente comenta que ele acabou com aquela menina, como se tivesse cometido algum pecado, sido inconveniente, desrespeitoso. Ainda que não tenha compreendido o que fez de errado, relata esta cena com certa culpa e ressentimento. Na adolescência, por outro lado, relata que tinha medo de ir na pracinha, devido ao tumulto, à quantidade de gente, sentia-se nervoso e tenso. Este medo se dava pelo receio de sofrer maus-tratos, ele se nega a comentar a respeito, mas descreve que feriu algumas pessoas.

Passou no vestibular em uma escola técnica federal, começou a estudar, mas sentia dificuldades para se concentrar nos estudos, não estava acostumado a ficar longe da família. Começou a sentir uma solidão, uma angústia, descreve como o início da depressão que o acompanhou posteriormente. Formou-se no colégio técnico de metalurgia (CTU) e foi trabalhar em outra cidade, a mudança ocorreu em 1977. No mesmo ano começa o tratamento com psiquiatra.

Começou a trabalhar entre os 20 e 21 anos em uma siderúrgica. No trabalho, possuía boas relações, ele menciona um amigo, que atuava como supervisor no setor em que trabalhava, este o apoiava e o defendia. Havia uma insegurança, pois um de seus superiores não confiava em Conrado, por saber que fazia acompanhamento psiquiátrico. Ele ainda descreve que o uso dos medicamentos (haldol, amitriptilina e diazepam), começou a dificultar seu rendimento no trabalho e atrapalhar na concentração. Passou a tomar o medicamento dia sim dia não para conseguir trabalhar, certa vez foi denunciado por estar dormindo durante o serviço. Trabalhou por 17 anos na siderurgia.

Acerca dos relacionamentos, Conrado observa que teve dois episódios depressivos mais graves, ambos após término de relacionamentos. Aproximadamente em 1979, morava com colegas em um alojamento, nesta época planejou seu suicídio, comprou uma moto, fez um seguro de vida para a mãe, planejava bater a moto em uma carreta. Seu psiquiatra na época forneceu algumas orientações, fazendo-o desistir.

Conrado observa algumas coisas que o angustiam, nunca se apaixonou de fato por aquelas com quem namorou, segundo ele “namorava por namorar, porque todo mundo namorava”. Sentia-se perdido na vida, sem saber porque veio ao mundo, o que queriam dele. Ao começar a frequentar a casa espírita, conheceu sua primeira esposa lá, ambos faziam parte da Mocidade. Casou-se em 1982. Desejava ter um filho, ao conversar com a esposa, ela exigiu que Conrado ficasse pelo menos 6 meses sem tomar medicamento, pois tinha medo que a medicação afetasse a gestação e o desenvolvimento da criança.

A interrupção do tratamento medicamentoso, durante 6 meses, gerou em Conrado uma “tensão nervosa”, é neste contexto que começa a ouvir vozes. Conrado descreve que começou a sentir uma energia entrar e sair do próprio corpo, escutava uma voz, como uma telepatia. Ele descreve: é como se a voz estivesse falando através do outro, “sai uma voz de você, no mesmo tom de voz que a pessoa”, no entanto o conteúdo é de crítica, zombaria, ameaças. Acredita que as vozes podem ser uma forma de “assimilação telepática”, uma projeção do seu inconsciente, ou um “espírito obsessivo” que está tentando o atormentar. Em 1983 recebeu o diagnóstico de esquizofrenia.

Ele se recorda de uma experiência com as vozes, anterior à crise quando parou com os remédios, sentiu como se fosse uma telepatia de uma ex-namorada dizendo que iria namorá-lo. Ele descreve que as vozes dependem da “tensão nervosa”, um dos momentos que essa tensão ocorre é quando fica estressado na presença de outra pessoa, por isso aos poucos deixou de ser uma pessoa sociável. Percebe que começou a sentir medo das pessoas conversando do seu lado, lugares tumultuados o deixam nervoso e tenso. Andar de ônibus também se tornou incômodo, devido ao barulho das pessoas conversando, preferiu isolar-se, descreve uma espécie de “fobia de gente”. Conrado descreve que as vozes afirmam que ele é “ruim, doido e gay”, o conteúdo negativo das vozes predominou por muito tempo, no entanto atualmente não é tão negativo.

Em 1984 teve a primeira filha, cinco anos depois a segunda. No mesmo ano do nascimento da segunda filha, em 1989, separou-se da ex-companheira. Havia conflitos no relacionamento, começou a beber, sentia-se deprimido. Descreve que se sentiu culpado durante um tempo, por ter passado uma doença para a filha, mas ao pesquisar a respeito tomou ciência que é uma doença rara e não estava relacionada ao seu diagnóstico. Em 1993 foi demitido da siderúrgica, o supervisor da empresa - que era seu amigo - se aposentou, após demissão conseguiu afastamento pelo INSS, em 1996. Neste período em que foi demitido descreve ter tido outra crise, queria planejar um assassinato, mas não se deixou levar pelas emoções, hoje descreve como uma insensatez.

Depois da primeira esposa, casou-se novamente, mas esta companheira não aceitava sua religião, a descrevia como uma pessoa intolerante, nervosa, ela questionava sua entrada no centro espírita. Descreve que era uma relação apática, estava deprimido por ficar sem ver as filhas, e nova companheira era estressada, brigam à toa.

Para se sentir melhor costuma sair da cidade, ir para áreas mais afastadas, parques e o Jardim Botânico, também frequenta o CAPS. Em 2016, começou a participar de um centro espírita, hoje as vozes possuem uma relação com a religião e o espiritismo. Em 2018, uma irmã faleceu devido a um suicídio. Atualmente são os irmãos que o sustentam.

Parece conviver com um sentimento de culpa, descreve ter cometido muitos erros e pecados na vida, devido a falta de educação, de formação. Descreve que os pecados estão relacionados à “traição, falta de respeito, falta de consideração, de solidariedade, desprezo, omissão”. Acredita que praticou maldade nas encarnações passadas, por conta disso estaria pagando as consequências, inclusive sexualmente, por causa dos instintos, pensamentos e sentimentos que cultivou no passado.

Mulher, 39 anos, mora em uma capital no sudeste brasileiro. Atualmente mora com uma prima que possui 94 anos, atua como cuidadora dela. Formada em belas artes, é escultora, já trabalhou como professora em escola. Fez concurso por insistência da mãe, pois não gostava de trabalhar no ambiente escolar, descreve ter “trauma de escola”. Acerca da infância possui poucas memórias, lembra que odiava ficar em casa, gostava de brincar na rua, andar de skate, ir à casa de amigas. Tem más recordações da escola, pois era vista como aluna “pestinha”. Possui lembranças da infância na casa da avó, achava entediante, pois lá eram realizados os encontros do centro espírita que a família compunha, toda a família é espírita kardecista. Descreve que seus familiares reproduzem uma cultura machista e patriarcal, seu tio ocupava este lugar de patriarca, também havia uma espécie de “cultura de briga”. Descreve que a relação com a própria mãe foi marcada por brigas, punições, lembra da mãe a prender no banheiro durante a infância.

Após formar-se em belas artes, fez licenciatura, foi chamada por um concurso para dar aula, mas detestava o trabalho, como resposta à sua insatisfação começou a apresentar alergias no corpo, por volta de 2016. Descreve que nesta época, passava mal com qualquer alimento, tinha coceiras, começou a desenvolver anemia, queda de cabelo, dor nas juntas, diarreia, intestino preso e quando relatava para as pessoas, não era levada a sério. Acredita que isso estava relacionado à insatisfação no trabalho, então pediu exoneração aos 33 anos.

Após o pedido de exoneração, decidiu fazer uma imersão onde ficou três dias em processo terapêutico profundo, tratava-se de um retiro espiritual terapêutico. Ao retornar deste “treinamento” passou a ter sensações no próprio corpo, descreve como uma espécie de energia, querendo falar com ela. Por vezes descreve essas sensações como uma experiência mística e mágica, ora descreve como uma questão espiritual. Buscou explicações para essa experiência, e encontrou no Johrei, uma igreja messiânica, um espaço para explorar esta energia. No entanto, descreve ter ficado “bitolada”, se distanciou de todos, só ia à igreja messiânica, só pensava nas próprias sensações, ficava lendo, anotava e refletia sobre a energia.

Decidiu se afastar do Johrei, então procurou realizar práticas de Reiki, e posteriormente, buscou um centro espírita. Suas percepções se alteraram com o tempo, houve um período em que acreditava que só ela existia e as pessoas estavam dentro dela, de modo que todas as coisas e pessoas eram ela mesma, por conta disso acreditava que não precisava falar e se relacionar com mais ninguém, levando a um afastamento de todos. Essas sensações a levaram a questionar muito a vida, inicialmente, costumava ser uma sensação mágica. Tinha sensações que advinham do contato com os objetos, sentia uma energia das plantas, do céu e das pessoas, era como uma energia que subia e descia no próprio corpo. No entanto percebe como algo bom, como uma forma de conexão com o mundo e as pessoas, pois era também uma conexão consigo mesma, com suas emoções e com o próprio corpo. Menciona algumas experiências em que ouviu vozes, por exemplo, quando ouviu a TV falar com ela; noutra vez a música do rádio mudava cada vez que ela o observava, e falava o que ela estava pensando. Hoje diz que era uma “piração”. Descreve essas sensações como um formigamento que anda pelo corpo, às vezes aparece como apontada na cabeça, de dentro para fora.

Em 2022, contraiu COVID-19, na época estava realizando um curso técnico em enfermagem, seu estágio presencial coincidiu com o período que pegou o vírus, começou a ter crises de pânico no hospital. Nesta época, a energia que percorria seu corpo piorou, se tornou insuportável, começou a sentir um aperto na vagina, tinha espasmos no corpo inteiro - como um vaginismo -, perdeu o sono, teve crises de pânico, não conseguia mais fazer nada. Já não sentia aquela sensação boa no contato com o outro, como quando ajudava alguém e sentia algo bom no corpo, passou a ser uma sensação ruim, um aperto no peito, sentia como um infarto, como se estivesse sendo morta. Atribui essa mudança ao seu dia a dia de trabalho, o qual consistia em ver sangue, pessoas morrendo, sofrendo frente à pandemia, deste modo sentia como se tivesse perdido seu “superpoder”.

Ela descreve que antes da COVID, era como se tivesse controle das sensações, acreditava que mandava energia para as pessoas, através da imposição das mãos, após o COVID ela perdeu esse controle do corpo. A partir desta experiência ela descreve algo como o início de uma depressão. Querendo encontrar explicações, recorreu à hipnose. Por meio das sessões de hipnose teve acesso a um conteúdo sobre sua infância, nas sessões de hipnose descobriu que sofreu violência sexual, entre os 5 a 6 anos, pelo tio - que ocupava a posição de médium do centro espírita da família - na casa da avó. Ainda que reconheça as associações feitas em hipnose, não sabe dizer se é verdade.

Os processos decorrentes desta “revelação” apresentada pela hipnose produziram um sofrimento em Anastácia. Um dos conteúdos desvelados pela hipnose foi que o tio a abusava quando ficava presa no banheiro, outra memória foi da violência realizada no quintal da casa da avó. Nos dias seguintes à hipnose, Anastácia sentiu-se suja, passando a tomar quatro banhos ao dia. Com o acompanhamento psiquiátrico e tratamento medicamentoso teve uma redução nas sensações no corpo.

Após a hipnose decidiu não falar para nenhum de seus familiares, sentiu um rompimento com a imagem idealizada da família. Somente comunicou acerca das sensações e pontadas que sentia no corpo, sua mãe falava que isso era “perturbação” ou mediunidade. Anastácia consultou um médium para esclarecer o que poderiam ser suas sensações, ele a advertiu que parecia ser uma experiência muito mais intensa que mediunidade.

Em uma das sessões de hipnose, passou por uma situação de assédio, desta vez realizada pelo terapeuta (quem mediava a hipnose), ele pediu para que ela se masturbasse na sua frente, para obter uma melhora, enquanto isso ele a filmava. Por recomendação do psiquiatra ela deixou de fazer hipnose, ao refletir sobre a situação se sentiu ingênua. Houveram outras situações de assédio, levando-a a acreditar que atraía essas situações de assédio e violência.

Atualmente, sente pontadas na cabeça, experiência a qual descreve como uma conversa que tem com a própria cabeça, fala com ela para saber se uma coisa é boa ou ruim, uma pontada do lado direito significa bom e o esquerdo ruim. Antes as pontadas falavam com ela durante o dia todo, hoje não dá tanta atenção, se ela quer tirar uma dúvida, presta atenção, por exemplo tem dúvida se vai gostar de um alimento, pergunta para a pontada, e ela responde através de sim ou não. Hoje sente que a vida está mais básica, mais sem graça, principalmente após o uso de medicação, no entanto descreve que “sem graça é bom porque eu não mergulho tanto”.

Aurora

Mulher, 23 anos, bissexual, estudante universitária, nasceu em um município do nordeste brasileiro, mas hoje reside em uma capital do sudeste, diagnosticada com transtorno esquizoafetivo. Mãe é uma figura de apoio, seu pai permaneceu morando em outro estado, acredita inclusive que o fato do pai não ter se mudado com elas, essa distância mudou o conteúdo das vozes.

Acerca da própria infância descreve que foi tranquilo, estudou em boas escolas, mas que por vezes era solitário, seus pais eram muito novos quando a tiveram, trabalhavam bastante. Por volta dos 7 anos começou a fazer terapia, pois sofria bullying na escola, teve relações difíceis. Durante esta passagem da educação infantil para o fundamental, percebe que teve um bom desenvolvimento, ia bem na escola, fez amigos, participava de atividades extracurriculares. No entanto, aos 11 anos mudou de escola, sente que perdeu esses laços sociais que havia construído. Saiu de um ensino montessoriano para começar em uma escola tradicional católica. Afirma que pela primeira vez sentiu-se anulada pelos adultos. Acredita que talvez por isso começou a se voltar para essa questão religiosa, pois estava em uma escola católica. Acreditava que Deus iria ajudá-la e ouvir ela quando ninguém mais estivesse ouvindo. Portanto, por volta dos 11, 12 anos começou a ouvir vozes.

A primeira voz que ouviu vozes foi registrada num diário, tinha 11 anos, Aurora estava no banheiro de um shopping, então Deus disse a ela “se ajoelhe, porque eu quero falar com você”. Ela se ajoelhou e escutou o que ele vinha dizer, Deus descrevia uma missão, afirmava que o fim do mundo estava se aproximando e ela precisava evangelizar o máximo de pessoas e contar as mensagens que trouxesse a ela. No início Aurora descreve que era uma experiência e sensação que conseguia lidar, pois se sentia acolhida. Não contou a ninguém pois acreditava que se alguém descobrisse sobre esse diálogo com Deus, iriam persegui-la, logo que acreditava existir organizações que poderiam ir atrás dela. Ao mesmo tempo, percebia sinais de Deus, sentia que Deus a orientava, dizia o que fazer, por meio de uma nuvem no céu, algum recado pela televisão ou por meio de uma página aleatória ao abrir um livro, tudo poderia ser uma mensagem divina.

Acreditava que possuía um dom, uma missão a desempenhar na Terra, finalmente possuía seu espaço, de repente as questões de escola se tornaram menos importantes. Procurou por teorias da conspiração, sobre o fim do mundo para encontrar explicações para aquilo. Descreve que as pessoas notaram uma diferença em seu comportamento, foi quando retornou à terapia, aos 12 anos. Permaneceu até os 13 anos com um analista, ele foi a primeira pessoa a perceber que Aurora ouvia vozes. Ele a questionou se conversava com os anjos, ela confirmou. Até hoje Aurora não sabe o que o motivou, mas ele não compartilhou com a família de Aurora, não foi encaminhada para um psiquiatra. Portanto, foi a primeira pessoa que percebeu este processo em Aurora e a acolheu. Aurora ouvia principalmente a voz de Deus, mas também de alguns demônios, no entanto Deus era quem mais falava com ela. Ela percebe que as vozes refletiam seu estado emocional e se alteravam conforme mudanças de humor.

Durante a adolescência, descreve que amigos começaram a ter problemas e passaram a se afastar dela, simultaneamente começaram a surgir questões relacionadas a relacionamentos e à sexualidade. Aurora descreve que neste período sentia-se mais triste, e atribui essas dificuldades pela qual vinha passando principalmente pelo fato de Deus ter parado de falar com ela. Essa ausência a deixou muito melancólica, sentiu-se vazia. Aos 14 anos começou a sentir um desejo de morrer, pois acreditava que isso iria a levar para perto de Deus de novo. Aos poucos a voz de Deus retornou, mas de forma mais severa, condenatória, quando fazia algo que ela mesma considerava errado, Deus dizia que ela iria para o inferno, que estava cometendo um pecado.

Neste período, questões relacionadas à sua sexualidade estavam aparecendo, Aurora acredita que ao se identificar como LGBT essas vozes passaram a ser condenatórias. Além disso, descreve um sentimento de vergonha, pensando sua proximidade com a religião, inclusive há pelo menos um ano vinha construindo planos para se tornar freira. Aurora sentia uma contradição grande, pois declarava tentar viver em santidade, mas não conseguia, tinha vergonha e medo de ir pro inferno, por conta disso tinha receio de se masturbar, de olhar e pensar em mulheres.

Aurora começou a adotar práticas mais radicais de penitência, jejum prolongado, penitências corporais, autoflagelo, achava que isso traria paz. Conversou com um padre, este recomendou ela ver um médico. Ao retornar para a terapia, sentia menos culpa, direcionou seu foco à escola e aos estudos. Aos 16 anos participou de uma simulação da ONU, requeria que ela estudasse mais, começou a tomar muito café e passava noites em claro.

Com a privação de sono, entrou num ciclo de autoestímulo, não queria mais dormir. Frente a este cenário, voltou a ouvir vozes com muita intensidade, não era mais Deus, mas os demônios dizendo que Deus a tinha abandonado porque ela tinha abandonado ele. Aurora acreditava estar sendo perseguida, as vozes diziam que iriam matá-la. Uma das noites mais tensas de sua vida, não conseguiu dormir, as vozes não paravam, e falavam várias coisas ao mesmo tempo, discutiam entre si, ao mesmo tempo ouvia muitos barulhos. Começou a acreditar que alguém entrou em sua casa, iriam matar ela e sua família. Permaneceu paralisada, achava que ia morrer. Após a simulação da ONU, sentiu um cansaço muito grande, permaneceu alguns meses sem ouvir vozes.

Começou a se questionar se isso não era loucura, pesquisou na internet e encontrou o termo “psicose”, pela primeira vez, aos 17 anos. Temia acontecer novamente. Por um tempo ficou em negação, se negava a ouvir as vozes. Entrou na faculdade com muita dificuldade, sentia dificuldade de concentração, perdas de memória, não conseguia ler os textos. Começou a sentir um sentimento de injustiça por passar por aquilo, como não tinha feito nada errado para merecer aqui, diferente dos seus amigos, nunca havia usado drogas. Descreve uma piora, quando teve o coração partido, teve um relacionamento muito difícil.

Relata que sofreu um abuso sexual aos 18 anos, cometido pelo primeiro menino que ficou. Aurora tentou suicídio pela primeira vez, por enforcamento, a tentativa deu errado. Descreve que eram as vozes que falavam de suicídio o tempo todo. Entrava sempre num estado deprimido, parou a faculdade, os remédios não funcionavam mais. Certo dia encontrou uma pesquisa sobre ouvidores de vozes, descobriu que várias pessoas desenvolviam mecanismos para lidar com elas. Aos 21 anos, procurou na internet e encontrou um grupo online de ouvidores de vozes.

Queria procurar por alguma alternativa que fizesse sentido, entrou para a umbanda. Obteve uma melhora, que atribui ao grupo de ouvidores, ao terreiro e ao uso da medicação, conseguiu desenvolver suas próprias estratégias, deu um sentido diferente para as vozes, passou a compreendê-las enquanto guias, como suas aliadas. Aprendeu a lidar com as vozes, negociar com elas, antes achava que tinha que obedecer. O médico acredita que Aurora possui um transtorno de personalidade.

Mais recentemente, Aurora começou a ouvir vozes durante o sexo, entendeu que era devido a um relacionamento em particular a deixava angustiada, não a fazia bem, e deveria terminar. Acredita que as vozes tentavam atrapalhar suas relações sexuais, na intenção de refletir sobre o que a leva a estar com as pessoas. Certa vez, uma voz afirmou que ela foi abusada pelo próprio pai, entendeu isso como um símbolo, referente às coisas que a afastavam da mãe.

Hoje, percebe as vozes como experiências espirituais, elas falam de algo que precisa prestar atenção, não sabe se são diretamente as vozes de seus guias, mas acredita que são os guias acionando mecanismos que ela já possui para lhe passar uma mensagem. Acerca da caracterização dessas vozes, ela afirma que Deus possuía uma voz masculina, assim como os demônios que ouvia. Atualmente, a maioria das vozes que ouve são femininas, no entanto existem outras que não sabe identificar, pois são sussurros. Ela possui uma voz mais forte, que dialoga com as outras vozes, chamada Diana, é uma voz feminina que escuta desde os 14 anos, na época a considerava um demônio. Aurora nota que alguns gatilhos para as vozes são quando termina um relacionamento, quando tem problemas no trabalho, quando está ansiosa, ou em momentos que está muito sozinha, dificilmente aparecem durante conversa com alguém, ou quando está concentrada em outra atividade.

Murilo

Homem, 29 anos, heterossexual, com diagnóstico de esquizofrenia. Reside atualmente em uma cidade do sudeste brasileiro, em um bairro da periferia. Está realizando um curso técnico na área de elétrica. Atualmente mora com o pai, mãe e irmã mais nova.

Seu pai trabalha como funileiro de carro, foi alcoolista durante a infância de Murilo. Já sua mãe é técnica de enfermagem, trabalhava em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Das lembranças que tem da infância, descreve que se recorda das brigas entre os pais, mãe tinha problemas no relacionamento com o pai. Atualmente, seus pais estão divorciados. Murilo acredita que este contexto de briga, e o alcoolismo do pai podem ter colaborado como “gatilhos” para o uso de drogas. Seu pai deixou de beber quando Murilo tinha 17 anos, descreve que no começo a família era bastante dividida, seus irmãos não gostavam do pai, até hoje discordam de seu comportamento, por prejudicar a mãe.

Era um aluno muito agitado na escola, se descreve enquanto uma “criança rebelde”, por se envolver em brigas e conflitos na escola. Sente que existem situações gatilhos onde sente muita raiva e não consegue se controlar. Murilo começou a beber aos 12 anos, deixava de ir para a aula para ficar bebendo. Começou o uso de drogas, por volta dos 13 anos e manteve o uso até os 18 anos.

Possuía um amigo, filho de um policial, que fazia uso das substâncias apreendidas pelo pai deste colega em operações da polícia. Murilo relata à mãe que fazia uso de drogas, pede ajuda para parar. Aos 18 anos, descreve que sentiu seu corpo reagir à abstinência, passava noites em claro e começaram a aparecer as vozes.

A primeira vez que ouviu vozes, passou a noite em claro, descreve que sabia a rotina dos vizinhos, como um “pensamento estranho”, como se adivinhasse o que os outros faziam, ao mesmo tempo também ouvia a seguinte fala “eu vou trabalhar, você não trabalha”. A mãe o acompanhou até um CAPS, foi diagnosticado com esquizofrenia. Começou um tratamento com risperidona, biperideno, depakene. Com o uso dos medicamentos reduziu a frequência das vozes, nunca deixou de ouvir, mas agora escuta de uma forma que consegue controlar. Aos 17 anos teve a primeira namorada, conta com certo arrependimento pois relata que traiu ela. Depois teve um relacionamento virtual e outras relações depois. Em seu último relacionamento Murilo se tornou meio controlador e persecutório quando a ex-companheira terminou, imaginava que ela estava se relacionando com outras pessoas. Hoje acredita-se que o uso de drogas e as vozes impactaram nessa relação, o término foi motivado pelo uso de substâncias. Após o término parou de beber e usar drogas.

Relata um incômodo por não conseguir se estabelecer em um trabalho, não consegue permanecer em empresas por muito tempo, não sabe dizer se é por conta do diagnóstico de esquizofrenia, de um preconceito, ou se é algo seu por não conseguir desempenhar as funções. Murilo trabalhou antes e após o diagnóstico em uma farmácia, em um hotel e outras empresas menores. Tentou se aposentar com perito do INSS, mas não conseguiu, pois acreditavam que ele tinha condições de trabalhar. Hoje sente uma insegurança por não conseguir permanecer em trabalhos por um período maior de 6 meses.

Descreve como uma doença silenciosa, começa a ter pensamentos que não são reais, a maioria das vozes de Murilo estão relacionadas ao desemprego. Descreve imaginar que seus irmãos estão incomodados por ele não ir trabalhar, que ele é preguiçoso, que não quer trabalhar, ao conversar com eles percebe que não pensam nisso. Para Murilo, as vozes são como uma paranoia, ele descreve como um problema de saúde, um transtorno mental.

Murilo ouve vozes de pessoas que conhece, como a voz de seu pai, de colegas de turma e do trabalho, de um vizinho, seu conteúdo está principalmente relacionado a chamarem de preguiçoso, sem futuro, vagabundo. Reconhece que são vozes dele e não do além, que o fazem acreditar em coisas que não existem. Acredita que vozes são internas, acha que é um fluxo de sua imaginação. Na maioria das vezes são vozes masculinas. Murilo descreve que o conteúdo das vozes é relacionado a tudo aquilo que ele não quer ou consegue ser, o fato dele estar desempregado, que ele é vagabundo, fica explorando a mãe dele, vivendo às custas da mãe, que não consegue viajar para fora do país, que é uma pessoa encostada. Acredita que vozes intensificam estados emocionais, são seus sentimentos que desencadeiam as vozes.

Amélia

Mulher, amarela, 61 anos, ensino superior completo, reside atualmente em uma cidade da região sul brasileira. Seu pai era funcionário de uma cooperativa, já sua mãe era costureira, ambos de ascendência japonesa. Teve três irmãos, um deles já falecido. Amélia frequenta a igreja adventista.

Durante a infância morou em diferentes cidades no interior do estado, até por volta dos 16 anos. Aos 17 anos mudou-se para uma cidade no sudeste brasileiro, para fazer faculdade, graduou-se em economia em uma universidade privada. Seu primeiro trabalho foi em um banco aos 19 anos, onde gostava muito de trabalhar. Sempre viu importância no trabalho, pois proporciona independência. Aos 24 anos casou-se, teve seu primeiro filho aos 25 anos. Três anos depois, aos 28 anos fez uma viagem para o Japão, para encontrar trabalho e juntar algum dinheiro, seu marido havia ido alguns meses antes, ela foi para acompanhá-lo. Chegando lá começou a trabalhar em uma fábrica que produzia peças de computador.

No Japão trabalhava muito, possuía um ritmo de trabalho muito diferente do que estava habituada. Descreve trabalhar de nove a dez horas por dia, por vezes começava o serviço às 8h e só terminava às 21h, trabalhava sábado e domingo também. Além disso, a dinâmica de sono e alimentação era distinta da que estava acostumada no Brasil. Aponta o ritmo de trabalho e o cumprimento de metas como fatores que a desgastavam. Além disso, destaca as diferenças culturais existentes, tanto com relação aos comportamentos das pessoas, como a organização do trabalho.

Percebeu dificuldades ao executar suas tarefas em outro idioma, trabalhava atendendo chamadas via telefone, sentia dificuldade ao realizar atividades, apesar de saber japonês, era um nível básico. No início acreditava que iria fazer um trabalho mecânico na fábrica, não imaginava que teria que “usar a cabeça” (sic), mas ao iniciar o trabalho foi encaminhada para essa função administrativa, para atender e responder chamadas pelo telefone.

Amélia aprendeu japonês com o avô, descreve que o conhecimento de japonês que possui, conseguia fazer compras no supermercado, ir ao shopping, se comunicar um pouco.

No entanto destaca que o problema maior não era o trabalho, mas a punição e ameaças quando fazia algo errado, ser cobrada por algo que não consegue fazer, a humilhação quando colocam para fazer serviços ruins. Ela descreve que no Japão sentia como se estivesse patinando no erro. Mas percebe que pode ser algo emocional, pois não gosta de ser cobrada, que a acelere para fazer as coisas. Não entende se a cobrança se deve ao fato de ser imigrante. Outro fator que a deixou receosa, foi o fato de ter sido questionada, por não ter o sobrenome do marido, sentia como se tivesse transgredido uma lei cultural.

Amélia teve um surto psicótico no Japão, a primeira vez que ouviu vozes estava na fábrica. Escutava vozes da máfia japonesa, a Yakuza. Sentia-se perseguida, descrevia que as vozes a ameaçavam e seu filho (que estava no Brasil). As vozes eram masculinas, por vezes eram duas vozes que se comunicavam entre si, falavam sobre Amélia, seu futuro e seu passado. As vozes sempre foram em português. Amélia descreve que a Yakuza é algo real e presente no Japão, mulheres são levadas para a prostituição, participam no tráfico de drogas. Ela nunca tinha ouvido falar da máfia, até ir para o Japão. Por fim, acredita que as vozes são uma forma de ameaçá-la a trabalhar e produzir. Ela considera que começa por uma ameaça real e depois ela começa a ficar ansiosa, preocupada, com medo, que leva a um surto, por não encontrar soluções, não ver saída. Entre os 28 e 40 anos Amélia teve em torno de 8 surtos psicóticos.

Após dois meses no Japão, Amélia voltou sozinha para o Brasil, ao retornar foi acompanhada por familiares a uma consulta com um psiquiatra. Ao chegar acreditava que tinha que morrer, neste período teve uma tentativa de suicídio, tomou todos os medicamentos que encontrou em cima da geladeira. Após esta ocasião, a família a levou a um padre. Seguiu com o tratamento recomendado pelo psiquiatra.

Menciona outro surto psicótico após engravidar da segunda filha. Descreve que interrompeu a medicação por conta da gestação, e estava trocando o dia pela noite. Cuidava do filho mais velho durante o dia e da recém nascida de madrugada. Durante este período planejou matar os filhos com veneno de rato. Precisava matar os filhos e a si mesma, as vozes diziam que eles iriam sofrer, pois a máfia iria torturar eles. Não chegou a realizar o que planejou. No entanto após sua tentativa de suicídio foi levada para um hospital, como não estava tomando a medicação o médico retornou com os remédios. Amélia relata tristeza por não ter conseguido voltar a amamentar.

Descreve seu ex-companheiro como uma pessoa que a cobra muito, no sentido de trabalhar, fazer as coisas que ele demandava. Uma vez ele a disse que “tinha se casado pra ser feliz” (sic), Amélia indigna-se com a obrigação de fazê-lo feliz. Não gosta de ser cobrada e acelerada para fazer as coisas. Ao retornar para o Brasil, seu marido abriu uma padaria, Amélia trabalhou por alguns anos no caixa da padaria e depois em um centro de educação administrado pela irmã.

Quando deixou a cidade no Sudeste para morar no Sul, seu filho mais velho tinha 15 anos, ele permaneceu lá e passou a morar com a tia. Amélia não conseguiu a guarda dos filhos por conta da esquizofrenia. Mas ao se mudar para o sul ficou com a filha mais nova, pois o ex-marido voltou para o Japão, a filha permaneceu com ela até a faculdade. Depois de alguns anos, ela trancou a faculdade e foi morar com o pai no Sudeste.

Amélia cuidava da própria mãe, no final de sua vida, certo dia deu uma medicação para baixar a pressão, no entanto a mãe já estava com a pressão baixa, começou a se sentir mal. A mãe faleceu no hospital. A irmã ainda a responsabiliza pela morte da mãe. Tem problemas com a irmã, ela diz que Amélia faz muito mal a ela, que a prejudica e faz mal às sobrinhas.

Amélia fica surpresa com o diagnóstico de esquizofrenia, acreditava que possuía depressão, entende que teve episódios graves como o suicídio, mas não reconhece ter um transtorno mental grave, como esquizofrenia, parece assustar o fato de ser uma doença que não tem cura. Há pouco tempo, Amélia tentou obter a aposentadoria, devido à esquizofrenia, mas não conseguiu, o INSS não aprovou. Por conta disso, trabalhou com a irmã no centro de educação da família até o início de 2024.

A igreja adventista é um espaço importante para Amélia, ela cita uma profecia em que descreve “no final dos tempos, os idosos ouvirão vozes”. Cita uma sacerdotisa que “recebe mensagens” (sic), Amélia se apoia nesses fatos e se reconhece neles. Amélia acredita que quem possui religião consegue entendê-la melhor, quando tentou suicídio, a levaram a um padre, até mesmo para um centro de umbanda e outro espírita. Durante sua vida não teve nenhum internamento. Hoje entende que fica estressada com a sobrecarga de atividade, portanto procura não se sobrecarregar. Acredita que possui uma cobrança interna. Ao fim descreve que sabe que a Yakuza existe, mas se questiona porque estariam à procura dela, se não tem nada a oferecer a eles.

4.4 A HISTÓRIA DE VIDA DOS OUVIDORES DE VOZES, USUÁRIOS DOS CAPS

Participaram da pesquisa cinco pessoas que ouvem vozes e frequentam um CAPS, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos: maiores de dezoito anos, de todos os gêneros, que experienciam audição de vozes, alucinações e delírios, reconhecendo ou não essas vivências como processos psicopatológicos. Dentre os participantes, duas eram mulheres e três homens. Os cinco participantes são usuários de um mesmo CAPS na região sul do Brasil, nenhum deles participam de grupo de ouvintes de vozes, logo que não é ofertado no presente serviço. Alguns usuários frequentam o serviço cotidianamente, participante de grupos e oficinas de economia solidária, outros somente vão ao serviço para retirada da medicação. A seguir, apresentamos a Tabela 3, com informações básicas dos participantes entrevistados no serviço CAPS.

QUADRO 5 – DOS PARTICIPANTES RECRUTADOS NO CAPS

Nome	Idade	Escolaridade	Região	Número de entrevistas
Nanda	49 anos	Ensino médio incompleto	Sul	Três
Felipe	39 anos	Ensino médio completo	Sul	Duas
Janaíno	38 anos	Ensino fundamental incompleto	Sul	Duas
Hortência	61 anos	Ensino fundamental incompleto	Sul	Duas
Pedro	69 anos	Ensino fundamental incompleto	Sul	Duas

FONTE: As autoras (2024).

Conforme registrado na tabela, foram realizadas onze sessões de entrevistas entre os dias 3 de abril de 2024 a 4 de junho de 2024. Todas as entrevistas ocorreram presencialmente no CAPS em que os usuários estão vinculados. A seguir, apresentaremos uma síntese da história de vida de cada um dos cinco participantes.

Nanda

Mulher branca de 49 anos, com ensino médio incompleto, criada na área rural, em um município do interior, em um estado do sul do país. Durante a infância, conviveu com muitas brigas entre seus pais, presenciou cenas de violência doméstica, agressões do pai à mãe e aos irmãos. A família era composta por oito filhos, Nanda acredita ter sido a que mais sofreu, pois acreditava ser sua a responsabilidade de interromper a briga dos pais. Quando os pais brigavam, Nanda tinha febres, um fenômeno que persiste até hoje, toda vez que fica nervosa começa a ter sintomas febris. Parece ter desenvolvido isso como uma espécie de defesa, pois assim que Nanda tinha febre seus pais paravam de brigar para atendê-la.

Alguns anos depois, seu pai conheceu outra mulher e decidiu deixar sua mãe, mudou-se para a casa de sua nova companheira quando Nanda tinha por volta de 5 anos. Aos poucos o pai deixa de frequentar a casa. Coube à Nanda o papel de ir, periodicamente, à casa em que o pai residia com a outra família, solicitar que ele comprasse comida, pois ela e seus irmãos não tinham o que comer em casa. Como sua mãe sofria muito pela perda do marido e Nanda se sentia responsável por interromper as brigas dos pais, ela sentia-se culpada pela separação e pela tristeza da mãe. Este cenário marca a gênese da experiência de escuta de vozes em Nanda, a qual se inicia quando ela tinha entre 5 e 8 anos, começou a ver animais saindo de dentro da televisão e andando pela casa.

Nanda descreve um episódio marcante em sua história, um assédio sexual cometido pelo filho mais velho de sua madrasta. Durante sua infância, por volta dos 8 anos de idade, Nanda trabalhava com o pai nas construções, logo que ele era pedreiro. Ele chamava todos os filhos para trabalharem na obra, inclusive os filhos do novo casamento. Nanda descreve ter sido abordada pelo “irmão”, que na época possuía 18 anos, ele a forçava a tirar sua roupa. Como Nanda tinha episódios de febre quando ficava nervosa, conseguia fugir dele, portanto essas situações de abuso sexual foram somente tentativas.

Nanda nunca conseguiu desenvolver uma relação com os pais, não conseguia conversar com eles sobre o que vinha sentindo e experienciando. Por volta dos 14 anos, frequentava a casa de uma amiga que pertencia à igreja Adventista. Nanda começa a frequentar a igreja com ela, passa a deixar de frequentar a escola, faltando aulas para ir ao culto. Também descreve que por conta das vozes, já não conseguia prestar atenção nas aulas, interrompeu os estudos no período do ensino médio.

Nanda descreve que sentia medo de Deus, por conta de um episódio quando tinha por volta 15 anos, um raio caiu em sua casa, Nanda recebeu um choque elétrico que a jogou para longe. Acreditava que se tratava de uma manifestação divina. Essa experiência colaborou para a consolidação do sentido e significado ocupado pela religião em sua vida. Permaneceu morando com a mãe até os 16 anos, então casou-se, pois, via como uma forma de fugir desta dinâmica familiar. Aos 17 anos teve sua primeira filha, aos 20 anos teve a segunda. Aos 20 anos, mudou-se com o marido e as duas filhas para outra cidade, devido ao emprego do companheiro, que passou a trabalhar como mecânico em uma fábrica.

Nanda teve dois abortos, um aos 20 anos, outro aos 23 anos. Na primeira perda gestacional estava com 12 semanas. Nanda acredita que o aborto foi decorrente do uso de anticoagulante, em razão da trombose. Após a perda gestacional, Nanda escutava vozes da criança/feto, chamando por ela, “mãe, mãe”. O segundo aborto ocorreu aos 23 anos, devido a uma queda quando estava grávida de 7 meses, começou a sentir dores e sentia tremedeiras. Perdeu a criança devido a um descolamento de placenta, as vozes falavam para Nanda alertar o médico da queda, no entanto por receio não o fez. Alguns meses depois, Nanda teve uma gestação saudável de gêmeos.

Nanda nunca deixou de ouvir vozes, descreve como se fossem várias pessoas falando ao mesmo tempo. Após começar a frequentar a igreja adventista, significou essa experiência como anjos, acredita que as vozes são os anjos na Terra, mensageiros do retorno de Jesus. Quando tinha por volta de uns 30 anos, seu marido mudou de emprego, o que exigiria que ele viajasse e passasse semanas fora de casa. As vozes alertavam que isso poderia prejudicar seu casamento. Após um tempo, Nanda descreve que quando o marido voltava de viagem as vozes pioravam. No entanto, houve um episódio em que seu marido retornou de viagem, Nanda não o reconheceu, acreditava que ele tinha se transformado em lobisomem, dado que sua barba e cabelo estavam diferentes.

Imaginava que ele iria machucar as crianças, por conta disso não deixou ele entrar em casa, o marido chamou um primo para ajudar a conter a esposa, imaginava que ela poderia estar machucando as filhas, que estavam bem. No entanto, Nanda estava passando por uma crise, havia deixado de se higienizar e evitava levar as filhas para a escola. Nanda foi internada pelo marido em um hospital psiquiátrico, ela recorda que durante o internamento uma mulher se aproximou dela e disse que aquela carne que estavam servindo era carne de suas filhas, só ficou mais tranquila quando o marido, durante uma visita, levou as crianças.

Nanda se recorda que a mãe costumava imitar lobisomem para assustar ela e seus irmãos, vestia-se de fantasma e contava folclores regionais como a história do “zoio vermelho”, uma assombração que vivia embaixo do pé de limoeiro na casa de sua avó. Com o tempo, essas figuras folclóricas foram incorporadas às vozes que ouvia e sentia. Passando a constituir seu sistema de significações.

As vozes para Nanda parecem sinalizar um desconforto, ou tentam comunicar uma mensagem do que sente. Pouco tempo depois de seu internamento, Nanda descobriu que seu marido a estava traindo, ela separou-se do marido quando as gêmeas tinham 2 anos. Passou a viver sozinha com as filhas, iniciou o acompanhamento no CAPS, e conseguiu auxílio com a ajuda dos profissionais do serviço de saúde que a orientaram a buscar o BPC. Atualmente, segue vivendo com uma das filhas.

Felipe

Homem, branco, de 39 anos. Nasceu na capital do estado, mudou-se para o interior após a vida adulta, em um município do interior do sul do país. Seu pai era mecânico e a mãe dona de casa. Felipe estudou até o segundo ano, teve que interromper devido à esquizofrenia.

Retornou aos 17 anos, para finalizar os estudos, fez supletivo e concluiu o ensino médio. Descreve a si mesmo como uma pessoa nervosa, comenta que durante a infância e adolescência se envolvia em brigas com colegas da escola. Acredita que este comportamento se deve ao seu pai, que era um homem bastante violento. Felipe conviveu com a violência doméstica dentro de casa, seu pai agredia a mãe com frequência. Lembra de situações em que o pai deixava a mãe sozinha em casa cuidando dele e dos irmãos, enquanto saía para beber, retornava bêbado e batia na esposa e nos filhos. Considera que sua infância em relação ao seu pai foi muito triste. Relata que uma vez aos 14 anos, saiu sozinho para fazer sua carteira de identidade, desistiu devido à fila que estava muito grande, retornou sem ter emitido o RG. Seu pai irritou-se com o filho, o derrubou no chão e lhe deu um chute no nariz.

Durante a adolescência vivenciou alguns eventos que podem ter contribuído para o aparecimento das vozes. Entre os 15 e 16 anos, Felipe experimentou maconha, e descreve que as vozes são semelhantes ao efeito da droga. Próximo dos 17 anos perdeu um amigo, que morreu afogado em um lago. E aos 17 anos, apanhou brutalmente de policiais, pois ameaçou uma menina que gostava. Ela assustada e temendo pela própria vida, chamou a polícia, Felipe foi agredido e levado preso.

As vozes começaram poucos meses depois deste evento, que Felipe considera traumático. Aos 17 anos começou a trabalhar em um clube, como boleiro. Não tinha descanso e sentia-se sobrecarregado no trabalho.

Quando saiu de lá, teve três sonhos. Sonhava que pulava um campo, e depois um muro, ele encontrou um campo de futebol e queria realizar o que viu em seus sonhos. Ele passou alguns dias fora de casa, dormindo na rua. A família notou que Felipe estava apresentando algum problema de saúde mental e foi internado em um hospital psiquiátrico.

Descreve que quando está em crise, precisa sair caminhando, acreditava que tinha que encontrar Deus, por conta disso saía caminhando por vários dias até chegar em outra cidade, chegou a percorrer 130 km andando até outro estado. Realizou isso duas vezes. Seus pensamentos são orientados por uma questão religiosa, descreve que precisa caminhar para cumprir com sua missão para Deus.

Felipe foi bastante institucionalizado, o que se mostra em sua fala desorganizada, quando durante a entrevista houve uma série de esquecimentos do que está sendo discutido, perde a atenção com frequência. Houve três internamentos, um aos 17 anos, onde ficou 2 meses, o segundo aos 22 anos, em outro hospital psiquiátrico, e finalmente aos 32 anos. No último internamento, destaca em sua fala que estava previsto 2 meses de internamento, no entanto permaneceu internado por 5 meses. Ficou tão mal que imaginava que deveria se matar para salvar sua família, pois acreditava que os estavam maltratando. O período de internamento para Felipe foi bastante iatrogênico, comenta que outros pacientes o agrediram e o provocaram, roubaram seus objetos pessoais para trocar por cigarro.

Hoje tem as relações familiares mais fragilizadas, pois alguns membros da família fizeram empréstimos com cartão de crédito de Felipe, deixando dívidas em seu nome. Vive hoje da renda de um aluguel. Possui um relacionamento que durou 7 anos, mas ela o deixou pois ele costumava ser “muito nervoso”, além disso achava que ela o estava traindo. Terminou com a companheira em 2017, mesmo ano em que teve seu último internamento. Sobre as vozes, Felipe acreditava que possuía poderes, que existiam vários Jesus Cristo, e que ele era um deles. Então queria fazer as coisas que Jesus fez, como morrer na cruz.

Quando foi internado, Felipe cruzava as pernas e pensava que outros usuários iam vir agredir para matá-lo. Ele queria morrer como Jesus morreu, para ajudar sua família e para não ir para um lugar ruim. Felipe trabalhou em diferentes lugares, todos marcados por uma precariedade, trabalhou em um clube como boleiro, nos correios, lavando carro em um shopping, como ajudante em uma fazenda, lavando motores de ônibus. Atualmente está em acompanhamento no CAPS, desde 2018. Morava com a mãe em um município do interior, até 2022, no entanto ela faleceu. Descreve ter ouvido vozes que o alertaram da morte da mãe alguns anos antes.

Janaíno

Homem branco. Nascido na capital do estado do sul, 38 anos. Cresceu no interior do estado. Possui dois irmãos, sempre gostou de desenhar. Toca instrumentos musicais e frequenta a igreja evangélica.

Durante a infância, descreve ter sido uma criança muito medrosa, tinha medo de que acidentes acontecessem, como uma explosão do botijão de gás, medo da casa ser destruída com um vendaval, que um raio acertasse alguém numa tempestade, medo de soltar pipa e levar um choque, de uma lâmpada explodir e a incendiar a casa.

Por volta dos 7 anos presenciou um acidente em casa, a lâmpada da cozinha explodiu e soltou faíscas para todos os lados após uma tempestade, devido ao susto ele perdeu a fala por algumas horas. A partir desses eventos descreve que sente até hoje um medo de sentir dor no corpo. Frequentou a escola até a sexta série, descreve que possuía amigos, mas que também passou por bullying na escola.

Colegas da escola o batiam e chutavam, sentia medo de se machucar, descreve que era assustador. Durante a adolescência, próximo aos 17 anos, começou a sentir medo novamente, imaginava que um vulcão em erupção iria destruir toda a cidade, todos iriam queimar com a lava. Este pensamento ocorreu após consumo breve de maconha aos 16 anos. Depois descreve que este pensamento evoluiu, acreditava que todo o universo ia se transformar em fogo, ninguém iria morrer, pois toda a civilização iria queimar no fogo eterno. A escola observou esses comportamentos, avisou sua mãe que o levou para acompanhamento médico, J. começou a fazer tratamento e uso de medicação psiquiátrica aos 17 anos. Não teve relacionamentos.

O primeiro registro de prontuário no CAPS data de 2004, quando tinha 17 anos. Trabalhou em uma loja como segurança, sentia muito sono, permaneceu por pouco tempo, tinha 23 anos na época. Nunca mais trabalhou. Em seu prontuário está descrito que uma de suas crises, quando começou a se cortar aos 24 anos, foi após ter recebido um beijo de alguém do CAPS sentiu-se confuso e ansioso, se cortou com um pedaço de vidro. Outras crises ocorreram no mesmo ano, cortava-se por ser discriminado pelos irmãos e por não conseguir casar-se.

Aos 29 passou por um internamento, permaneceu lá por 3 meses. Deixou o CAPS em 2016, retornou em 2019 com uma piora no quadro, ficou este período de 3 anos sem medicação. Houve um episódio, em que estava sem medicação, achou que a filha de seu primo de 12 anos estava pretendida para ele, quando ele a cumprimentou dizendo que era sua noiva, o primo gritou com ele.

Em prontuário a mãe relata que a única solução é ele arrumar uma namorada urgente, em relato das profissionais ele descreve que sente medo de fazer mal para crianças sexualmente. Aos 33 anos, descreve vontade intensa de casar-se e ter relações sexuais, prede para deixarem sobrinhas longe dele. Ao longo de toda vida J. tomou medicação psiquiátrica, no entanto as vozes começaram em 2020, as vozes diziam que ele iria perder seu instrumento. As vozes também falam sobre intimidade, provocações por exemplo pelo fato de ele ser o único que não está em um relacionamento.

Não faz relação entre as vozes e o início da pandemia (acreditava ser uma epidemia de febre amarela), mas as vozes iniciam quando as atividades do Caps foram interrompidas. Quando as vozes dizem “cosquinha” é para alertar sobre um perigo, para não se aproximar de crianças, menina menor de idade. Brigava muito com o pai, fugiu de casa algumas vezes durante a vida adulta, devido às agressões que sofreu do pai. Na entrevista quando perguntei porque ele se cortava, dizia que era para sentir coisas emocionantes como cantores de rock se sentiam.

Hortência

Mulher, branca, tem 60 anos, nascida em uma cidade do interior, num estado do sul do país. Recebeu um diagnóstico de bipolaridade. Descreve que sua infância foi muito linda, apesar de a adolescência não ter sido tão boa assim. Relata uma infância de uma vida no interior, cresceu no sítio, ajudava na plantação, na criação de animais e em atividades domésticas. Sua família morava em um sítio, numa área rural do município, seu pai trabalhava na roça, cortava e comercializava madeira. Quando tinha dezessete anos, seu pai estava trabalhando e um galho de pinheiro caiu na cabeça dele, ele desenvolveu problemas cognitivos e motores aos 50 anos.

Logo após o acidente, ele passou por procedimento cirúrgicos, uma operação no crânio, descreve que a cabeça afundou com a queda. O pai perdeu a memória, teve perdas na fala, tinha comportamentos de fuga, escapava da família, fugia de casa, a família tinha que sair correndo atrás dele. Depois de um tempo ficou acamado, sua mãe cuidou dele até o fim de sua vida, já faleceu há uns 4 anos atrás. Hortência não aceitava que isso havia acontecido com seu pai, descreve que “perdeu o amor por ele”. Pouco tempo depois deste acidente, entre os 17 e 18 anos, Hortência começou a ouvir vozes, que dizem tanto coisas boas como ruins.

Começou a entrar num período depressivo, queria ficar na cama, não fazer nada, acredita que aquilo a traumatizou muito, além disso descreve que sofria bullying na escola e decidiu largar o colégio por conta deste menino que a incomodava, estudou até o oitavo ano. Depois de sair da escola sua rotina consistia em dedicar-se às atividades domésticas, costurava, fazia almoço, limpava a casa, carpia o terreno.

Tentou trabalhar em uma rede de supermercados, mas não permaneceu por muito tempo. Teve o primeiro internamento entre os 18 e 20 anos de idade, onde permaneceu internada num hospital geral do interior. Conheceu o marido em um baile, tinha paixão por outro homem, mas seus irmãos tinham ciúmes e não a deixavam namorar o outro, caso namorasse o outro, iriam matar ele.

Hortência casou-se aos 27 anos com o atual marido, vieram morar próximo da capital, seis meses depois de casada, teve a segunda crise e foi internada em um hospital psiquiátrico, descreve que sentia vontade de ficar na cama, marido estava desempregado e enfrentavam dificuldades financeiras. Depois do internamento, descreve muito incômodo devido ao efeito colateral do haloperidol (haldol), sentia seus olhos revirarem (distonia aguda).

O internamento durou quatro meses e descreve que foi terrível, pois outros usuários roubavam suas coisas e os profissionais de saúde não receitaram algo para “desvirar os olhos”. Depois de um tempo o marido pegou um serviço em uma cidade no interior do sudeste, trabalharam como “caseiros” para um fazendeiro. O marido teve outras oportunidades de trabalho, se mudaram para outras fazendas, sempre trabalhando na zona rural, com isso passaram 15 anos de sua vida no interior, não teve crises durante este período, estava sendo acompanhada na UBS. Quando tinha 30 anos teve duas filhas e tem atualmente quatro netos.

Durante a gravidez parou com a medicação, mas descreve que ficava com pensamento ruim na cabeça, tinha medo de ficar louca. Atualmente as vozes dizem coisas boas, como que ela será feliz, que vai viver com tranquilidade, as vozes aparecem em diversos momentos, como quando está lavando louça, e quando está sozinha. Ela nota que as vozes aparecem quando está mais triste, e respondem tenha “calma” e citam seu nome. De modo geral as vozes a acolhem. Mas também aparecem vozes que dizem que ela irá morrer. Hortência é católica, recentemente foi até uma igreja evangélica pois queria pedir que um pastor abençoasse sua filha, no entanto quando chegou lá o pastor disse para ela "amaldiçoada, amaldiçoada!", ficou assustada após essa situação, com medo de ser real. Atualmente recebe o BPC.

Em seu prontuário, consta que Hortência começou o tratamento psiquiátrico aos 18 anos, mas está em acompanhamento no caps em 2013. No prontuário consta que em 2005, Hortência tinha um pensamento fixo de matar as filhas, não conseguia dar carinho para as meninas, há um relato de 2008 que uma curandeira a disse que a filha (na época tinha 14 anos) era “coisa ruim” e Hortência descreve que tinha raiva dela. Quando em crise presencia vozes de comando que dizem para ela matar várias pessoas, apresenta alucinações religiosas, principalmente com a figura do diabo.

Teve um irmão que cometeu um assassinato, foi preso, em 2010, comenta que foi em legítima defesa, mas a família não tinha certeza pois houve testemunhas. Outro evento marcante na vida de Hortência, em 2011 sua filha possuía 18 anos e ficou grávida de um companheiro que a agredia fisicamente e a ameaçava de morte. Hortência parece atualmente bem preocupada com as filhas, uma delas dirige de um município a outro por conta do trabalho, ela teme que ela sofra algum acidente de carro.

Pedro

Homem, preto, cresceu no interior do estado, num estado do sul do país, tem 69 anos. Morou até seus 18 anos em um colégio interno (usa o termo “colégio de menor”), uma instituição para acolhimento de crianças em um internato no interior. Pedro não concluiu os estudos, fez até a quarta série. Não teve mãe nem pai, não conheceu nenhum deles, foi criado até os 9 anos por uma madrinha, depois dos 9 anos, a madrinha o levou para o colégio interno, nunca mais teve contato com ela. Foi a polícia que o levou do “juizado de menores” (juizado especial da infância e juventude), disseram que ele seria encaminhado para um colégio, pegaram Pedro e foram de trem até um município menor, dormiu alguns dias na delegacia até ser levado para o internato.

Durante a adolescência chegou a trabalhar na roça do colégio interno, também gostava de jogar bola e tomava banho de rio. Tinha amigos, mas também encontrou problemas, haviam crianças que faziam uso de maconha e queriam chamá-lo para fumar maconha e sair roubar. Pedro não se sentia confortável, “não se enturmava”, relata que teve vantagem pois jogava bem futebol então passava muito tempo jogando com os times da região. Aos 18 anos decidiu ir para a capital do estado, tentar arrumar um trabalho.

Quando chegou na cidade, ficou morando em uma pensão, conseguiu um trabalho em uma fábrica de borracha, onde trabalhou como operador de máquina. Lá trabalhou por 30 anos na mesma empresa. Ele só foi afastado do trabalho porque começou a ficar doente, primeiramente começou com alguns esquecimentos, não lembrava do nome dos colegas de trabalho, depois começou a esquecer o que tinha que fazer. Isso ocorreu entre seus 48 e 50 anos.

Depois de um tempo começou a apresentar uma tremedeira nas pernas até que o encostaram pelo INSS. Já está há mais de 10 anos aposentado, recebe o BPC. As vozes apareceram depois desses esquecimentos. Quando começaram as vozes achava que as pessoas estavam rindo dele, que pessoas conversavam no fundo do ônibus sobre ele, vozes que diziam para ele matar e também para se matar. Com isso foi ficando mais isolado, foi se fechando em casa. Com o início do tratamento no CAPS, começou a fazer um uso regular da medicação e as vozes foram ficando mais baixinhas.

Segundo seu prontuário, começou o acompanhamento no CAPS em 2009, possuía 55 anos, foi diagnosticado com quadro psicótico agudo, ainda estava ativo no trabalho, relatava medo de ser despedido e não conseguir outro emprego com a idade que possuía. No prontuário é descrito que os sintomas psicóticos começaram com o temor da demissão. É descrito que Pedro trabalhava a noite e chegava sempre mais cedo que o necessário. Em seu prontuário consta que o trabalho foi um “substituto da família”, ele orgulhava-se de ser o mais antigo dos funcionários. Em 2011, a psiquiatra emite atestado onde recomenda à empresa aposentadoria.

Pedro descreve que quando foi afastado do trabalho as coisas ficaram sem sentido. Descreve que as vozes podem ter começado porque não dormia bem a noite, visto que fazia o turno da madrugada, começava a trabalhar às 22h e ia até as 7h da manhã, sentia um cansaço constante no corpo e acredito que isso foi gerando o esquecimento das coisas. Pedro dormia em torno de 4h por dia, descansava após o almoço, mas era um sono leve, prejudicado pelo barulho da rua. Certas vezes fazia hora extra no trabalho, durante o final de semana, por conta disso trabalhava sábado e domingo, voltava para casa somente na segunda de manhã, havendo vezes que ficava 48h sem dormir. Pedro é casado, faz 27 anos que mora com a companheira, não tiveram filhos. Se conheceram em um jogo de futebol, quando tinha por volta de 45 anos.

Antes dos 18 anos não havia se relacionado com ninguém, tinha em mente que só queria trabalhar e organizar a própria vida, não queria construir família se não tivesse um emprego estável. Para Pedro o trabalho ocupa um lugar central, “está em primeiro lugar”, porque sem serviço ele não tinha ninguém para ajudar, “eu sou sozinho”, descreve que “da minha parte

ainda estaria trabalhando”. Sente que as vozes são uma perturbação, que está amarrado com ela, não consegue se comunicar com os outros, pois logo fica nervoso, tinha medo de sair na rua e acontecer alguma coisa, como obedecer às vozes e matar alguém de fato.

5 CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS: DESVELANDO AS DETERMINAÇÕES DOS SOFRIMENTOS, A GÊNESE DAS VOZES, E SEUS MOVIMENTOS NA PERSONALIDADE

Na etapa de análise das entrevistas, foram definidas categorias específicas para examinar os conteúdos coletados. Essas categorias emergiram da identificação de aspectos e elementos comuns presentes nas histórias de vida dos participantes. As análises foram estruturadas de acordo com as seguintes categorias:

- Circunstâncias desagregadoras: exploram as bases vivenciais que moldam a construção da personalidade, do sofrimento e o impacto significativo das experiências traumáticas.
- Conteúdo das vozes: analisam a relação entre o conteúdo das vozes, a história de vida dos participantes e as interações indivíduo-meio social.
- Sistemas de significação e sentidos: investigam os significados que as vozes adquirem para cada pessoa, considerando suas perspectivas individuais e contextuais.

5.1 Circunstâncias desagregadoras: as bases vivenciais da construção da personalidade, do sofrimento e o papel significativo das vivências traumáticas

Para tanto, constituem circunstâncias desagregadoras as seguintes subcategorias que forma formuladas pelas pesquisadoras: a) Dificuldades nos relacionamentos interpessoais e comunicação, em especial nos relacionamentos amorosos e com as figuras parentais; b) Vivências traumáticas e mobilizadoras emocionalmente, como acidentes, desastres ou eventos inesperados; c) Sofrer diversas formas de violências, negligências, maus-tratos, incluindo bullying, abuso sexual e aborto; d) As relações sociais capitalistas, outras expressões da organização do trabalho e da transição para vida profissional; e) O acesso a cuidados e à escolarização na relação com as circunstâncias desagregadoras.

a) Dificuldades nos relacionamentos interpessoais e comunicação, em especial nos relacionamentos amorosos e com as figuras parentais

Começando pela história de vida de Conrado, como também será descrito sobre os demais, há relacionamentos significativos marcados por conflitos, que parecem ter muita

relação com seu sofrimento psíquico. Ao crescer em uma cidade do interior, as brincadeiras na rua integravam seu cotidiano, e por meio delas se dava a convivência com os amigos. Durante a infância, residia próximo de uma pracinha, que com o tempo ganhou diferentes sentidos, foram atribuídos novos significados. Conrado se descreve como uma criança apática, que aceitava tudo passivamente, que tinha “medo de gente” (sic). Isso levou muitas vezes a um isolamento e à construção de uma personalidade mais retraída.

Porque eu tinha medo de gente. Tinha medo de gente conversando do meu lado. Conversar me deixava nervoso, tenso. Até para andar de ônibus, era traumático para mim, [ouvir] o pessoal, tudo conversando. Não me sentia bem, sabe? Eu me via mais isolado no meu canto (Conrado).

Um dia pedi ao meu pai para ir na pracinha ficar com as outras crianças e falou assim: vai brincar com esses moleques, não! Fica aí. E eu aceitava tudo passivamente. Não questionava, nada. Estava tudo bom pra mim (Conrado).

No caso de Conrado, ele sente muito incômodo com aglomerações, com grandes concentrações de pessoas, desde a infância, como se pode ver acima. Na idade adulta, isso passa a configurar uma situação-limite, após a qual observa-se significativa desorganização da conduta, portanto consiste em uma **circunstância desagregadora**. Estar na presença de pessoas, ou de um conglomerado de pessoas, atua como um tipo de “gatilho” para a manifestação das vozes. Dessa forma, as vozes surgem quando Conrado se sente nervoso, ansioso, tenso ou angustiado, em atividades e espaços com pessoas.

De modo geral, nota-se que as emoções sentidas nas situações desagregadoras vivenciadas, são relevantes na compreensão da manifestação das vozes. Conrado descreve que o aparecimento delas depende da “tensão nervosa” (sic). Da mesma maneira, as vozes que Aurora ouve podem ser compreendidas como uma manifestação de seus processos emocionais e cognitivos. Ela vive uma relação dialética entre figuras divinas e demoníacas, simbolizando o bem e o mal. Aparentemente, esse contato com o “divino” surge como apoio emocional em meio a uma sensação de solidão e relações fragilizadas.

Eu acho que foram talvez as primeiras dificuldades emocionais da adolescência, [...] os meus amigos começaram a ter problemas e começaram a se afastar, ou então começaram a surgir aquelas questões de namoro e de sexualidade. E eu voltei a um estado bem triste assim. Então, eu voltei a me sentir mal e eu não sabia muito bem dizer porque, mas uma coisa [...] e para mim isso era a causa de todas as dificuldades que eu vinha enfrentando, foi que Deus parou de falar comigo. E essa ausência me deixou muito melancólica (Aurora).

Para Aurora, as possibilidades existentes no momento não atendiam suas necessidades mais urgentes, que consistiam em construir vínculos e conexões com seus pares. Frente a isso, como um mecanismo psíquico para lidar com essas limitações do ambiente, ocorre um processo de subordinação do pensamento às emoções. Esse processo se comprova quando Aurora reflete que as vozes revelam seus processos emocionais, principalmente, suas mudanças de humor.

Vigotski (1998) ao estudar a dinâmica psíquica e a atividade de pessoas autistas¹¹ formulou que pensamento de pessoas com as características denominadas do quadro autista é regido pelos afetos, isto é, o pensamento é expresso a serviço dos impulsos emocionais. Uma das possibilidades descritas pelo autor é que isso ocorre quando a realidade diverge das possibilidades e necessidades do indivíduo, portanto o pensamento acaba subordinado ao tônus emocional (Vigotski, 1998). Essa formulação parece apropriada para se analisar o fenômeno da escuta de vozes, pois fica evidente a partir dos relatos do conjunto dos participantes, que a manifestação das vozes se dá em circunstâncias em que as emoções envolvidas ganham relevo significativo e em geral são significadas como ameaçadoras, tensas, estressantes, frustrantes, como relata Conrado.

Depende da tensão nervosa. Quando eu fico estressado. Sempre quando eu fico estressado na presença de outra pessoa surge uma voz. É por isso que... eu não sou social, um cara social. Eu evito lugares tumultuados. Eu tenho fobia de gente, sabe? [...] É por causa das **emoções que brotavam de dentro**. Do sentimento, às vezes, negativo. Pensamento, entendeu? Daí eu começo a ficar tenso. E as vozes que eu ouvia, também (Conrado).

Conrado reflete que o aparecimento das vozes depende da “tensão nervosa”, o que compreendemos conceitualmente como tônus emocional, pois existem eventos que mobilizam sensações psicofísicas identificadas como estresse. As vozes “acompanham” esse sentimento de “estresse” ou de “fobia de gente”, ao falarem coisas negativas. Isso ocorre, pois as vozes o constituem, são mensageiras de um desconforto próprio, em alguma medida denunciam o que cala.

Os períodos de maior sofrimento psíquico são descritos por Conrado como vinculados aos relacionamentos amorosos, e por sua vez, aos rompimentos com as companheiras. Um dos episódios de grande sofrimento psíquico se deu após o término do primeiro relacionamento. Posteriormente, em 1989, divorciou-se da esposa, deste relacionamento também descreve uma

¹¹ Há uma diferença conceitual entre a definição de autismo para Vigotski e a compreensão de TEA na atualidade. O autor se refere a autismo como um tipo de funcionamento psíquico em que a criança não desenvolvia a capacidade de internalizar as interações sociais, o que prejudicava seu desenvolvimento cognitivo e social

tensão, em que estava “pegando muita energia negativa” (sic). Ressalta ainda que se sentia muito deprimido e desenvolveu o hábito de consumir bebida alcoólica.

O que me arreventou assim, mentalmente, foi a primeira namorada que eu tive. [...] Quando eu terminei com ela estava tudo bem, sabe? Estava uma fase boa. Estava na empresa e em um relacionamento com ela. Só que eu cismeiei de terminar o namoro, porque eu não tinha carro. Eu ia de trem para encontrar com ela em outra cidade, sabe? Aí mandei uma carta, terminei por carta com ela explicando que era muito longe para ir lá. [Disse] que eu ia terminar o namoro com ela. Terminei, e logo depois me deu uma depressão. Tão profunda, sabe? Eu virei um bagaço. Aí eu conheci a Maria. Eu e a Maria começamos a namorar. Só que um dia, eu cismeiei de terminar com ela também. Virei o outro bagaço. Nossa. Fiquei ruim, sabe? Não sei explicar esses fenômenos, não (Conrado).

O que destruiu o nosso casamento foi o fato de ela ter virado para mim um dia e falado: Olha, não quero ouvir mais conversa sua sobre energia e sobre negócio de ouvir vozes, não. Acabou com o nosso relacionamento. Ela não estava aguentando mais, eu vivia deprimido demais, sabe? Não era fácil também a convivência comigo (Conrado).

No caso de Conrado, ele revela que nunca foi apaixonado por suas parceiras, mas sentia que deveria manter esses relacionamentos para cumprir expectativas sociais.

[...] eu nunca fui apaixonado, entendeu? Eu namorava por namorar, porque todo mundo namorava. [...] Eu estava perdido na vida, eu não tinha fé em Deus direito, eu não sabia nem orar, nem rezar. Eu não sabia porque eu vim ao mundo. Porque existe aqui, o que queriam de mim, o que era mais ou menos certo, mais ou menos errado. Eu estava perdido na vida (Conrado).

Frente a este conflito interno, Conrado descreve várias vezes ao longo das entrevistas um incômodo por não ter tido educação sexual, moral e religiosa. Em razão da falta de educação nesses três âmbitos ele teria cometido erros na vida, ou até mesmo pecados, e por conta disso estaria “pagando sexualmente” (sic). A religião e a espiritualidade no caso de Conrado possuem uma centralidade, ao passo que este sistema de significações orienta o sentido atribuído às vozes, este mesmo sistema corrobora para a manutenção de uma visão moral de si mesmo e da realidade. A ideia de pecado, perdão, traição, pagar as consequências representam a contradição acolhimento-controle que a religião imprime no sujeito, ao passo que o liberta dando um significado, o oprime. Como podemos observar nos trechos seguintes:

[...] eu cometi muitos erros na minha vida devido à falta de educação, de formação, eu cometi muito pecado, sabe? Nossa. Eu me arrependo muito. [...] Por exemplo, traição... Falta de respeito, falta de consideração, sabe? Falta de solidariedade. Desprezo também, omissão umas coisas assim, sabe? Me amargura muito isso (Conrado).

Eu pratiquei muita maldade em encarnações passadas, sabe? Fez muito mal à minha mente, com meu agir, o meu falar, o meu pensar, sentir vibrar. Eu estou pagando as

consequências. Sexualmente, também. [...] Por causa dos instintos, pensamentos e sentimentos (Conrado).

Conrado não fala diretamente sobre papéis de gênero, mas, como destaca Zanello (2018), o rompimento com o modelo de masculinidade imposto pela sociedade gera desconforto e uma contradição interna ao não conseguir cumprir o papel esperado. No caso de Conrado, esse sofrimento se intensifica pela visão moral e cristã que tem de si mesmo e do mundo, associando suas falhas a pecado, traição, desrespeito e maldade. Assim, entende-se que a perda da função social do homem tem um efeito desorganizador, pois representa a perda do "dispositivo da eficácia" e do status de virilidade tanto sexual quanto laborativa.

História de Anastácia parece se relacionar com a de Conrado, ela cresceu em uma família espírita kardecista, frequentando reuniões realizadas na casa de sua avó, em que familiares atuavam como médiuns. Entende-se que é a partir desta atividade que se apresenta a gênese desse processo de escuta de vozes, envolvendo resgate de memórias e sentimentos relacionados a alguns familiares. A **vivência traumática**, ou o que poderia ser identificado como uma situação limite, que levou Anastácia a modificar sua relação e experiência com o próprio corpo ocorreu durante um "treinamento" - uma terapia imersiva de três dias. Este evento, realizado em um retiro, incluía atividades terapêuticas que, segundo Anastácia, envolviam exercícios de respiração e a encenação do próprio parto¹².

Tinha vários exercícios, várias coisas em que você se expõe muito, você lida muito com a emoção, [é feito um] treino de respiração, você vai para [a cena do] parto. Quando você retorna lá no parto, você fica de um jeito que é meio que rejeição da mãe. E eu senti isso bem forte e depois eu fui analisando [...] A minha mãe teve depressão pós-parto. [...] Ela (a mãe) chorou por dez dias depois que me teve, ela falou que era perturbação, mas eu vi que era depressão pós-parto (Anastácia).

Após os exercícios realizados nesse treinamento, Anastácia relata ter passado por um processo de rememoração de situações da infância, refletindo sobre aspectos de sua relação com familiares. Ao retornar dessa experiência imersiva, começou a perceber sensações corporais que antes não sentia, especialmente sensações táteis, como uma vibração em seu corpo. Segundo ela, essas sensações se intensificavam ao se conectar com outras pessoas, fazendo-a sentir a energia do outro. Anastácia descreve essas novas sensações da seguinte forma:

¹²Ainda que Anastácia não defina este treinamento enquanto uma prática de constelação familiar, notam-se semelhanças a partir da descrição. Vale destacar que a Nota Técnica CFP nº 1/2023 analisa a prática da Constelação Familiar Sistêmica na Psicologia, e destaca diversas incompatibilidades éticas e de conduta profissional no uso da Constelação Familiar Sistêmica como método ou técnica da Psicologia.

Eu voltei para casa, sentia muito meu corpo vibrar. [...] Começou logo depois desse treinamento e depois do Johrei também. Depois do treinamento eu comecei a sentir muito a coisa do corpo, eu fui para o Johrei e só aumentou [...] é como se fosse um formigamento que anda [pelo corpo] [...] tem alguns sintomas que é como se tivesse alguém pegando [em você]. Eu nunca senti alguém pegando [em mim]. A pontada na cabeça é como se estivesse me dando uma pontada, de dentro para fora. O formigamento que anda, quando vem no ouvido, ele borbulha. Até hoje eu escuto muito borbulhar. No corpo, eu sinto [...] desde o pé até aqui, e vai subindo, vai para o braço, vai para a cabeça e arrepiá o cabelo. Já senti no rosto, subindo (Anastácia)

Segundo Leontiev, a base da consciência é formada pelo conteúdo sensível, composto por sensações, percepções e representações, que fornecem condições para o reflexo consciente do mundo (Leontiev, 2004). Embora esses conteúdos sensíveis sejam essenciais para a formação da consciência, eles não a definem completamente, pois são diretos e imediatos. A escuta de vozes, por exemplo, surge a partir de experiências sensoriais e perceptivas, que se manifestam como uma espécie de fala interna, o sentir o corpo vibrar não significa uma formação patológica, nem implica em um processo de formação da consciência atípico. Anastácia apresentou um desenvolvimento típico, tendo preservado suas funções psicológicas. No entanto, por apresentar essas sensações corpóreas e não encontrar nenhuma explicação correspondente na realidade, utiliza de explicações místico-religiosas para a essas vivências e sensações. Como nos elucida Basaglia, as explicações místicas se dão ao não encontrar nenhuma outra maneira de lidar com a realidade.

O delírio místico, assim como o delírio em geral, é uma situação dialética, que não consegue encontrar uma maneira de lidar com a realidade. Essa incapacidade de confrontar a realidade pode resultar em confinamento em um asilo, porque a pessoa delirante é teimosa e não consegue ouvir a razão (Basaglia, 2000, p. 41).

Na mesma direção, Aurora revela que as vozes assumiam um papel de mensageiras, refletindo, em muitos casos, processos emocionais internos ligados a situações concretas. Pelo conteúdo das vozes, emergiam desconfortos ou conflitos, como no exemplo das vozes que diziam que ela havia sido abusada pelo pai, mas que surgiam apenas quando estava distante da mãe. Para Aurora, essa analogia é bastante adequada, considerando que as vozes são processos psíquicos que denunciam ou expressam as necessidades do sujeito.

Uma vez, as vozes me falaram que eu fui abusada pelo meu pai. E isso foi uma questão, porque eu não sabia se isso era verdade. [...] eu percebi que essa voz que falava do meu pai aparecia em momentos que a minha mãe estava distante. [...] por exemplo, que essas vozes, elas associavam a distância da minha mãe ao meu pai. Então, se sua mãe não está com você, ela está com o seu pai. [...] Era um símbolo assim, sabe? Era um símbolo de tudo que afastava a minha mãe de mim e também de outras figuras assim (Aurora).

As vozes, ao denunciarem o desconforto da distância entre Aurora e sua mãe, parecem se apoiar em uma vivência real, concreta de abuso sexual já vivenciado pela jovem. Aurora passou por **vivências traumáticas** que, embora não tenham sido necessariamente a causa inicial das vozes, impactam e modificam o conteúdo das vozes na vida adulta.

Eu realmente sofri um abuso sexual aos 18 anos por parte de um primeiro ficante, foi quando essa voz começou [do abuso do pai]. E eu acho que foi uma tentativa também de distanciar a realidade de mim. [...] A realidade é que eu me aproximei da pessoa errada, e, que isso traz uma culpa consigo. Não que eu acredite de fato que eu tenho culpa pelo que aconteceu, mas às vezes o sentimento vem (Aurora).

As vozes podem se apoiar em eventos reais, como é possível notar no caso de Aurora, e expressam uma necessidade latente do indivíduo. Já Murilo, cuja gênese da escuta de vozes está relacionada ao uso de substâncias, relata que a motivação para melhora do quadro de saúde mental está associada aos relacionamentos afetivo-amorosos.

Então, isso foi interessante, porque assim, quando eu parei de usar drogas, eu tinha uma namorada, uma menina que morava aqui perto de casa, como eu usava drogas, usava essas porcarias, ela acabou terminando comigo. Eu fiquei muito triste, falei: "Cara, eu gosto tanto da menina. Ela terminou comigo e tal". Só que isso foi tipo um gatilho para eu parar de beber, parar de fumar e parar de usar drogas, esses negócios assim (Murilo).

Nota-se que os relacionamentos amorosos representam um drama para Murilo. Devido ao processo de adoecimento, ele se sente impedido de construir vínculos, pois acredita que será criticado pelas companheiras por não estar trabalhando. Parece haver um questionamento: *"Será que devo namorar, ou ela também vai pensar que sou um vagabundo?"* (sic). Esse dilema está profundamente ligado ao estigma associado ao diagnóstico psiquiátrico e à improdutividade, o qual remete ao conceito de "desvio" descrito por Basaglia (Basaglia; Ongaro Basaglia, 2010).

Esse termo é usado para designar indivíduos desajustados, sem lugar, principalmente aqueles que não participam da produção ou não estabelecem força contratual (Basaglia; Ongaro Basaglia, 2010). Essa dinâmica é sustentada por um processo ideológico que serve somente àqueles de detêm os meios de produção, de que não há lugar para o indivíduo improdutivo, pois sua existência não contribui para a lógica do capital (Basaglia; Ongaro Basaglia, 2010).

Além disso, há uma relação evidente, no caso de Murilo, entre a manifestação das vozes com o "dispositivo da eficácia," especialmente na intersecção entre virilidade sexual e laboral. Para Murilo, ele só poderá ser desejado se estiver trabalhando.

Eu fico pensando: já pensou se eu arrumo uma namorada, ou eu me caso, aí um certo momento estou trabalhando, eu passo por alguma dificuldade por conta do meu problema, eu fico sem trabalhar, aí a pessoa depois vai falar que eu não gosto de trabalhar, que eu sou vagabundo, que eu sou encostado, que eu não sou um bom namorado ou bom marido? Então, tenho muito receio em relação a isso. Por isso que às vezes eu penso seriamente em ser um rapaz solteiro, sabe? (Murilo).

A reprodução dos padrões da heteronormatividade e a cobrança por ser produtivo numa sociedade de classes fundamentam os processos geradores de estresse e sofrimento em Murilo. No caso de Amélia, ela relata ter sentido culpa por nunca ter conseguido desempenhar seu trabalho como desejava e por não ter se adaptado à situação no Japão. Sentia-se pressionada a ser capaz de cumprir com suas tarefas — a cobrança era constante, que vinha de si mesma, mas também do ex-marido e da irmã.

Foi o fato de não ter conseguido fazer o trabalho. Antes eu me sentia culpada, sabe? Porque eu não tinha conseguido fazer. Eu sofri um bocado por não ter gostado de ficar no Japão. Mas não deu não deu né (Amélia).

A gente não deveria ter ido não. Sabe que eu converso com a minha psicóloga, né? Aí ela fala pra mim que não tem como saber se eu ia surtar ou não. Eu poderia ter surtado no banco também, né? Como que a gente vai saber? Não sei (Amélia).

Após alguns anos, Amélia engravidou de sua segunda filha e enfrentou outra crise. A gestação, a interrupção da medicação e a sobrecarga do trabalho reprodutivo, constituíram uma **circunstância desagregadora** em sua vida. Amélia descreve passar noites em claro, pois cuidava de um filho durante o dia e do outro à noite. Com a privação de sono e sem uma rede de apoio para dividir as responsabilidades do cuidado dos filhos—sendo o único suporte o próprio pai—ela vivenciou uma nova situação de fragilidade emocional e sobrecarga psíquica.

Foi uma gestação normal. [...] Só que eu fiquei sem medicação na gestação dela. Então, ela trocou o dia pela noite, eu tinha que cuidar de um durante o dia, cuidar de outro durante a noite, sem medicação. Então, quando ela estava com dois meses eu tive um surto psicótico. Meu pai estava comigo (Amélia).

Quando a minha filha trocou o dia pela noite, meu pai foi pra lá. Meu pai que me ajudou. Ele dava mamadeira, chuquinha pra ela, né? Ele esteve comigo naquele momento, sabe? Foi muito importante mesmo (Amélia).

Só que quem comprava essa medicação era o pai dos meus filhos. Então, assim, tinha vezes que eu tomava e vezes que eu não tomava porque dava um sono muito grande.

Eu sentia muito sono. E a prescrição do psiquiatra era pra tomar de manhã. Então, eu tinha... Eu tinha o Vicente pra cuidar e eu não conseguia fazer tudo ao mesmo tempo e dormir (Amélia).

Foi bastante difícil, porque ficava somente eu, o pai deles, e eles, o Vicente tinha 11 anos e a Maria tinha 2 meses de vida. Foi difícil mesmo, porque quando o Vicente era pequeno era só ele. Mas aí quando a Maria nasceu tinha os dois. Então assim, eu não tive ninguém que ficou comigo que me ajudou (Amélia).

A gestação da filha mais nova parece ter sido uma vivência traumática para Amélia, devido a esses padrões de desgaste, privação do sono e rede de suporte fragilizada. Ao se deparar com outras histórias de gestação semelhantes—especialmente seguindo os padrões de desgaste e reprodução da maternidade—Amélia parece validar seu próprio processo.

Ele [o ex-marido] tinha uma padaria. Ele trabalhava bastante. Então, teve algumas vezes que ele ficou durante a madrugada agitando o carrinho. Porque se a gente parasse, ela começava a chorar. Então, a gente tinha que estar assim o tempo inteiro em movimento. Agitando o carrinho, conversando com ela [a filha]. E aí ela acordava durante a noite e dormia durante o dia. Eu fui em uma dentista uma vez, ela tem um filho único. E ela falou que o filho dela também trocou o dia pela noite. Ela falou que foi terrível, traumático mesmo. Só que a mãe dela estava com ela. É terrível mesmo sabe, terrível. Mas não é culpa dela [da filha], né (Amélia).

Amélia descreve seu ex-marido como alguém que a cobrava constantemente, fazendo-a sentir-se pressionada. Com o tempo, Amélia parece ter desenvolvido um processo de maior consciência sobre as relações de gênero, os papéis de gênero e as pedagogias afetivas que interpelam as performances e emoções relacionadas ao dispositivo materno e amoroso. Quando o marido afirmou que ela tinha a obrigação de fazê-lo feliz, Amélia se opõe à lógica de subserviência, reafirmando sua autonomia e resistindo a lógica de dominação-submissão dentro de uma relação heteronormativa.

Assim, o pai dos meus filhos, ele era um cobrador, sabe? Cobrador no sentido de ter que trabalhar, no sentido de tem que fazer isso, no sentido de tem que fazer aquilo. Era uma pessoa cobradora. Imagina que uma vez ele me disse que tinha se casado para ser feliz, como se eu tivesse a obrigação de fazê-lo feliz. Que absurdo, gente! Como que a gente vai fazer isso para os outros? (Amélia).

Amélia não conseguiu aposentar-se pelo diagnóstico psiquiátrico, levando a economista a permanecer trabalhando com a irmã. Atualmente, uma das relações mais próximas de Amélia é sua irmã, sendo também a pessoa com quem mora junto. Amélia trabalhava na empresa de sua irmã, uma instituição de ensino, mas deixou o emprego há cerca de um mês.

Trata-se de uma relação que carrega suas contradições, pois por um lado a irmã é principal rede de apoio e suporte de Amélia, ao passo que consiste em uma relação conflituosa,

que mobiliza emocionalmente. Amélia descreve a irmã como uma pessoa exigente. Mas foi esta irmã que contratou Amélia para trabalhar, e a manteve vinculada a uma atividade laboral até seus 61 anos. De modo geral, Amélia apresenta bastante autonomia, tendo encontrado recursos para conseguir ampliar as possibilidades de vida.

Eu tentei aposentadoria, auxílio-doença por causa da esquizofrenia, mas eu não consegui não. Eu conversei, ele fez atestado e tal, mas o INSS não aprovou. Então, assim, eu procuro trabalhar e fazer outras coisas (Amélia).

Ela era uma pessoa exigente. Então, ela era uma pessoa que cobrava que você melhorasse, que cobrava... Ela era uma pessoa que cobrava as coisas. Mas, assim, é... Eu saí lá da empresa da minha irmã porque eu não estava conseguindo fazer aquilo mais, sabe? Não estava conseguindo acompanhar o ritmo das coisas (Amélia).

Outro aspecto contraditório da relação estava relacionado ao estigma da doença, quando a irmã apresentava comentários criticando-a ou associando Amélia a comportamentos perigosos. Basaglia destaca que esse estigma do indivíduo desviante advém por ser considerado a expressão da face “perdedora” do capital, essa perda se dá no campo da acumulação, em vista de um lugar de não produtividade (Basaglia; Ongaro Basaglia, 2010). Esse estigma possui uma dimensão ideológica, pois cria uma realidade que é, na verdade, análoga àquilo que pretende encobrir. Essas práticas discriminatórias são, portanto, um reflexo da força do capital, que busca totalizar os níveis de produção e controle (Basaglia; Ongaro Basaglia, 2010).

Então a minha irmã disse que eu faço muito mal a ela, que eu prejudico muito ela e as filhas dela. No começo ela falava bastante sobre a esquizofrenia. Ela brigava bastante comigo, sabe? Sempre brigou muito comigo. Ela é bem... ela é impaciente. Ela quer as coisas do jeito dela, mas eu acho que no fundo, o problema é a doença mesmo. O diagnóstico sabe, é tudo que vem, é todo o preconceito que se tem em torno da esquizofrenia (Amélia).

Por conta do diagnóstico psiquiátrico, Amélia perdeu a guarda dos filhos, ela não comenta sobre isso com pesar, pois conseguiu participar da criação da filha mais nova, e pode cuidar deles durante a infância. Entende-se que este processo vem como uma obstrução do exercício da maternidade, e em alguma medida um rompimento de sua atividade principal, a atividade materna.

Eles (os filhos) ficaram com o Régis (ex-marido), porque o advogado disse que eu não conseguiria a guarda deles por causa da esquizofrenia. Então, eles ficaram com o Régis, só que o Vicente... eu saí da [cidade] ele tinha 15 anos, aí ele foi morar com a tia. E a Maria, [quando] o Régis resolveu ir para o Japão, ele a trouxe para cá (Amélia).

Já a infância de Nanda foi marcada por muitas brigas familiares, seu pai agredia fisicamente sua mãe e irmãos, anos depois, o genitor abandonou a família. Nanda relata que sua mãe se tornou uma pessoa muito triste e adoecida. Com o tempo, Nanda internalizou as brigas e os conflitos familiares colocando-se como responsável por eles.

Meu pai e minha mãe se separaram, eu era bem criança e em casa tinha muita briga do meu pai, e da minha mãe. [...] É que ele tinha outra mulher. Só que ele sempre ia lá em casa. E daí quando eles começavam a brigar muito, eu lembro que ele quebrava as coisas lá em casa e daí [...] eu ficava bem triste e eu achava que era minha culpa (Nanda).

As primeiras experiências de Nanda com vozes ocorreram ainda na infância, entre os 5 e 8 anos de idade. Essas experiências iniciaram como manifestações visuais, via pequenos animais saindo da televisão e andando pela casa. Como esse processo senso perceptivo começou na infância, parece haver uma conexão com a imaginação e fantasia típicas dessa fase.

É comum crianças apresentarem amigos imaginários, como um processo típico do desenvolvimento de sua imaginação. A relação entre “companheiros imaginários”, escuta de vozes e fala interna durante a infância foi investigada por alguns estudos e nota-se que os companheiros imaginários envolvem experiências não verídicas semelhantes a percepções ou ilusões, como descrito por Vigotski (Ferryhough *et al.* 2019).

Eu lembro que a televisão era preta e branca. Daí eu lembro que quando eu ia dormir, desligava a televisão e começaram a sair muitos bichos de dentro da televisão e começaram a andar pelo meio da casa. E eles começavam a conversar, eu ficava com medo. Eu lembro que então me dava febre (Nanda).

Na infância de Nanda, as relações dentro de casa foram marcadas por discussões constantes, observa-se na sua história de vida uma escassez de recursos para lidar com os conflitos familiares – dá-se destaque ao fato de Nanda e seus irmãos serem todos crianças. Portanto, não haviam ferramentas concretas tampouco emocionais para lidar com uma situação de violência.

Em decorrência disso, quando seus pais brigavam Nanda apresentava febre. Esse estado febril parece ser uma resposta fisiológica às impossibilidades do meio. A violência pode ser compreendida como um processo crítico destrutivo, sua psique recorre à imaginação como estratégia para lidar com suas necessidades não atendidas e com esses processos limitantes do desenvolvimento. Segundo Vigotski (2018), o material para a construção da fantasia provém de experiências passadas, dados e memórias que são reorganizados em novas combinações.

Nesse contexto, as vozes surgem como “mensageiras” da sensação de medo e da violência presenciada em casa, revelando uma necessidade latente. A aquisição da linguagem desempenha um papel fundamental nesse processo, pois possibilita à criança distanciar-se das impressões imediatas, permitindo-lhe representar e imaginar objetos e situações ainda não vividas, o que amplia seu repertório de pensamento e imaginação.

Ao deparar-se com uma situação-limite, ou com a intensificação do drama, há uma maior resposta emocional levando a um quadro febril. Na infância essas febres apareciam principalmente durante as brigas familiares; ao notarem seu estado, o conflito era interrompido para socorrê-la e prestar assistência, como descreve nos seguintes trechos.

Acho que toda a minha família sofreu, mas acho que quem mais sofreu, quem pegou mais [a culpa] foi eu mesmo. [...] Aí eu pensava... o que eu tinha que fazer para eles pararem de brigar tanto, assim. [...] daí eu ficava muito triste, começou a me dar febre, né? Daí eu lembro que ela [genitora] tinha que chamar o meu pai para me levar para o médico (Nanda).

Quando eu era pequena, quando eu passava muito nervoso, me dava febre. Eu lembro que a minha mãe brigava com meu pai para ele me levar ao médico [...] Até hoje, se eu passar muito nervoso, estresse, já me dá febre. [...] Com 20 anos que eu passei muito nervoso na dieta da segunda filha, me deu febre e trombose (Nanda).

Nanda conta que tentou conversar com os pais sobre as vozes que ouvia, mas não conseguia se sentir confortável para abordar o assunto. A relação com os pais era marcada pelo silêncio e pela negação da existência desse fenômeno. A família significava a escuta de vozes com base em um **sistema de significações** discriminatório, associando a explicações místico-religiosas e práticas de "macumba," o que apenas reforçava o isolamento de Nanda da família e em relação ao seu próprio sofrimento.

Nunca, eu nunca conversei com ele, nunca, nem com a minha mãe. Eu lembro que eu falei, só que eu falei pra minha mãe, eu tentei conversar com ela, só que ela falou assim que isso aí não existe. Ela falou assim que a mulher do meu pai tinha feito macumba pra mim, que isso aí era macumba. E sempre, assim, quando eu tenho um problema, ela fala que é macumba (Nanda).

Daí, como a minha mãe não dava a mínima para nós, eu lembro que eu tentei uma vez conversar com o meu pai, eu lembro que ele falou assim, que ele não conversava com filho, porque o pai dele nunca tinha conversado com ele, então ele nunca, jamais ia conversar com filho. Daí a minha mãe era... Meu Deus, até hoje ela tem problema. Daí eu comecei a me retirar tanto da minha mãe como do meu pai. Não conversava com ninguém lá de casa (Nanda).

Quando Nanda tinha por volta de 8 anos, houve uma traição do genitor. Levando a um afastamento da família, dado que seu pai passou a morar com uma nova companheira. Quando o pai de Nanda se ausentava por muito tempo, a família passava por dificuldades financeiras. Nessas ocasiões, Nanda era a responsável por procurar o genitor.

Eu lembro que tinha que pedir dinheiro, alguém tinha que ir lá falar para o meu pai fazer compras para a casa, sabe? E os meus irmãos ninguém ia. Sobrava para mim e eu tinha que ir lá pedir para ele fazer compras para a casa, porque não tinha nada lá em casa. E eu lembro que quando eu ia lá ele me xingava um monte (Nanda).

Nanda iniciou o ensino médio, mas interrompeu a escola devido às vozes, que dificultaram seu processo de aprendizagem, além das responsabilidades domésticas que a mãe exigia dela. A divisão sexual do trabalho se manifesta claramente na vida de Nanda, pois a família demandava que ela participasse mais das tarefas domésticas, frente à ausência do pai e o não cumprimento desses papéis pelos irmãos. Esse contexto também levou Nanda a internalizar comportamentos como passividade e subserviência, que são frequentemente associados aos papéis femininos. Como destaca Zanello ao abordar o fenômeno do "dispositivo amoroso", Nanda acaba reproduzindo comportamentos que se esperam das mulheres, como parte de sua socialização e adaptação às expectativas familiares e sociais.

Eu comecei a fazer o ensino médio, eu estudava de manhã, fazia estágio de tarde, e estudava de noite também, eu estudava sempre. Eu não ajudava mais a minha mãe em casa, ela começou a achar ruim. Eu lembro, assim, que eu não estava dando conta, não estava conseguindo estudar mais. Eu queria, mas eu não consegui, por causa das vozes. Não conseguia de jeito nenhum (Nanda).

Daí eu lembro que em vez de eu ir para a escola, eu ia para a igreja. Eu gostava de ficar na igreja ou na casa da [amiga]. Eu não ia mais para a escola, porque eu não conseguia estudar (Nanda).

Frente à violência doméstica, o abandono do pai e o adoecimento da mãe, Nanda encontrou em um casamento precoce uma possibilidade de “libertação”. Nanda vive um drama, um conflito interno, carregando a culpa e responsabilidade por situações de violência que perduraram anos. Para escapar à realidade opressora e violenta da casa, submete-se a outra, como ela comenta: “É que assim, eu casei com o meu ex-marido, porque ele falava que gostava bastante de mim, e um pouco para eu sair da minha casa” (Nanda). Casou-se aos 16 anos, teve sua primeira filha aos 17 anos e a segunda aos 20 anos.

Anos após o casamento, Nanda descobre uma traição do marido. A angústia descrita e o mal-estar causado pelas ausências do marido revelam um sofrimento cumulativo, muito semelhante à realidade vivenciada pela genitora. Ambas orientados pelo que Zanello descreve como “dispositivo amoroso” (Zanello, 2022). A relação conjugal e a atividade doméstica ocupavam o topo da hierarquia de motivos e atividades de Nanda, sendo o eixo em torno do qual sua realidade foi construída.

Zanello se refere a “casa dos homens” para tratar da dinâmica de afeto manifesta entre os homens, a qual está orientada à proteção, convivência, validação dos estereótipos de masculinidade (Zanello, 2022). Isso se evidencia no presente caso, quando Nanda desconfiava da traição, mas o ex-marido era protegido por amigos.

Depois assim que eu descobri que era mentira. Demorou. Quando eu descobri mesmo [a traição], acho que já fazia sete anos [que estava sendo traída]. Ele sempre mentia. Eu pegava a mensagem no celular dele e dizia que era um amigo que mandava. E tinham mulheres mandando mensagens. Só que daí o amigo protegia ele. Falava que era ele mesmo que mandava [...] as pessoas falavam que ele tinha outra mulher, só que eu nunca acreditava. Achava que não, que eles estavam mentindo. Daí que ele mesmo falou (Nanda).

Anos mais tarde, o ex-marido a deixa para viver com outra companheira, ele sugere que ela encontre outra pessoa. Essa atitude contribuiu para reforçar o sentimento de culpa que Nanda já carregava, relacionado tanto ao relacionamento de seus pais quanto aos abortos que sofreu e ao próprio divórcio. Essa responsabilidade que assume por todos esses processos parece intensificar ainda mais seu sofrimento psíquico.

Ele começou a falar [...] que ele me amava muito, só que eu não tinha sabido ‘regar a planta’, que a planta tinha morrido. Além dele ter me traído, ele falou que era minha culpa. Daí eu comecei a ficar me sentindo bem pior. Começou a me falar como se eu tivesse sido culpada, entendeu? Eu comecei a me sentir culpada da morte das crianças, do divórcio, da separação do meu pai e da minha mãe, como se tudo fosse minha culpa. Por isso que eu me sentia mal. Comecei a me sentir culpada por tudo (Nanda).

Essa relação configura um novo drama na vida de Nanda, um conflito interno e um sentimento de culpa já internalizado por conta da violência familiar entre seus pais, este cenário se torna potencial para uma agudização de seu sofrimento. Nota-se semelhanças com o caso de Felipe, que durante sua infância, viveu com os pais e presenciou episódios de violência doméstica. Em determinado momento, sua mãe deixou a casa e levou consigo as duas irmãs de Felipe, enquanto ele e o irmão permaneceram morando com o pai.

Por conta desse histórico, Felipe se descreve como uma criança nervosa, que frequentemente brigava com os colegas na escola. Ele acredita que esse comportamento pode estar relacionado à internalização das atitudes que observava em seu pai. Durante um período crucial para o desenvolvimento da aprendizagem e da internalização das regras sociais, a principal figura de convivência de Felipe foi seu pai, um homem agressivo e impaciente marcando o desenvolvimento de sua personalidade e atividades.

Este período crítico ocorreu enquanto a atividade principal era o jogo de papéis - dos três aos sete anos -, um momento onde o foco do desenvolvimento da criança está voltado para as relações sociais, para o desenvolvimento do significado social da atividade e atitudes das outras pessoas do convívio da criança.

Minha infância foi ficar nervoso, ficar brigando com os outros. Eu era muito nervoso. Hoje eu não sou mais, brigava demais. Me chamavam para ir brigar e eu vinha brigado. Eu era bem nervoso (Felipe).

Felipe descreve o pai como uma figura extremamente agressiva, o que impactou profundamente na sua relação com o genitor e suas aspirações profissionais. Ele revela que gostaria de ter seguido a profissão do pai, que era mecânico, mas notava uma falta de paciência e orientação: "Ele era muito nervoso. Se ele soubesse me ensinar, era pra eu ter herdado a profissão dele. Mas ele não tinha paciência pra ensinar" (sic).

Felipe possuía o desejo de seguir a mesma atividade profissional do pai, pois via nessa atividade um sentido pessoal e socialmente significativo. No entanto, a ausência de mediação e apoio durante o processo de aprendizagem impediu que esse desejo se concretizasse. Durante seu desenvolvimento, frente às mediações sociais mais restritas e ausências de recursos no meio houve uma modificação em sua **hierarquia de motivos**.

Entre os 15 e 16 anos, Felipe mudou-se para outro estado da região Sul do Brasil e passou a morar com um tio, um trabalhador rural. Em troca de hospedagem, Felipe trabalhava no campo, mas comenta que lá também foi privado de acessar certos bens e não tinha uma qualidade de vida.

Não, o tio era muito mão fechada, geladeira cheia, tudo. Eu tinha 16 anos, mas eu trabalhava. Que nem gente grande, sabe? Colhendo laranjas, mimosas. Colocava em cima do trator. Só que ele não dava valor, né? [...] Meu tio chegava da roça, vinha lá, tomava café, tudo, não me chamava, eu não entendia. [...] Aí tinha que esperar a janta, e muitas vezes era um caldo de arroz, caldo de carne com um pouquinho de arroz no fundo. Aí eu comecei a me passar fome, sabe? (Felipe).

Os filhos dele não aguentaram ficar na roça. Resolveram sair da roça para trabalhar na cidade, né? E um certo dia, com 16 anos, eu fui pra lá. Era tão caidinha que eles falavam, ó, se você precisa de dinheiro, você tem que pedir pra tua mãe me mandar. Então eu estava trabalhando de graça e ainda não trabalhava pra comer (Felipe).

Essa situação com o familiar parece ter representado uma **circunstância desagregadora** de seu psiquismo, especialmente por se tratar de um período crucial da adolescência, marcado por importantes processos de desenvolvimento psíquico e cognitivo. Nota-se que houve uma série de processos críticos destrutivos, como a restrição nutricional da alimentação, a interrupção de seus estudos para trabalhar, o isolamento social no campo, a ausência de uma rede de apoio fortalecida. Dessa forma, este parece ter sido um contexto inicial para o processo de adoecimento de Felipe, marcado por prejuízos de diferentes ordens.

Tanto no caso de Felipe como de Janaíno, os episódios psicóticos se iniciam após o uso de substâncias. Janaíno inicia o acompanhamento no CAPS em 2004, aos 17 anos. Na época, apresentava medos intensos, ideias relacionadas ao fim do mundo e temor pela destruição da Terra. No mesmo ano, interrompeu o uso de substâncias e deixou os estudos, concluindo apenas até o sétimo ano. Em 2006, já com 19 anos, começou a ter pensamentos relacionados à sexualidade, mas enfrentava conflitos internos ligados à sua religiosidade. Janaíno também enfrentava uma relação conflituosa com o genitor. Em 2008, descreve que, devido a esses conflitos, desenvolveu pensamentos suicidas e homicidas e chegou a planejar a morte do pai, a qual realizaria utilizando uma arma de fogo.

Nesse mesmo ano, aos 22 anos, tentou suicídio ingerindo medicamentos psiquiátricos. Ele relata que a relação com o pai era marcada por agressões físicas e verbais, o que contribuiu para o agravamento de seu estado emocional. Nota-se que o sofrimento de Janaíno é atravessado por um drama, isto é, conflitos internos na relação indivíduo-meio social. Janaíno passa por tensões entre forças internas e externas, afinal como lidar com os próprios desejos e uma sexualidade que se desenvolvia se as práticas religiosas oprimem este desejo. O drama reflete a expressão de contradições e conflitos internos que emergem em um processo dialético.

É que o meu pai me agrediu por palavras só porque eu estava dormindo até tarde. Ele falava para me acordar quando eu levantava, daí ele foi lá e me tirou a força da cama. Daí ele me agrediu com palavras, apontou o dedo pra minha cara. Eu comecei a gritar, gritar, comecei a arrumar as coisas lá na bolsa, comecei a colocar minhas roupas tudo na mala pra me mandar embora. Minha mãe me segurou e não me deixou ir. E eu até gritei lá, gritava, gritava. Alguns dias depois. Eu entrei no guarda-roupa, peguei lá os remédios, e tomei tudo de uma vez só. No outro dia, amanheci como se estivesse morto. Daí eles me levaram no médico, me levaram na UTI (Janaíno).

Janaíno descreve sua relação com o pai como fragilizada, marcada por episódios de violência física e falta de compreensão sobre seu sofrimento psíquico. Ele relata que já foi agredido pelo pai, inclusive mencionando: "me chicotearam" (sic), em referência a uma punição após ter fugido de casa. Esses episódios de violência parecem ter contribuído significativamente para o enfraquecimento dos vínculos familiares e para a intensificação de sua vivência de sofrimento emocional.

Eu fugi porque meu pai tinha me agredido com um pontapé de madrugada. Eu deixei ele dormir na minha cama para dormir no sofá da sala da minha casa. Eu acordei com o pontapé, eu dei um grito assim de susto. E eu acordei com ele falando, vai deitar lá na sua cama. Daí eu fui deitar lá na cama. Daí de manhã cedo, quando eu acordei, eu fui lá, pedi bênção pra ele, tudo bem. Mas quando eu voltei do trabalho para deitar mais um pouquinho na cama, eu vi ele conversando, falando mal de mim pra minha mãe (Janaíno).

Agora a outra vez que eu falei para você que eu fugi de casa foi o tempo que... Ele me agrediu com um cinturão, né? E agredia assim, minhas costas, dava pra escutar os barulhos da cintada. E daí eu fui dormir. No outro dia, foi passando o tempo, eu fiquei, assim, meio transtornado, né? Nunca tinha visto, meu pai fazendo isso comigo. Foi a primeira vez (Janaíno).

Segundo registros de seu prontuário, Janaíno relatou à psicóloga do CAPS que desejava ter uma namorada. Em 2010, após receber um beijo de uma usuária do serviço, relatou sentimentos de confusão, ansiedade e irritação, culminando em uma lesão no antebraço ao tentar pular o muro do CAPS. No mesmo ano, voltou a se auto lesionar – Janaíno se cortava com algum objeto perfurante em casa - devido à ansiedade, à discriminação que sentia por parte dos irmãos e também por apresentar um desejo não realizado “de se casar” (sic).

Ainda em 2010, houve outro episódio de autolesão, desta vez com uma faca, motivado pelo estresse devido a tensões familiares. Em 2011, novamente se cortou, ato motivado pela pouca atenção que recebia da família. Até 2015, Janaíno continuou enfrentando episódios de autolesão, decorrente de uma frustração por não desenvolver relações afetivas/ amorosas. Nesse mesmo ano, foi internado em um hospital psiquiátrico, permanecendo internado por um mês antes de receber alta.

Entre 2016 e 2019, Janaíno interrompeu o acompanhamento no CAPS e o uso de medicamentos psiquiátricos, ficando quatro anos sem tratamento. Durante esse período, ele acreditava que a única solução para seus problemas era “arrumar uma namorada” (sic). Em 2019, retornou ao CAPS, relatando dificuldades significativas. Ele mencionou que morava com duas sobrinhas pequenas, de 3 e 4 anos, e expressava medo de, involuntariamente, causar algum mal a elas. Nesse mesmo ano, apresentou uma piora repentina, com pensamentos paranoicos, e uma obsessão crescente com a ideia de casar-se para ter relações sexuais. Janaíno chegou a pedir às profissionais do CAPS que mantivessem suas sobrinhas afastadas dele.

Em 2020, ele começou a ouvir vozes pela primeira vez. Ainda que o início dessa experiência seja o contexto de pandemia da COVID-19, Janaíno não associa o surgimento das vozes à pandemia, mas sim à interrupção da medicação e a mudanças em sua rotina. Após fugir de casa, decidiu morar com uma tia em uma área rural da cidade. As vozes surgiram quando retornou da casa da tia para a casa de seus pais. As vozes parecem surgir de um contexto de fragilidade de vínculos e frente à impossibilidade de ter suas necessidades mais pessoais atendidas.

Foi um tempo que eu deixei o tratamento aqui no psiquiatra, quis me mandar embora da cidade. Fugi daqui e fui morar com a minha tia. Fiquei morando lá com ela por um tempo, mas nunca quis tomar remédio. Foi passando o tempo, que eu voltei morar aqui de volta com meus pais, mas eu percebi, que comecei a ouvir as vozes de pouco em pouco. Elas foram aumentando, até o momento que eu as achei agressivas. Até o dia de hoje, depois que eu voltei a tomar o remédio de novo, elas continuam. De um jeito minúsculo, mas judia da pessoa, deixa a pessoa assim machucada por dentro assim, que não estava mais dando para suportar (Janaíno).

Janaíno relata que o evento que precedeu o início da escuta de vozes foi uma **vivência traumática**, um episódio de desorganização psíquica decorrente desse conflito com os pais, a fuga de casa, a interrupção de seu tratamento. Ele vinha expressando sentimentos de tristeza e frustração nos anos anteriores, uma frustração acumulada por não ter conseguido estabelecer relacionamentos afetivo-sexuais, nunca ter se apaixonado ou casado. Durante um período de crise, com agravamento de seu quadro, surgiram delírios associados ao desejo pela filha de um primo, uma criança de 12 anos.

Eu fugi de casa e fui morar [na tia] sem tomar os remédios. Meu primo não sabia que eu estava assim, 'inconsciente'. Veio à minha cabeça que a filha dele, a menininha que ele tem, era minha futura esposa. Eu comecei a pensar, como que eu vou sair dessa agora? Eu fui na presença do meu primo, e eu falei assim: 'a paz de Deus, minha noiva'. Quando eu falei isso, era para ver se eu estava certo ou se estava errado. Quando [o primo] ouviu isso, ele começou a falar algumas coisas estranhas para mim, começou a mudar a conversa, e disse: "o bode está solto!". Ele me agrediu por palavras (Janaíno).

Comecei a me confundir, comecei a ficar com a mente fraca. Parece que eu estava sonhando acordado, onde algumas coisas que me vêm na cabeça, alguns pensamentos e eu comecei a pensar que ela [a filha de seu primo] era uma mulher que podia casar comigo, só que na hora eu... estranhei, porque eu reconheci que a menina era nova. Como que eu e ela ia ser noivo? [...] Eu queria pelo menos a resposta da verdade. [...] Cheguei lá e cumprimentei ela: Tudo bem, minha noiva? O pai dela já percebeu, começou a engrossar a voz e falou tanta coisa lá. Aí eu reconheci que a menina era criança. Ali eu fui enganado, mas saí daquela pelo menos. Eu não quero entrar naquela de novo não (Janaíno).

Esse episódio é resultado de um acúmulo de tensões e desejos nunca concretizados e uma necessidade profundamente internalizada, o desejo que desenvolver vínculos afetivos. Surge então em Janaíno uma fantasia de que a criança estaria "prometida" a casar com ele. Esse acontecimento leva a uma, posterior, alteração do significado de infância. Nos anos seguintes, Janaíno passou a associar crianças ao medo, a algo que o assustava. Infância passou a remeter a crimes e violência, o que reflete o impacto desse episódio na relação indivíduo-mundo, na forma como passa a perceber relações sociais.

Janaíno descreve que, naquela ocasião, sentia-se como se estivesse inconsciente, no entanto nota-se que ele estava regulado e orientado por sua imaginação e fantasia. Esse pensamento fantasioso parece refletir um desejo reprimido, um sentimento calado, logo que ele nunca havia se relacionado e vinha sinalizando em diferentes espaços essa necessidade.

Eu gostava. A pessoa que eu mais gostava era dela. Só que o que veio na cabeça, sem eu esperar, aconteceu dessa forma. Uma humilhação. Eu não lembro qual a idade dela, mas... Ela é do tamanho de uma menina que tem mais ou menos 12 anos [...] como se eu fosse bode no lugar junto com as ovelhas. Indo atacar as ovelhas (Janaíno).

Além disso, vale destacar a influência da religião neste episódio, logo que ser chamado de bode tem um caráter negativo, pois a figura do bode está associada à representação do demônio nas religiões cristãs.

Passando para o caso de Hortência, a agricultora conheceu seu marido em um baile, mas inicialmente não gostava dele, pois era apaixonada por outro homem. No entanto, seus irmãos, apresentavam um comportamento bastante ciumento e controlador, proibiram que ela se relacionasse com o rapaz que era apaixonada, chegando a ameaçá-lo de morte. Hortência relata que os irmãos não aprovavam o homem, principalmente por ciúmes e posse.

Hortência relembra, com pesar, o amor não findo pelo rapaz por quem era apaixonada, lamentando não ter conseguido ficar com ele devido ao ciúme excessivo dos irmãos. Ela acabou se casando com o atual marido, que conheceu em um baile. No entanto, seis meses após o casamento, Hortência teve uma crise, foi internada e começou a ouvir vozes.

Ah, depois de seis meses, eu fiquei ruim da cabeça. Aí eu fui internada, sabe? Começaram as vozes, tudo, né? Seis meses depois de casada. Ele ia ver eu, eu ficava internada na ala psiquiátrica, sabe? Depois de quatro meses eu saí de lá (Hortência).

Apesar de ter escolhido casar com o atual marido, não era com quem inicialmente desejava ficar. Esta crise apresentada por Hortência parece ser uma expressão das necessidades individuais mais íntimas que foram suprimidas, subsumidas às demandas externas, à imposição dos irmãos que cercearam o desenvolvimento de uma relação com o homem desejado.

Após se casar, por volta dos 30 anos, Hortência teve a primeira filha, e a segunda veio quando ela tinha 32 anos. Quando as filhas ainda eram pequenas, Hortência passou por um período depressivo, apresentava-se apática e com uma perda de vontade de realizar suas atividades. Sua mãe ajudava a cuidar das filhas enquanto também se ocupava dos cuidados do marido, que estava acamado. Durante a gestação, ela havia interrompido o tratamento em saúde mental, e o acompanhamento médico, o que a fazia ter "pensamentos ruins na cabeça" (sic).

[Durante a gestação] apareciam, as vozes. Eu não me lembro o que elas falavam. Estavam falando. Mais ruins. Fiquei sem o remédio, né? Deu pensamento ruim. Até no meu casamento veio um pensamento ruim. Veio um tipo de pensamento assim que eu ia ficar louca, sabe? E aí eu fiquei com medo disso, de ficar louca, e na verdade, depois de seis meses, eu fiquei (Hortência).

Em suma, nota-se a partir dos relatos apresentados que as relações sociais podem compor tanto processos críticos protetores como destrutivos, dado que não são processos exclusivamente ruins ou prejudiciais. Os relacionamentos são complexos e apresentam especificidades, e representam uma contradição entre acolhimento-opressão.

Como exemplo na história de Hortência, Janaíno e Conrado existem dramas na esfera dos relacionamentos afetivos, que inserem um sofrimento tanto por não terem sido consumados ou por resultarem em frustrações/ cobranças. Ao passo que nos casos de Felipe e Nanda, as relações familiares foram espaços de violência e agressão, portanto, inserem o caráter opressor e de dominação das relações.

Na revisão de literatura há análises de que o escutar vozes parece funcionar como um **“mecanismo” encontrado pelo psiquismo em situações conflitantes, dramáticas**, que exigem da pessoa orientação da conduta. Para Vigotski, o drama reflete conflitos internos na relação indivíduo-meio, ao expressar as tensões entre as forças internas e externas. Esse conceito, drama, pode ser relacionado à experiência de escuta de vozes, vista como expressão de contradições e conflitos internos que emergem em um processo dialético. Assim como o drama na arte, convida à compreensão e elaboração de emoções complexas, a escuta de vozes pode ser entendida como uma manifestação desses conflitos internos, oferecendo uma forma simbólica para que o indivíduo enfrente e compreenda suas tensões psíquicas. Portanto, a pressão para cumprir papéis sociais e expectativas externas pode gerar tensões ao nível da personalidade que não encontrando vias de resolução podem gerar ou agravar o sofrimento psíquico.

b) Vivências traumáticas e mobilizadoras emocionalmente, como acidentes, desastres ou eventos inesperados

Neste segundo bloco, nos atemos a descrever dentre as circunstâncias desagregadoras, aquelas que permeiam vivências traumáticas, tais como acidentes, desastres e outras situações inesperadas. Desta forma, a partir do caso de Janaíno, este refere que quando criança, sentia medo de objetos como o botijão de gás, balões, pipa, relâmpagos e raios. Portanto, situações e objetos que devido a orientações, observações da família e vivências próprias, acabaram sendo associadas ao medo e ao assustador, muito devido à imaginação de Janaíno. Com o tempo esses eventos acabaram ocupando uma posição central na organização de seu pensamento e na hierarquia de motivos na vida do jovem. Entre seus 4 e 5 anos, ele vivenciou suma situação em que um raio atingiu sua casa, levando à explosão de uma lâmpada na cozinha e espalhando faíscas pelo cômodo. Esse evento produziu tamanho impacto que o deixou paralisado de medo, a ponto de perder a voz, devido ao susto que tomou.

Sobre mim, eu era um menino muito medroso. O pior é que acontecia as coisas dentro de casa, que eu tinha medo [...] por exemplo, eu tinha medo de botijão de gás. E na casa onde eu morava, a casa era de madeira, tinha um botijão de gás no fogão [...] Daí, quando eu fiquei sabendo que aquilo explode e era de incendiar a casa, eu andava assombrado por causa daquilo (Janaíno).

Ventava forte aqui em casa. O vento era tão forte que eu chegava a chorar enquanto ventava. Daí eu ficava assustado, porque eu tinha medo da casa cair na gente, assim, semelhante ao furacão (Janaíno).

De repente, esse relâmpago que deu lá, não sei se foi bem um relâmpago. Sabia que a lâmpada ficava em cima da mesa. Ela chegou a estourar, choveu fâisca em cima da mesa. E nós naquele griteiro, meus irmãos no griteiro, tentei abrir a porta para sair para fora e não conseguia abrir a porta. E aquela fâisca tudo caindo. [...] eu perdi a voz por um tempo meio prolongado. Não sei se foi umas, duas, três horas que eu fiquei sem a voz. Perdi a voz (Janaíno).

Janaíno começou a desenvolver uma relação com a realidade permeada por um grande receio, usando termos como medo, assombro, susto. Embora nunca tenha ocorrido algo que realmente o machucou fisicamente, a ideia de que a casa poderia pegar fogo ou que ele poderia se machucar passou a influenciar e regular seus pensamentos e atividade. O jovem associou esses sentimentos a partir de vivências e relatos, internalizando a realidade como assustadora. Assim, neste caso, nota-se que a relação indivíduo-mundo acabou sendo conformada a partir de uma relação ou significação de medo/assombro. Essa compreensão e apropriação da realidade passou a ocupar um lugar de centralidade, pois a forma como Janaíno passou a se relacionar com a realidade estava diretamente relacionada às emoções, aos afetos. Assim, a realidade torna-se de certa forma, amedrontadora para ele.

Eu tinha medo de dor no corpo todo. Sabia que se pegasse fogo no corpo, não adiantava gritar que a dor continuava até apagar o fogo. Às vezes, tem vendaval... que pode derrubar a casa, podia pegar no corpo da gente, machucar (Janaíno).

Janaíno relata que, durante parte da infância, viveu um período sem esse medo desorganizador. No entanto, eventos posteriores fizeram ressurgir os sentimentos de medo e pavor que ele já havia vivenciado durante a infância. Esses sentimentos começaram a ocupar um papel central na orientação de seu comportamento e pensamento. Com o tempo, seu pensamento passou a ser guiado predominantemente pela imaginação e pela fantasia.

Comecei a imaginar se um vulcão em erupção, fizesse sair lava e chegar até aqui, e não teria lugar pra gente escapar. E começo a imaginar isso. O que será de nós? O que será de mim? Será que eu vou resistir à queimadura de lava de fogo no meu corpo? Coisas assim começam a acontecer. E daí foi multiplicando, ainda mais que eu usava drogas (Janaíno).

Janaíno relata que os sintomas começaram a surgir enquanto ainda frequentava a escola. Muitas vezes, ele deixava a sala de aula no meio das atividades, tomado por um pânico. Ele associa o início do quadro delirante, especialmente à maconha, que desencadeou com o tempo pensamentos catastróficos. Ao compartilhar suas dificuldades com a mãe, ela, em diálogo com uma professora da escola, sugeriu que ele iniciasse um acompanhamento psicológico.

Eu acho que eles não perceberam na hora, mas eles foram percebendo de pouco em pouco, porque no momento, o professor vinha até mim estranhado, e perguntava às alunas e alunos: Pessoal, vocês sabem o que tá acontecendo com o Janaíno? Aí elas falaram: ele já é assim. Então eles começaram a perceber. Eu pedi para ir embora para casa, e o professor falou: Mas o que que tá acontecendo? Eu falei: não posso contar pra nenhum de vocês, eu posso contar isso só pra minha mãe em segredo. Aí a minha mãe me tirou da escola. Acho que eles perceberam. Acho que eles ficaram sabendo (Janaíno).

Por outro lado, na história de Hortência, aos 17 anos, seu pai sofreu um acidente de trabalho enquanto cortava pinheiros para o comércio de madeira na região. Um galho caiu sobre sua cabeça, resultando em limitações permanentes, tanto físicas quanto cognitivas.

É que meu pai cortava o pinheiro, aí veio um galho e caiu na cabeça dele. [...] [meu irmão] carregou ele aqui assim nos ombros, e trouxe pelos matos lá, no banhado, passava no banhado e tudo. Até chegar lá na casa do homem, que ele trabalhava, demorou para ele chegar, foi com dois por cento de vida. [...] Eles operaram a cabeça, mas mesmo assim não ficou bom. Veio o galho e afundou aqui assim, o osso, afundou o crânio. [...] E eu não aceitava isso, o jeito que ele ficou. Eu aceitava ele antes, como ele era, mas aí eu perdi o amor por ele (Hortência).

Hortência relata que essa mudança na personalidade do pai constituiu uma **vivência traumática**, que marcou sua vida pois em alguma medida sentia que havia “perdido o próprio pai” (sic), ainda que ele estivesse vivo. Esse episódio pode ser descrito como a vivência que levou à **gênese da escuta de vozes**, pois cerca de um ano após o acidente, começou a ouvir vozes. Marcando seu período de transição da adolescência para a vida adulta, aos 17 anos.

Após o acidente, começou a sentir-se doente, ficou acamada por um tempo e sem vontade de realizar qualquer atividade. Seu pai, que na época possuía 50 anos, passou a apresentar perda de memória, episódios de fuga de casa, convulsões e uma dependência completa de cuidados. Até hoje, Hortência demonstra tristeza ao recordar o que aconteceu com o genitor. Com o tempo, ela também desenvolveu um sentimento de desconforto em relação à casa de sua mãe e saiu de casa.

As lembranças do pai. Porque ele vinha do serviço, eu sentava no colo dele, eu comia toda a comida dele. E eu vivia no colo dele. Daí quando ele ficou assim... Fiquei assim. Sem o pai (Hortência).

Nesta sessão buscou-se apresentar como existem eventos da ordem do inesperado, situações muito dramáticas como acidentes e desastres podem consistir em eventos desagregadores do psiquismo. Ratner (1995) refere alguns eventos como "evento específico, anômalo e desintegrador", esses processos são internalizados e se singularizam no indivíduo, levando a processos emocionais como o medo, o desamparo e a instabilidade. Entendemos que acidentes e desastres podem ser inseridos nesta categoria, logo que coloca as pessoas em situações contraditórias e insustentáveis, tende afetar sua atividade e o desenvolvimento da personalidade. A internalização desses eventos como vivências traumáticas podem, por sua vez, ter colaborado para a gênese da escuta de vozes.

c) Sofrer diversas formas de violências, negligências, maus-tratos, incluindo bullying, abuso sexual e aborto

Neste bloco, foram sistematizadas as situações de violência, negligência, maus-tratos, bullying, diferentes tipos de abuso e aborto presentes nos relatos dos participantes. Todas essas situações são expressões da dinâmica das relações sob o capital, sendo expressões da lógica dominação-exploração. A partir do caso de Conrado, a pracinha que frequentava foi cenário de uma **vivência traumática**. Conrado descreve que passou por situações de maus-tratos em um dia em que a atravessava, após esse evento, a pracinha passou a significar um espaço que lhe produzia medo e pavor. Por conta disso, desenvolveu na infância um medo de aglomerações, de grandes concentrações de pessoas.

Na adolescência, eu morria de medo da pracinha, eu não conseguia nem sentar no banco da praça. Um pavor, sabe? [...] Não sei explicar porque [...] é o tumulto, era amontoado de gente, enfim, me deixava nervoso, tenso (Conrado).

Quando Conrado descreve ter passado por maus-tratos, e também ter praticado “atos agressivos a terceiros” (sic), apesar de não se aprofundar na descrição dos ocorridos, entendemos que ao presenciar uma situação de violência envolvendo pessoas que frequentavam a praça, Conrado internalizou a situação como um episódio traumático. Esta hipótese de uma **vivência traumática** relacionada aos maus-tratos é coerente com o que apontam algumas pesquisas levantadas na revisão de literatura. Conrado descreve no trecho a seguir:

Uma vez minha mãe me pediu para ir ao armazém lá na pracinha comprar um negócio para ela, [...] eu falei que não ia, ela ficou brava comigo. Mas não se preocupou em [perguntar] o porque eu não queria ir, entendeu? É porque eu tinha medo de ir na pracinha, fobia de gente. Tinha gente acumulada lá, sabe? [...] Eu tinha um medo irracional de gente aglomerada. Não sei explicar. É uma coisa inconsciente. [...] [por conta de] maus tratos, era de maus tratos que eu falava [...] eu prefiro não comentar, não. [...] Eu feri algumas pessoas, sabe? (Conrado).

O ambiente escolar para Conrado não foi um espaço de construção de redes de sociabilidade, durante a infância e adolescência ele relata ter **vivenciado bullying na escola**. Nota-se uma ausência de uma rede fortalecida de amigos no contexto escolar, e a presença de um colega que o provocava e agredia com certa regularidade. A partir da periodização do desenvolvimento proposta por Vigotski, entende-se que entre os 7 e os 12 anos a principal atividade realizada pela criança é a atividade de estudo, de modo que a premissa para seu desenvolvimento é a expansão e estreitamento das relações interpessoais.

No entanto há uma obstrução no desenvolvimento das relações interpessoais no caso de Conrado, devido à vivência de bullying e maus-tratos, essas relações eram fundamentais para seu desenvolvimento típico. Conrado desenvolve relações de forma bastante fragilizada, marcadas pela violência e pela falta de interações sociais significativas. Dessa forma, os maus-tratos, o isolamento e o bullying são processos sociais que configuram e conformam o aparecimento de vozes.

Por exemplo, eu, quando era mais novo, sofri muito bullying ali na escola. E não tinha com quem conversar. Então, eu não achava espaço para chegar para minha mãe, para o meu pai para contar as coisas, falar o que estava acontecendo. Eu acho que eles estavam muito ocupados, cuidar de seis filhos não é moleza, não. [...] Ah, tinha um cara lá que me batia todo dia na escola. Eu até parei de sair na hora do recreio, ficava dentro da sala de aula (Conrado).

É possível notar que Conrado possuía ciência da situação de violência experienciada, no entanto, não obteve suporte do meio social, tanto para acolher aquela situação de violência, como para possibilitar a construção de novos sentidos. Uma situação semelhante se apresenta na história de Aurora, entre os períodos da primeira infância e a idade escolar primária (entre os 2 e 11 anos). A jovem estudava em um colégio montessoriano, mas aos 11 anos passa a estudar em um colégio católico. Período que marca a transição na periodização do desenvolvimento para a idade escolar média e uma mudança na atividade principal, passando da atividade de estudo para a comunicação íntima pessoal, segundo a perspectiva vigotskiana.

Aurora relata que já havia iniciado terapia anteriormente, devido a uma experiência de **bullying na escola**. Ela menciona ter enfrentado dificuldades para construir e fortalecer

vínculos sociais, demorando a estabelecer laços de amizade. Quando finalmente conseguiu fazer amigos, precisou mudar de escola. O bullying, como mencionado anteriormente, parece ser uma **vivência traumática** que contribui para o surgimento das vozes: “A primeira vez que eu fiz terapia foi com sete anos e foi por uma questão social mesmo assim, de bullying mesmo, de relações na escola mais difíceis mesmo” (Aurora).

Com a mudança de escola e a entrada no colégio católico, Aurora enfrentou uma escassez de recursos para lidar com o novo ambiente, e frente à ausência de uma rede de apoio, voltou-se aos processos religiosos como forma de apoio restante. Basaglia afirma que quando não há outros recursos (psíquicos e sociais) para lidar com a realidade (Basaglia, 2000), e igualmente, com os processos de sofrimento, as explicações místico-religiosas ganham espaço e se consolidam enquanto representações possíveis para a geração de sentido.

Porque quando eu mudei de escola, aos 11 anos de idade, mais ou menos, eu perdi essa construção, esses laços sociais, essa familiaridade com o sistema escolar, até a ligação com os clubes de esporte, de outras atividades e tudo mais. E eu entrei, eu saí de um ensino montessoriano para uma escola tradicional, uma escola católica, inclusive. Então, foi uma mudança bem radical. Eu me senti acho que pela primeira vez muito anulada pelos adultos na minha vida e muito não ouvida assim. E talvez tenha sido por isso que eu comecei a me voltar mais para essa questão religiosa mesmo (Aurora).

Nesse contexto de restrição de vínculos, Aurora se vê sozinha após o episódio de bullying e a perda dos laços sociais que havia construído. Em busca de acolhimento e apoio frente ao isolamento, ela encontra em explicações místicas, em especial uma figura divina, uma espécie de recurso interno para lidar com uma contradição externa. Assim, o delírio místico se apresenta como explicação restante, frente a ausência de outros sentidos.

Nessa comunicação com Deus, a fantasia parece desempenhar um papel importante na elaboração desde vínculo, associando-se a uma necessidade afetiva/emocional: o desejo de não se sentir só. Essa vivência místico-religiosa se transforma em uma “missão” carregada de valor, pois agora possuía um dom. Por conta disso, acaba concretizando uma realização pessoal expressa em uma atividade socialmente significativa.

Como Ratner (1995) descreve, quando as necessidades sociais de apoio, atenção e valorização são frustradas, ocorre uma desintegração no funcionamento psicológico, da mesma forma que a falta de satisfação de necessidades psicobiológicas pode impedir o desenvolvimento psicológico do indivíduo.

Então, nesse sentido, era uma coisa difícil, mas era uma coisa com a qual eu conseguia lidar, porque eu me senti acolhida, senti que eu tinha o meu espaço e eu senti que eu

tinha o meu dom, digamos assim. Deus falava comigo e eu tinha uma missão a desempenhar na terra (Aurora).

E eu acho que justamente nesse período em que eu entrei na adolescência, que eu estava ali com meus 11, 12 anos, foi quando eu comecei a me distanciar do meu irmão também. Então, sim, eu estava me vendo muito sozinha de novo, em vários aspectos (Aurora).

Considerando que Aurora estava na fase escolar, ela se encontrava em um momento de transição entre a atividade de estudo e a comunicação íntima pessoal, conforme a periodização do desenvolvimento na Psicologia Histórico-Cultural. Essa fase de transição marca uma mudança significativa, onde predominava em sua atividade expandir e estreitar suas relações interpessoais, ao mesmo tempo em que começa a construir seus próprios pontos de vista sobre a vida, fortalece relações pessoais e pensa sobre o futuro como atividade principal (Moro Rios, Rossler, 2017).

Nesse período, é possível observar algumas mudanças na personalidade, como o desenvolvimento da independência, o aumento da responsabilidade, a apropriação de um código moral e ético nas interações pessoais, além da ampliação da consciência social e autoconsciência (Moro Rios, Rossler, 2017). Essa maior noção de responsabilidade e a incorporação de um código moral podem estar diretamente ligadas ao conteúdo das vozes que Aurora ouve. Ela menciona ter se desconectado da escola; antes, esse distanciamento a afetava, mas houve uma alteração na hierarquia de suas atividades, fazendo com o conteúdo das vozes se tornasse central em sua vida e nas atividades que desenvolve.

Então, eu me desliguei bastante das atividades escolares, não prestava muita atenção mesmo nas aulas e mesmo essa questão emocional. Antes eu sofria muito, chorava muito e tudo mais, e depois eu parei de sentir essas coisas, de me preocupar com isso, porque eu estava preocupada com coisas mais importantes, digamos (Aurora).

Uma das **circunstâncias desagregadoras** do psiquismo em Aurora envolveu seu primeiro relacionamento, que terminou de forma turbulenta e desencadeou um processo de intenso sofrimento psíquico, levando a uma tentativa de suicídio. Nesse período, a atividade principal de Aurora inclui o desenvolvimento de relações com os pares, especialmente as de natureza afetiva e sexual. De modo que torna-se um desafio ainda maior construir esse laços após uma **vivência traumática**: o abuso sexual por parte de outro parceiro.

Tudo piorou quando eu tive um coração partido, tive um relacionamento muito difícil, foi o meu primeiro relacionamento, com um homem. E as coisas descarrilharam de vez, quando eu tentei suicídio pela primeira vez e quando eu fui parar no psiquiatra pela primeira vez. Eu comecei a tomar remédio, e as vozes voltaram, elas quem

falavam de suicídio o tempo todo, e eu considerava isso. Eu aceitei: É isso, tenho uma doença mental. Era assim que eu via, e isso tudo me manteve em um estado muito deprimido, porque não achava que eu ia melhorar (Aurora).

Eu já vinha meio triste com os meus resultados na vida. Poxa, eu não passei na faculdade que eu queria, eu não leio mais, eu estou longe dos meus amigos e eu sou ruim para fazer amigos. Mas o que me pegou mesmo assim, foi essa ideia do diagnóstico psiquiátrico [...] portanto a minha vida vai ser assim para sempre. Então, esse sentimento que eu estou sentindo de vazio, de deterioração e de culpa, sujeira, inadequação, tudo isso vai voltar sempre. Eu não entendia isso como sendo o contexto, tipo um momento da minha vida. Eu entendia isso como sendo quem eu era. Eu achava que eu sempre ia voltar para esse buraco (Aurora).

Há uma série de circunstâncias que obstruíram o desenvolvimento de Aurora, inserindo ainda uma frustração no que tange à atividade profissional de estudo, uma atividade geradora de sentido para aquela etapa do desenvolvimento. Soma-se a isso a contradição inserida pelo diagnóstico psiquiátrico, que não é visto como resultado da totalidade das obstruções. Ainda se insere o estigma da doença e a noção – muito conduzidas pela psiquiatria tradicional e ideologias dominantes - de uma subjetividade restrita à doença.

Já Murilo, que convivia com o pai alcoolista desde pequeno apresentava certa autonomia e faltava a escola para consumir álcool com os amigos. Através do consumo de álcool, ele se aproximou de colegas que faziam uso de outras substâncias, passando a fazer uso de maconha, cocaína e lança-perfume entre os 13 e os 18 anos. A relação com esses amigos assumiu um lugar de centralidade na hierarquia de relações, frente aos vínculos familiares não fortalecidos. A atividade de estudo foi prejudicada, perdendo importância à medida que as drogas se tornaram reguladoras de sua conduta, socialização e aceitação em um grupo social.

Eu comecei a beber com 12 anos. Com 13 anos, eu conheci um rapaz aqui do bairro, filho de um policial, [...] eu descobri que esse rapaz usava drogas, porque ele chegou a me oferecer. [...] Como não tinha ouvido muitos conselhos, eu acabei embarcando. [...] Então eu acabei usando cocaína com ele, depois eu comecei a usar lança perfume. Depois que eu percebi que ele era um rapaz completamente viciado, sabe? [...] a cocaína que ele usava, ele pegava do próprio pai, que era policial. Ou seja, o pai dele trabalhava na força tática, eu acho, às vezes ia em bocas de fumo, em biqueiras, pegava as drogas que os traficantes vendiam e em vez levar para o quartel, ele guardava na casa dele. [...] Aí quando eu tinha uns 16 anos, mais ou menos, eu acabei conhecendo a maconha. Antes de entrar na escola, eu usava droga, usava maconha e tal, e até que eu comecei a ter os efeitos da esquizofrenia. Como eu falei, comecei a ouvir vozes (Murilo).

O consumo de substâncias tornou-se frequente na rotina de Murilo desde muito cedo, assumindo um papel central na regulação de sua conduta, orientando suas atividades e mediando suas interações sociais. Moraes (2018) apresenta que o consumo de drogas tem uma determinação social e histórica.

Com o advento do capitalismo, as drogas passaram a ser uma mercadoria lucrativa, refletindo a tensão entre seu valor de uso — atendendo a necessidades psicoativas — e seu valor de troca — como produto gerador de lucro (Moraes, 2018). No século XIX e início do século XX, o consumo de drogas entre trabalhadores era associado às duras condições de trabalho impostas pelo capitalismo inicial, como observado por Engels e Marx. Esse consumo atendia à necessidade de aliviar as dores decorrentes das longas jornadas de trabalho e de obter algum prazer em um contexto de vida alienado e desprovido de significado (Moraes, 2018).

A redução do poder de compra entre os desempregados piora suas condições de vida, forçando-os a morar em áreas irregulares e recorrer a trabalhos informais, com muitas mulheres recorrendo à prostituição. A autora se dedica ao estudo do uso de crack, ela compreende que nesses contextos de desproteção social o crack se destaca como uma droga barata e de fácil acesso (Moraes, 2018). De acordo com Taniele Rui (Rui, 2012 *apud* Moraes, 2018), muitos usuários relatam utilizar a droga para lidar com sentimentos de raiva, dor e a fim de “esquecer da vida”. Murilo se descreve como um adolescente agitado, bagunceiro e agressivo, o que segundo ele pode estar relacionado às brigas constantes que presenciava em casa. O ambiente hostil ao voltar da escola passou a desenvolver uma necessidade de fuga, distração ou recompensa, algo que ele acredita ter contribuído para o início do uso de drogas.

Porque na escola mesmo eu era terrível. Aqui dentro de casa parecia um anjo, mas lá na escola eu fazia os professores chorarem, matava aula, brigava. Uma coisa que me marcou muito na infância foram as brigas constantes que os meus pais tinham, eles brigavam muito. Tanto é que hoje em dia eles são divorciados, mas eles brigavam muito, e eu acho que isso foi um gatilho para eu começar a usar droga, para mim ser um jovem inconsequente (Murilo).

Pensando em contextos de desproteção social, no caso de Amélia haviam diversos fatores que a expunham a uma **circunstância desagregadora**, ela estava em um país estrangeiro, em situação de migrante, o que a deixava bastante vulnerável em termos de direitos. Além disso, o trabalho no chão de fábrica era caracterizado pela precariedade, por ser mecânico, exaustivo e desgastante. Além disso, Amélia relata que, inicialmente, não imaginava que precisaria usar tanto o idioma japonês para desempenhar suas tarefas laborais, o que parece ter contribuído para uma desorganização psíquica, intensificada pela pressão de realizar um trabalho para o qual não se sentia preparada ou confortável.

Analisando o caso de Amélia, a partir das formulações de Breilh (2023), nota-se que o processo migratório consiste em uma **circunstância desagregadora** do psiquismo, agindo na vida de Amélia em três âmbitos: na reprodução social sob a lógica da acumulação de capital no

Japão e as relações culturais; nos modos de se viver a vida, ao ocupar uma outra classe social, as relações de gênero e etnicidade num outro país; e como este modo de viver se singulariza na saúde individual, afetando sua alimentação, os hábitos de vida, a relação com o trabalho, a relação contraditória frente à própria identidade e a cultura – pois ainda que houvesse um lugar de pertença pela ancestralidade na cultura japonesa, há uma contradição, por também sentir-se uma brasileira no Japão.

O que que eu pensei do Japão? Que eu ia fazer um trabalho de fábrica, assim, algo mecânico e tal, né? Algo que eu não tivesse muito que usar a minha cabeça, eu teria que fazer, fazer e fazer. Mas aí eu cheguei lá, aí a gente conversou com o chefe, aí quando ele percebeu que eu entendia japonês, ele me colocou num serviço, como te dizer assim, que eu ia conseguir usar o meu japonês, só que eu não tenho fluência no japonês. Eu entendo, eu falo, mas atender telefone? É muito pra mim, né? [ela ri]. E ainda, atender ligação em japonês, o meu japonês é assim, tipo, do meu avô. Então, o meu avô, quando era vivo, eu conversava com ele em japonês, mas o japonês do Japão hoje é um japonês diferente. É diferente! Então, assim, é difícil pra mim certas coisas, assim, eu não sou obrigada a saber tudo, não sou obrigada a saber tudo! (Amélia).

Um dos fatores que coloca Amélia em uma situação de insegurança, possivelmente contribuindo para a sensação de perseguição, é que a viagem ao Japão foi financiada pela empreiteira. Isso os deixou em uma posição de dependência da fábrica, pois chegaram ao país já com dívidas e precisavam aceitar qualquer trabalho disponível para quitá-las. Como relata neste trecho: “Sim, porque a gente foi pra lá devendo passagem, né? E por uma empreiteira. Então a gente não era necessariamente funcionário da empresa” (sic).

Ela também relata um choque cultural, com diferenças nos hábitos alimentares, culturais e de comportamento que a colocaram em uma posição de estranhamento. As circunstâncias desagregadoras no caso de Amélia envolvem um contexto amplo de mudanças e ajustes de hábitos, gerando desconforto e desorientação.

Então, tem um choque de cultura muito grande. É tudo muito diferente. Alimentação, é diferente. Não que eu não saiba a língua. Eu conseguia, por exemplo, ir ao supermercado, comprar um produto, pagar, receber o troco, ler o rótulo. Eu conseguia ir ao shopping, comprar uma roupa, comprar uma lã pra fazer um gorro e eu me comunicava em japonês. Eu entendia e falava. Então é um choque de cultura mesmo. E a gente é habituado aqui no Brasil a um outro tipo de tratamento. No Japão é diferente. As pessoas são bem diferentes. [Lá] quase não tem fruta. Tudo isso a gente sente, enormemente. Aqui no Brasil, eu me alimentava muito bem. Gostava, comia muito bem. Lá não (Amélia).

Outro aspecto cultural que impactou Amélia foi o fato de não ter adotado o sobrenome do ex-marido, o que gerou questionamentos por parte da empresa. Essa situação parece ter contribuído para um sentimento de insegurança, receio e desconfiança. Assim, uma série de

eventos vividos por Amélia no Japão promoveram uma sensação de angústia e perseguição, que podem ter colaborado para o surgimento das vozes.

Eu era casada, mas eu não tinha o sobrenome do meu marido. A gente era casado no civil, mas eu optei por não ficar com o sobrenome dele. Isso no Japão é estranho, porque não faz parte da cultura deles. Então, eu tinha o meu sobrenome e ele o dele. Houve um questionamento deles (da empresa), por conta disso. É como se eu tivesse transgredido uma lei, uma lei assim, uma... algo cultural né? (Amélia).

Ratner (1995), em suas reflexões sobre a loucura, oferece contribuições importantes sobre as determinações sociais do sofrimento psíquico e, em particular, da psicose. O autor caracteriza a migração como um "evento específico, anômalo e desintegrador", esses processos são internalizados e se singularizam no indivíduo, levando a processos emocionais como o medo, o desamparo e a instabilidade. Esse contexto, que coloca as pessoas em situações contraditórias e insustentáveis, tende afetar seus processos psíquicos, seu desenvolvimento emocional e cognitivo.

No caso de Amélia, também se observa o impacto do que Ratner (1995) descreve como "comportamentos normativos vigentes", referindo-se a práticas de competição destrutiva e condições de trabalho alienantes que estiveram presentes em suas vivências de trabalho. Esses fatores representam práticas sociais debilitantes que influenciam diretamente no desenvolvimento crítico e atípico dos processos cognitivo-emocionais de Amélia.

Existe a diferença, assim, porque não que eu não consiga fazer, eu consigo fazer, eu consigo entender, eu consigo. Eu acho que é um pouco de emocional isso, sabe? Eu não gosto muito que me apressem para fazer as coisas, sabe? Que fiquem no meu pé, que fiquem me acelerando pra fazer as coisas rápido. O trabalho no Japão é o trabalho no Japão. Porque eu nunca tinha trabalhado naquele ritmo e talvez se eu tivesse ficado um tempo maior eu tivesse me adaptado, né? (Amélia).

Outros exemplos de circunstâncias desagregadoras, citamos o caso de Nanda, que cresceu em um ambiente marcado pela violência doméstica, desde jovem presenciou inúmeras vezes o pai agredir a própria mãe. Esse ciclo de violência carrega uma dimensão de culpa, pois seu pai, ao exercer um papel de força-potência-dominação sobre as mulheres da família, manipulava Nanda para obter informações e monitorar as mulheres. Em um episódio, Nanda relata que, ao descobrir que sua irmã estava saindo com um namorado que ele não aprovava, seu pai reagiu com agressões contra sua mãe e irmã.

A minha mãe lembro que ela avançava nele, daí ele começava a quebrar as coisas. [...] É que até hoje, já faz tempo que eles se separaram, até hoje minha mãe não superou isso aí (Nanda).

Uma coisa que eu fiquei bem triste. Eu lembro uma vez que nós fomos em outra cidade e a minha irmã mais velha chamou um namoradinho, sabe? Não lembro quantos anos que ela tinha, acho que ela devia ter uns 14 anos. Só que meu pai era muito ruim, não deixava ela namorar. E ele batia muito nela, se soubesse que ela estava namorando. Eu não sei [...] se contaram para meu pai, ele me chamou lá embaixo do pé de goiaba, começou a perguntar as coisas pra mim, o que é que nós tínhamos ido fazer lá. Eu contei que a minha irmã tinha levado o namorado. Só que eu não sabia que eu não podia contar. Daí a gente foi pra casa, quando chegou lá, ele já começou a quebrar tudo e bater na minha mãe, bater na minha irmã. E daí eu comecei a gritar porque eu vi que era eu que tinha feito aquilo, porque eu tinha contado. Só que eu contei na inocência, sabe? Aí eu comecei a correr, sair correndo, foi bem horrível. Ele bateu muito na minha mãe e na minha irmã. Daí eu me senti culpada daquilo (Nanda).

Compreende-se que as circunstâncias desagregadoras aqui mencionadas consistem em processos críticos destrutivos, sendo assim mecanismos e dinâmicas sociais que deterioram a saúde e a qualidade de vida das populações. Seguindo com a história de Nanda durante sua infância, seu pai trabalhava como pedreiro e, por vezes, convocava os filhos para auxiliar em algumas tarefas relacionadas à construção civil.

Neste período, seu pai já havia se separado e morava com outra mulher, a qual possuía filhos mais velhos que Nanda. Em uma dessas situações em que foram chamados para trabalhar, o meio irmão de Nanda tentou abusar sexualmente dela. Ele possuía 18 anos enquanto ela tinha apenas 8 anos na época. Posteriormente, Nanda descobriu que ele também tentava abusar da irmã. Entende-se que Nanda não identifica gravidade na situação, o que pode ser uma das facetas da alienação frente ao processo de dominação-subordinação vivenciado por mulheres. Nanda não consegue identificar ou nomear como violências, no entanto parece ser uma das **vivências traumáticas**.

Não sei se foi, assim... Não chegou a ser uma violência. Foi uma coisa bem chata que eu passei com o filho da mulher do meu pai. Ele sempre tentava ter relações sexuais comigo e com a minha irmã, só que eu nunca tinha contado pra ela [a irmã] e acho que ela também nunca tinha falado. Só que assim, ele nunca fez nada, porque a gente sempre conseguia escapar dele. [...] Ele tentava entrar e tirar nossa roupa. Só que daí como eu tinha problema, aí meu pai nunca me obrigava a ficar trabalhando. Meu pai era pedreiro, sabe? Só que acho que a minha irmã sofria mais, porque ela que mais ia [trabalhar] (Nanda).

Além disso, Nanda passou por outras **vivências traumáticas** em decorrência de dois abortos. A primeira perda gestacional ocorreu pouco tempo após o nascimento de sua segunda filha, que tinha apenas seis meses de vida na época. Nanda começou a sentir dores intensas e sangramento. Ela apresentava uma gestação de alto risco, devido à trombose e por fazer uso de anticoagulante. Quando notou a intensificação das dores, a encaminharam para um hospital geral, no entanto Nanda fazia acompanhamento em um hospital universitário devido ao risco, ela solicitou aos profissionais de saúde que fosse encaminhada para o hospital universitário. No entanto, após o longo deslocamento até o hospital, Nanda teve seu primeiro aborto.

Eu fui fazer exame, estava grávida. Foi bem difícil pra mim, porque o médico falou que ele poderia nascer com um problema neurológico por causa do anticoagulante que eu estava tomando. Daí eu comecei a brigar muito com o meu ex-marido, porque eu falei pra ele que eu não poderia engravidar, e aí a gente começou a brigar muito. Só que depois eu fiquei pensando, não adiantava mais eu brigar porque eu já estava grávida mesmo, e daí eu comecei a ficar nervosa, quando o neném tinha três meses, eu comecei com o sangramento. Eu fui lá no Hospital universitário, eles falaram que eu estava com risco de perder o bebê, ele [o médico] me deu um remédio. Eu fiquei numa casa de repouso, e minha prima ficou cuidando da minha filha, ela já estava com 6 meses (Nanda).

Eu comecei a passar muito mal, a enfermeira me atendeu, ela fez o exame. Eu já estava perdendo o neném. Ela chamou o médico daqui do hospital. E o médico falou assim, 'não, ela tem mesmo que ir para o hospital universitário. Então, eles chamaram a ambulância. Aí já tinha chegado o meu ex-marido, o patrão dele e eu fui na ambulância com o médico, chegando lá não deu pra salvar (Nanda).

No caso de Nanda a gestação e processos da maternidade ocorreram cedo, Nanda enfrentou seu segundo aborto quando possuía 23 anos. Aos sete meses de gestação, sofreu um acidente ao tropeçar dentro de casa. Após a queda, começou a apresentar tremores intensos. Nanda, ao ouvir comentários de familiares que minimizaram a gravidade da situação, decidiu não relatar a queda ao médico. No entanto, as vozes que ouvia tentavam denunciar este incômodo, como se sinalizassem o medo e desconfiança que ela mesma sentia.

Mas me deu uma tremedeira assim, quando eu cheguei em casa. Eu falei que eu estava passando mal [para uma prima], a mãe dela falou, 'ah não, tombinho assim, não faz nada, porque quando eu estava grávida ela caiu e não fez nada. Aí começaram as vozes a falar: "não, mas você tem que ir ao médico" (Nanda).

O marido de Nanda se recusou a levá-la ao médico, enquanto as vozes insistiam para que ela contasse sobre a queda, dizendo: "Você precisa falar que caiu" (sic). Mesmo assim, no dia da consulta já agendada, Nanda não mencionou a queda ao médico, apenas relatou sentir tremores. Uma semana depois, começou a apresentar contrações e retornou ao hospital, onde o médico identificou um descolamento de placenta. Ele recomendou que Nanda permanecesse internada, em repouso absoluto pelos próximos dois meses.

O médico falou que eu ia ter que ficar 2 meses só na cama, até completar os 9 meses, aí eu fiquei lá. Eu lembro que os médicos vinham para escutar o coração do neném. Daí lembro que tinha um médico japonês que falava assim, "o que você fez com o teu bebê?". Quando ele falou assim, começaram as vozes a falar. Comecei a ficar pensando, o que será que eu fiz com o meu bebê? Passou três dias, ele falou assim: "eu não tô escutando nada". [As vozes] ficaram perguntando, "o que que você fez com o teu bebê?". Fazia três dias que eu estava internada, o médico fez a ecografia, daí ele falou assim: é o óbito fetal. Aí o neném tinha morrido. Eu não entendia que era com a placenta que o neném se alimenta, né? Daí tinha que descolar toda a placenta (Nanda).

Conclui-se pela história de Nanda que a experiência de uma perda gestacional pode ser considerada uma circunstância desagregadora do psiquismo. As vozes em algum nível refletem vivências reais, até mesmo comentários ditos por pessoas de seu círculo. Como no caso da tia que minimizou a importância da queda, inserindo uma desconfiança em Nanda que posteriormente foi sinalizada pelas vozes. E no caso do médico que apresentou uma fala com certo julgamento, responsabilizando Nanda pelos prejuízos na gestação, as vozes passam a reproduzir o que foi dito pelo profissional como uma internalização da culpa.

Passando para a história de Felipe, ele atribui seu comportamento e personalidade nervosa à relação com o pai, que o agredia. Ele relata uma experiência bastante marcante na convivência familiar, quando seu pai deu um chute em seu nariz. Felipe acredita que o pai não gostava dele, afirmando: "Ele não gostava de filho homem, não sei, não entendi até hoje por que ele não gosta de filho homem. Não sei se tinha trauma, alguma coisa" (sic). Felipe também comenta sobre o comportamento de seu irmão, que compartilha um padrão de 'nervosismo' semelhante, embora manifestado de forma diferente: "Ele não é agressivo, ele só grita e fala as coisas. Mas agredir, ele não agride" (sic).

Essa parte eu herdei um pouco do meu pai. Meu pai era muito ruim em casa, meu pai batia na minha mãe, ele não deu valor. Ele ia no bailão, deixava a mãe em casa com nós ainda pequeno. Ele batia na minha mãe, agredia a gente também, sabe? Minha infância em relação ao pai foi muito triste. Uma vez eu... acho que eu tinha uns 14 anos, eu fui fazer minha identidade [...] tinha um mutirão lá no bairro, para retirar a identidade lá, eu fui lá, mas a fila estava muito grande. Então eu voltei embora. Ele ficou bravo comigo, me derrubou e me deu um chute no nariz. Daí sangrou, sabe? (Felipe).

Outra **vivência traumática** que possivelmente contribuiu para o surgimento das vozes na vida de Felipe foi uma situação de violência policial. Ele gostava de uma jovem da escola com quem já havia se relacionado na infância, mas, certo dia devido aos padrões de comportamento “nervoso” (sic) ele a ameaçou. Entende-se que estes padrões de comportamento agressivo revelam um aspecto social, a que homens são submetidos, a incorporação da masculinidade e virilidade como um comportamento e personalidade esperadas no gênero masculino. Assustada com a ameaça recebida, a jovem chamou a polícia. Felipe foi agredido pelos policiais como forma de retaliação e levado à prisão, onde permaneceu por algumas horas. Esse episódio de violência policial ficou marcado, tornando-se um dos eventos traumáticos que antecedeu às primeiras crises.

Passou uns anos, a gente voltou a se interessar, mas eu era muito nervoso. Daí ameacei ela. Foram falar para ela que eu queria matar ela. Falaram para ela, ela chamou a polícia, o policial pegou eu e o meu colega, eu estava na frente de casa, me colocou dentro do camburão, levou numa quebrada assim. E batia, batia, batia, batia. E ele falava, cadê a arma? Cadê a arma? Eu não tinha arma nenhuma. Aí sabe o que eles fizeram? Liberaram ele [o amigo], falaram vai, pega uma arma de brincadeira da tua casa e fala que é dele. Sabe o que o policial fez para me deixar mais nervoso, colocou a mocinha e a mãe dela no mesmo camburão que estavam me levando. Aí a mãe dela falou assim, ‘esse aí é vagabundo, ele comanda a Vila’ e eu não era nada disso. Isso foi uns meses antes de ser internado, mas foi um gatilho. Me tiraram do camburão e ela saiu da frente do carro, começou a chorar, se arrependeu de ter feito aquilo, sabe? Aí fiquei numa sala e eu fui preso. Fiquei 2 horas preso. Daí deu 2, 3 horas, minha mãe apareceu, foi me tirar de lá (Felipe).

Felipe relata que teve um amigo que faleceu afogado em um lago por não saber nadar. Após essa perda, ele começou a ter muitos sonhos e reflete: “Eu acho que o gatilho da doença foi quando eu sonhei” (sic). Ele descreve que sua experiência com as vozes teve início aos 17 anos, período em que teve três sonhos. Esses sonhos aparecem justamente na fase de transição da atividade profissional de estudo e início da idade adulta. No entanto, o papel que esses sonhos adquirem na **hierarquia de motivos** de Felipe passam a ocupar uma função significativa e orientar sua atividade, ao se deparar com as contradições da dinâmica de vida e trabalho, a escassez de recursos e possibilidades. É neste contexto que Felipe passa a apresentar o que foi identificado depois como delírios de fuga.

Para Felipe, esse período da adolescência foi marcado por diversas questões relacionadas à violência, à fragilidade de possibilidades de desenvolvimento e à perda de um colega próximo. Conflitos internos, associados às relações interpessoais, aos êxitos e fracassos de seus planos e desejos, também aparecem nesse período. Entre esses conflitos, destaca-se a frustração por não ter conseguido seguir a profissão do pai.

Já no caso de Janaíno, o jovem refere ter sofrido bullying na escola durante a adolescência, o que constitui uma das possíveis **vivências traumáticas** que colaboram para a posterior apresentação das vozes. Embora tivesse alguns amigos, ele destaca que sua convivência era marcada, principalmente, pela presença de "inimigos" na escola. Este contexto o deixava assustado, com um medo importante, por temer se machucar. Esses episódios de um medo desorganizador apareceram durante a idade pré-escolar, e seguiram até a vida adulta. No entanto, a escuta de vozes só apareceu a partir dos 30 anos de idade, no entanto ele foi diagnosticado com esquizofrenia aos 18 anos, pois tinha episódios de “delírio não bizarros e persecutórios”, por acreditar desde pequeno que iria sofrer algum acidente.

Tinha amigos. Alguns deles, a maioria deles eram amigos que gosto, mas eu tinha alguns que eram inimigos. Me procuravam para fazer mal contra mim. Me davam chutes, rasteiras, eu caía no chão. Eu tinha medo dos inimigos na escola. [...] Dá a impressão que eles gostavam de fazer isso, só para se divertir, chutando e me dando ponta pé, me dando rasteira (Janaíno).

Janaíno refere um uso de maconha entre os 16 e 17 anos, mas um uso restrito, cerca de nove vezes. Ele associa o uso da droga ao início de suas crises, marcadas pelo retorno de pensamentos persecutórios e com conteúdo de catástrofe, guiados pela fantasia e pela imaginação. Dessa vez, porém, os pensamentos eram relacionados ao fim do mundo, permeados por uma visão apocalíptica semelhante à ideia de um inferno, onde todos seriam condenados a queimar por toda a eternidade.

Comecei a observar coisas assim, vinha na minha cabeça [...] que um dia o universo todo ia se transformar em fogo, o espaço inteiro, ia se transformar em fogo e nós íamos procurar a morte, para escapar desse sofrimento, [no entanto] a gente não ia conseguir, e vamos ficar pra sempre queimando nesse fogo (Janaíno).

Buscamos apresentar como a gênese da escuta de vozes está associada a **vivências traumáticas**, incluindo diferentes tipos de abuso, como o sexual, a violência física ou psicológica. No caso de Janaíno, embora ele não descreva explicitamente ter vivenciado violência física, parece haver um impacto relacionado à violência sexual em seu psiquismo. Quando questionado sobre possíveis episódios de abuso, ele nega ter passado por algo semelhante ou conhecer alguém próximo que tenha vivenciado, mas relata ter ouvido casos na televisão, alimentando um medo de ser acusado de algum incidente envolvendo abusos.

Acho que na televisão que eu ouvi. Fiquei sabendo que um senhor de idade abusou de uma menina menor de idade. Fizeram uma entrevista com ele, porque ele abusou da criança. Eu sabendo dessas coisas que acontecem no noticiário e tudo... Eu também comecei a ficar com medo, né? [...] Medo de acusações, medo de algum acidente. E daí alguém ia levar mal (Janaíno).

Janaíno nunca teve relacionamentos amorosos, e grande parte de seus desconfortos está ligada ao fato de nunca ter se casado, namorado ou tido relações sexuais. Quando aborda esse tema, sua fala tende a ser desorganizada. Ele utiliza o termo “cosquinha” para se referir a algo relacionado à intimidade, o que parece ser uma maneira de mencionar o ato sexual.

Ah, elas [as vozes] falam assim... de uma intimidade. [...] Coisa assim igual homem e mulher casado sente nos relacionamentos. [...] Quando um passa a mão no corpo da outra. E é uma coisa agradável que o corpo sente através das mãos [...] As pessoas que fazem um com o outro, esse amassamento, elas sabem que num namoro o casal cede (Janaíno).

Quando questionado se já passou por algo semelhante, Janaíno relata que sua tia já lhe fez “cosquinha” (sic). Embora ele não mencione explicitamente qualquer experiência de violência e negue ter vivenciado situações desse tipo ao longo da entrevista, esse relato fica implícito uma possível situação de abuso ou assédio, ainda que sem evidências concretas ou detalhamento.

Às vezes, pessoas que brincam comigo, às vezes, às vezes é até mesmo uma tia, às vezes. Às vezes uma tia brinca comigo, às vezes gosta de brincar [...] E na escola, um colega, fazendo com uma colega. Lá na escola e... E chegou piá lá e fazem nela, às vezes (Janaíno).

Por este relato de Janaíno nota-se uma espécie de alienação, um estranhamento de tudo aquilo que circula a sexualidade. Parece haver um processo contínuo de repressão da sexualidade, posteriormente, expresso pelo delírio enquanto denúncia ou necessidade do que foi silenciado. Já no caso de Hortência, que cresceu na área rural, por muito tempo ajudou na criação de animais e nas tarefas domésticas, apoiando a mãe na cozinha. Durante sua infância, frequentou a escola por um período, mas descreve ter passado por bullying, o que considera uma **vivência traumática**. Colegas de classe a chamavam por apelidos e constantemente a provocavam, o que a levou a abandonar os estudos. Hortência completou até o oitavo ano antes de deixar a escola.

Com o acidente do pai, sua mãe passou a precisar de maior ajuda em casa, portanto, este episódio somado à vivência de bullying, colaboraram para o afastamento de Hortência do ambiente escolar. Após sair da escola, passou a se dedicar integralmente às atividades domésticas. Costurava roupas, tanto para a família quanto para outras pessoas, preparava o almoço, limpava a casa e o terreno, e também carpia. Com isso, deixou de viver a infância para assumir responsabilidades no cuidado da casa e no apoio à mãe.

Já no caso de Pedro, um homem negro de 69 anos, nota-se um processo diferente, uma série de vivências de negligência. Pedro viveu toda a infância e adolescência em um colégio interno, onde permaneceu dos 9 aos 18 anos, tendo estudado até a quarta série. Criado pela madrinha até os 9 anos, Pedro nunca chegou a conhecer os pais biológicos e cresceu sem a presença de um cuidador próximo. Frente à ausência de vínculos familiares, internalizou a responsabilidade pelo próprio cuidado e desenvolvimento pessoal a si mesmo. Como refere na seguinte fala: "Eu só achava que eu que tinha que me virar" (sic). Sua principal rede de convivência eram as outras crianças do colégio interno. O processo que o levou ao colégio foi marcado por uma abordagem institucional e distante, sem grande participação ou mediação da família em sua trajetória.

E nem foi eles [os padrinhos] que me trouxeram, foi a polícia que trouxe, do juizado Menor. Marcaram o dia para mim, só falaram que eu ia para um colégio. Chegou o dia os policiais me pegaram e viemos de trem até [outro município]. Eu fiquei na delegacia uns quatro dias, dormindo na delegacia. Só que eu era menor ainda. Da delegacia para lá, já me trouxeram para o internato (Pedro).

No colégio interno, Pedro residia, estudava e trabalhava, nos tempos livres ajudava a cuidar da horta da escola e trabalhava no cultivo de alguns alimentos. Ele conta que sua rotina era rigidamente organizada, com horários definidos para trabalhar, ir ao rio, tomar banho, jogar bola, realizar tarefas, e se alimentar. Foi nesse ambiente que Pedro internalizou muitas regras, e o processo de construção do autocontrole da conduta em sua infância esteve diretamente ligado às normas estabelecidas pela instituição. No período em que viveu no colégio interno, as relações e mediações daquele contexto moldaram profundamente a estrutura de sua personalidade, seu psiquismo e o desenvolvimento de relações sociais.

Pedro relata que, durante certo período, um grupo de meninos o convidou para participar de atividades com as quais ele não concordava, como roubar e fumar. Foi nesse momento que começou a definir seus próprios interesses e desejos. Ele passou a se aproximar de outras crianças da cidade que jogavam futebol, criando uma rede de amizades que ia além dos limites do internato. Ao falar de suas experiências, Pedro não se aprofunda emocionalmente, demonstrando uma tendência a racionalizar os eventos de sua vida, um certo embotamento. Essa postura embotada e racional parece revelar a alienação das relações capitalistas, das contradições às quais foi submetido, do drama da negligência e fragilidade de vínculos ao longo da vida, como uma forma de proteção emocional.

Foi um pouco difícil no começo, né? Porque eu não conhecia ninguém. Então no começo foi um pouco triste. [...] Eu ficava pensando... o que eu vou encontrar pela frente, né? Ali é cada um por si (Pedro).

Em suma, neste bloco buscamos desvelar como as relações sociais capitalistas produzem processos orientados por uma lógica de dominação-exploração – violência, abusos, isolamento, negligência, maus-tratos. De modo que leva à produção de uma subjetividade cerceada, alienada. Breilh (2006) revela que o processo de saúde-doença não é resultado da exposição do indivíduo à fatores de risco, mas à imposição de riscos que o capitalismo insere aos indivíduos que vivem sob determinadas condições. Portanto, as vozes, ou o adoecimento seria um resultado deste psiquismo, que cria ferramentas para lidar com a realidade e suas contradições.

Ratner (1995) descreve a psicose como uma ruptura na socialidade, uma quebra de comunicação e interação com os outros, enraizada na falta de confiança em um mundo social comum. Sem apoio social, o indivíduo tenta construir um mundo próprio de forma solitária, mas esse esforço fracassa devido ao caráter antissocial desse mundo. Privadas de limites e definições sociais, as funções psicológicas ficam descontroladas e difíceis de resistir; o

indivíduo se sente inseguro ao expressar seus sentimentos e ideias, levando a uma perda de confiança para comunicar essas experiências (Ratner, 1995).

d) As relações sociais capitalistas, outras expressões da organização do trabalho e da transição para vida profissional

Neste bloco buscamos descrever como as relações sociais capitalistas e suas expressões nas relações de trabalho se configuram como circunstâncias desagregadoras – destacamos ainda que as relações sociais capitalistas se manifestam em todos os subcapítulos, no entanto frente à necessidade de categorização foi realizada esta divisão. Desta forma, iniciamos com o caso de Conrado. O início da atividade de trabalho para Conrado coincidiu com o começo do tratamento psiquiátrico. Conrado foi diagnosticado com depressão no início de sua vida adulta, por conta disso, iniciou o processo de medicalização com o começo de sua trajetória profissional.

Conrado começou a ouvir vozes quando sua companheira começou a planejar sua primeira gestação, ao imaginar que a medicação poderia afetar o desenvolvimento do feto, ela exigiu que ele interrompesse o uso da medicação psiquiátrica. Essa situação insere um drama em Conrado, como ele também desejava muito ter filhos interrompeu o uso da medicação, levando à produção das **primeiras vozes**. A interrupção do uso da medicação parece ter sido um evento bastante desorganizador e estressante para Conrado, é neste momento que se inicia o que ele identifica como “tensão nervosa”, relacionada a eventos experimentados como tensos e desafiadores pelo drama que inserem e pelo sentido importante que teriam.

Eu desejei ter um filho, pedi para minha esposa, que ela me desse um filho. Aí ela exigiu de mim que eu ficasse pelo menos 6 meses sem tomar medicamento, porque ela tinha medo que os remédios afetassem a criança, sabe? Aí eu fiquei 6 meses sem tomar remédio. Isso gerou muita tensão nervosa. E eu comecei a ouvir vozes e sentir uma energia saindo e entrando no meu corpo (Conrado).

Na época brava, quando eu trabalhava, e quando eu fui demitido, [as vozes eram] 80% negativas, mas eu já ouvi elogios. Também já ouvi análises críticas, zombarias, tiração. Então eu melhorei muito, meu estado emocional. Também estou respeitando mais meus limites. Evito sair muito de casa, frequentar certos lugares, eu não ingiro bebida alcoólica (Conrado).

Ao começar a ouvir vozes, Conrado informou somente seu psiquiatra e sua esposa, começando então o tratamento com haldol, diazepam e amitriptilina. Conrado comenta que isso não alterou sua relação com colegas de trabalho, dado que nenhum deles ficou sabendo

deste processo. No entanto, revela que o uso da medicação passou a interferir em seu desempenho no trabalho, pois sentia que os remédios o “dopavam” (sic).

Eu tinha um problema muito sério, sabe? Eu tomava haldol, amitriptilina e diazepam. Só que eles me dopavam. Se eu fosse tomar igual o médico receitava eu não conseguia desenvolver meu trabalho. Eu já tinha começado a ouvir vozes. Sentia uma energia saindo e entrando. E isso dificultava muito minha concentração e o rendimento no serviço, sabe? Aí eu passei a tomar o medicamento dia sim, dia não para conseguir trabalhar. Passei os anos todos assim, dessa forma (Conrado).

Conrado permaneceu trabalhando na siderurgia por 17 anos. Um dos elementos importantes sobre a permanência de Conrado no trabalho após o diagnóstico de esquizofrenia foi o apoio recebido por um colega, que ocupava o cargo de coordenador no setor em que trabalhava. O coordenador, que compunha a rede de amigos de Conrado, compreendia o processo de adoecimento psíquico pelo qual passava, por conta disso o apoiava e protegia em diversos momentos no trabalho, até que ele se aposentou e foi substituído por outro funcionário. Abaixo seguem alguns trechos em que Conrado menciona seu chefe no trabalho, e a intenção dele de protegê-lo.

Inclusive, uma vez eu fui denunciado por uma funcionária do outro setor, [dizendo] que eu estava dormindo na mesa. O remédio me dopava, mas o meu chefe falou assim, ‘eu conheço o problema dele’. Só falou isso, ele não deu maiores considerações (Conrado).

E meu chefe que dava uma certa segurança, só que um dia ele aposentou. Ele tinha me alertado: ‘Você se cuida porque alguém ficou de me substituir, pode cismar com você!’ E um dia eu fui demitido depois que ele se aposentou. Passou uns tempos, eu não estava bem, não conseguia desenvolver no serviço. [...] O meu serviço exigia algum conhecimento de informática e esse troço não entrava na minha cabeça. Eu não tinha concentração. Tomando haldol, amitriptilina, diazepam, eu não consegui desenvolver. Acabou que o meu coordenador me fez uma avaliação péssima. Eu sabia que eu ia ser mandado embora (Conrado).

Nota-se que a medicalização no caso de Conrado produz prejuízos, seja no relacionamento interpessoal com a esposa, seja no trabalho. No primeiro momento relacionado ao estigma que a medicação psiquiátrica possui e culpabilização do usuário pelos possíveis danos ao feto em desenvolvimento, no segundo a medicação está sendo excessiva, tendo um efeito sedativo no usuário, prejudicando-o em seu trabalho. No entanto nota-se que o acolhimento do meio social é crucial para a manutenção da autonomia e independência de Conrado.

Outra participante em que as vivências no trabalho também dão base às escutas de vozes é Anástacia. Quando realizava o curso técnico de enfermagem, seu estágio prático no hospital

coincidiu com o auge da crise pandêmica da COVID-19. Em março de 2020, ela estava trabalhando em um hospital, atendendo pacientes com complicações frente ao quadro de COVID-19, quando contraiu a doença. Este contexto intensificou as sensações em seu corpo, que Anastácia descreve como uma vibração, uma espécie de “energia” ao se conectar com outras pessoas. No entanto, essas sensações táteis passam a ser percebidas como dor.

No meio dele que eu tive a Covid, eu estava fazendo [técnico em enfermagem] toda feliz, dando tudo certo, aí veio um estágio presencial, no mesmo tempo que eu tive a Covid, no presencial eu comecei a ter pânico dentro do hospital, no presencial que eu digo na prática. Aí eu larguei tudo assim, porque eu não tinha mais o controle. Como tudo ficou ruim, eu não tinha mais aquilo de respirar e sentir força, ir lá em frente, ajudar uma pessoa, coisa de sangue, pessoa morta, as pessoas morrendo. Aí acabou meu superpoder (Anastácia).

Durante a pandemia de COVID-19, Anastácia enfrentou um conflito ao se ver impossibilitada de ajudar as pessoas em meio a uma emergência de saúde pública. No ambiente de trabalho, ao presenciar mortes e hospitais lotados, ela descreve a sensação de ter "perdido o controle do próprio corpo" (sic). Esse sentimento parece estar ligado tanto a seus processos emocionais – a perda do controle de seu corpo – quanto ao contexto global da crise sanitária e uma perda de controle generalizada. A perda de controle que ela descreve parece refletir o colapso estrutural dos serviços de saúde pública. Assim, o desgaste emocional provocado pelo trabalho em um cenário crítico desencadeou reações físicas intensas, é justamente nesse período que Anastácia começa a adoecer e a sofrer com essas sensações em seu corpo.

Eu tive Covid em 2022. Aí ferrou. Tudo isso que eu sentia e pirava se tornou ruim, se tornou insuportável. Eu comecei a ter uma coisa na vagina, de um aperto na vagina, e esse aperto subia e me dava espasmos no corpo inteiro. Eu não dormia, tinha pânico, crises e crises, não conseguia fazer mais nada, nem as funções do dia assim [...] Eu queria arrancar porque era uma coisa horrível (Anastácia).

Porque era bem terror, era horrível. Era um terror tão grande que dava medo até de ir ao hospital, sabe? Porque eu lembro que quando eu tinha taquicardia, eu tinha coragem de ir ao hospital. Eu chegava no hospital e falava: ‘Estou morrendo, moço, estou morrendo’ e pronto, não dava um medo de morrer, não era medo do mundo. Agora, depois da Covid, era medo assim... Era um medão (Anastácia).

Ao passar pela pandemia de COVID-19, houve uma alteração no sentido da atividade, deixando de ser um trabalho estável para se tornar um ambiente que produzia medo e uma sensação de perda de controle. Já no que diz respeito ao caso de Aurora, aos 16 anos a jovem participou de uma simulação da ONU que requeria que ela se dedicasse significativamente à atividade de estudo. A cobrança e a pressão que compunham este evento levaram a um processo

crítico, à produção de uma desorganização, sendo um dos períodos que marca o início de uma crise.

E, nossa, foi quando eu parei de dormir [...] Eu ouvi vozes que eu considerava de demônios me dizendo que Deus tinha me abandonado porque eu tinha abandonado Ele. [...] foi quando começou a questão da perseguição. Eles falaram que agora eles estavam atrás de mim e que agora que não tinha mais nenhum obstáculo, eles iam me matar. Essa foi uma das noites mais tensas da minha vida, eu não dormi, as vozes não paravam e falavam coisas ao mesmo tempo, discutiam entre si. Também eu ouvi muitos barulhos, eu achava que tinha alguém entrado na minha casa e que tinha alguém que ia me matar, matar minha família. Eu fiquei paralisada. E, depois dessa noite, a paranoia não passou. Eu não consegui olhar para o relógio, eu não conseguia olhar para espelho porque eu acreditava que tudo eram portais, os demônios iam entrar por ali e vir me pegar. Assim que eu fui para a simulação da ONU passou. E as vozes pararam, pelo menos por alguns meses eu acho que eu não ouvi nada (Aurora).

A pressão e cobrança social frente a um evento com significado social relevante para uma jovem no período de transição para a atividade profissional de estudo, leva a um movimento de dedicação intensa, privação de sono, entre outros processos que culminam em uma crise. Aurora passou a ouvir vozes cada vez mais agressivas e persecutórias e desenvolveu uma paranoia em relação a objetos da casa, como espelhos e relógios, acreditando que eram portais. Entende-se que Aurora presencia as pressões e opressões do trabalho sob a lógica do capital, a cobrança intensa produz processos emocionais relacionados à ansiedade e ao estresse.

Além disso, a simulação da ONU possuía um sentido pessoal para Aurora, representando uma experiência importante em sua trajetória acadêmica e profissional. Especialmente entre os 15 e 18 anos, momento em que os adolescentes começam a assumir uma postura mais séria em relação ao trabalho e se interessam cada vez mais por atividades socialmente úteis (Moro Rios, Rossler, 2017). Pode-se dizer que esse evento marca uma transição da atividade de comunicação íntima e pessoal para a atividade profissional de estudo. Observa-se que essa crise no desenvolvimento coincide com uma crise de saúde mental, caracterizada pela agudização da sintomatologia psiquiátrica, conforme descrito por Dell'Aqua e Mezzina (1991).

No presente caso, há uma relação dialética com os processos cognitivos do desenvolvimento psíquico de Aurora, especialmente durante a segunda fase da transição da adolescência. Nesse período, surgem novos desafios escolares e maiores pressões, exigindo operações mais complexas de pensamento e demandando uma modificação das funções psicológicas superiores. O acúmulo de conhecimentos leva a exigências cada vez mais elevadas de generalização e abstração, desenvolvendo-se o pensamento teórico, voltado ao entendimento

dos princípios e leis gerais da realidade. Surge também um crescente interesse em transformar essa realidade (Moro Rios & Rossler, 2017).

Segundo Laurell (1989), existem processos particulares de adaptação que conferem características próprias ao nexó biopsíquico, determinando processos de desgaste. Este processo de desgaste físico, emocional e cognitivo pode ter ocorrido em resposta à pressão do contexto e às crescentes demandas sociais, que se assemelham cada vez mais às exigências da atividade profissional e do trabalho.

Um dos fatores associados à manifestação das vozes em Murilo está ligado à frustração por não conseguir se inserir no mercado de trabalho, o que parece estar relacionado diretamente aos seus processos emocionais mais atuais. As vozes também apresentam um conteúdo negativo e dizem coisas sobre Murilo de forma depreciativa, principalmente referindo-se ao fato dele estar desempregado.

Às vezes, eu ficava acordado a madrugada toda, e na minha cabeça parecia que eu sabia a rotina de todos os meus vizinhos, sabe? Parece que eu via eles indo trabalhar, sabe? Eu sabia que as pessoas estavam indo para a escola. [...] É como se alguma coisa na minha cabeça dissesse para mim que eu poderia adivinhar o que as pessoas estavam fazendo, sabe? A sua rotina. É como se fosse algo que tentava me manipular, acreditar em algo que realmente não fazia sentido, algo que não existia (Murilo).

Porque eu via os meus colegas saindo de manhã para ir trabalhar, sabe? Eles saíam de manhã para ir para a faculdade, sabe? Eu via como se estivesse adivinhando a rotina de toda a minha vizinhança, sabe? Só que eu percebia que era algo da minha cabeça, mas eu ouvia as pessoas falando: "Murilo, eu vou trabalhar, você não trabalha", sabe? Eram umas coisas assim (Murilo).

O conteúdo das vozes de Murilo parece sinalizar uma necessidade e, ao mesmo tempo, um incômodo frente às pressões e exigências sociais em direção à produtividade. O adoecimento de Murilo parece estar relacionado à presença de uma contradição, por ser um homem em idade produtiva e ocupar o exército industrial de reserva. As vozes ao se tratarem de uma expressão do indivíduo reprimido, cerceado frente às imposições/repressões do meio social no capitalismo, desvelam os sentimentos e as emoções mais particulares silenciadas. Murilo começa a ouvir vozes entre os 16 e 18 anos, período em que a atividade principal é a atividade profissional de estudo.

Tipo assim, eu entrei em algumas empresas e eu não consegui ficar muito tempo trabalhando, não consegui seguir o ritmo. E eu não sei geralmente se isso é algo por conta da esquizofrenia ou se realmente é algo normal que acontece com qualquer pessoa. Porque teve empresas em que eu consegui ficar um ano e três meses, um ano e quatro meses, outras eu fiquei alguns meses, seis meses, e teve outras que não deram

certo, que eu fiquei um mês, um mês e meio, dois meses, porém não me dei muito bem com o ambiente (Murilo).

Receber um diagnóstico psiquiátrico acaba sendo um elemento que leva Murilo a questionar sua capacidade produtiva. Há uma conexão entre os comportamentos agressivos e a ideia de virilidade masculina, associada ao conceito de "dispositivo da eficácia" descrito por Zanello (2020), que envolve a expectativa de que os homens demonstrem eficácia tanto no trabalho quanto na esfera sexual.

Ah, cara, eu sinto muita raiva e sinto um certo descontrole, sabe? Eu não consigo me controlar. Eu xingo, xingo mesmo. Dependendo da situação, posso até agredir uma pessoa, sabe? E eu sinto uma raiva muito forte, sabe? Eu sinto como, tipo assim, como se eu estivesse me vingando daquelas pessoas, como se elas tivessem feito algo para mim, sendo que elas não fizeram nada (Murilo).

Esse dispositivo impõe aos homens uma exigência de virilidade produtiva e sexual, já que, culturalmente, o "homem de verdade" é visto como o provedor ou aquele que conquista várias mulheres. A masculinidade, nesse contexto, exige uma performance que se distancia da passividade e dos estereótipos associados à feminilidade. Trabalho e atividade sexual se tornam pilares da virilidade, funcionando também como forma de subjugar outros homens ou entrar em conflito consigo mesmo.

Além de uma pressão histórica e social, por não ocupar o papel que lhe é esperado, Murilo enfrenta um drama pessoal ligado à sua exclusão do mercado de trabalho. Assim, as vezes que ele escuta parecem refletir esse tensionamento, revelando sua angústia por não conseguir se estabelecer como força de trabalho e permanecer no exército industrial de reserva.

Leontiev (2004) aponta que os processos de alienação surgem da desconexão entre o resultado objetivo de uma atividade humana e o motivo que a impulsiona. Em outras palavras, o conteúdo objetivo da atividade se distancia do subjetivo, dos motivos para produção daquele objeto/atividade. Levando a um sentimento de estranhamento, ao desenvolvimento da consciência alienada. Murilo parece apresentar este estranhamento dado que o motivo que o impulsiona na atividade de trabalho é esvaziado, pela simples pressão por trabalhar — tanto o angustia que o adocece.

Sem contar que às vezes você acaba pensando em coisas, tipo assim, "Estão falando que eu não gosto de trabalhar", sabe? "Meus irmãos se incomodam por eu não estar trabalhando", sabe? Aí quando eu vou conversar com eles, eu vejo que não tem nada a ver, que eles não estão nem pensando naquilo que a mente tenta empurrar para mim, entendeu? (Murilo).

Murilo reconhece que as vozes falam sobre o que ele “não quer ser” (sic) e, ao mesmo tempo, parecem também expressar aquilo que ele não conseguiu alcançar — ou seja, aspectos de sua história e de sua realidade que produzem um conflito interno. Ele sente que, ao estar desempregado, depende excessivamente da mãe, e isso o incomoda. Assim, as vozes sinalizam e denunciam suas próprias inquietações e o drama pessoal que ele vive – principalmente a impossibilidade de cumprir com o dispositivo da eficácia, por não corresponder a virilidade laborativa.

Geralmente as vozes falam tudo aquilo que eu não quero ser, que às vezes a minha consciência tenta colocar na minha cabeça, pelo fato de eu estar desempregado. Às vezes eu escuto vozes falando: "Cara, esse Murilo aí é mó vagabundo, é mó encostado. Esse Murilo aí fica explorando a mãe dele, fica vivendo às custas da mãe e do pai dele, tem 29 anos e ainda não mora sozinho. Esse Murilo não tem namorada, não tem filho, não tem carro, nunca foi para outro país, não tem faculdade" (Murilo).

As vozes que Murilo ouve parecem ser as vozes da própria sociedade movida pela competição, pela exploração do indivíduo pelo indivíduo, pelo modo de produção capitalista. Ao buscar o INSS para se aposentar, surge uma nova contradição, a aposentadoria foi negada, pois, segundo o médico da perícia, ele estaria apto para trabalhar. Essa situação intensificou seu sofrimento e angústia, pois, além de ser improdutivo, um “vagabundo” à margem da sociedade, ele também não é reconhecido como inapto pela medicina. Portanto, ele acaba ocupando um "não lugar" – não é considerado incapaz de produzir, tampouco consegue trabalhar de fato.

O processo de trabalho também foi presente no caso de Amélia. Ao chegar no Japão, ela começou a trabalhar em uma fábrica de peças de computadores. Amélia descreve uma pressão intensa para realizar o trabalho, além de longas jornadas, exaustão e condições precárias. Foi nesse contexto que as vozes começaram a surgir. Amélia também menciona um colega de trabalho com quem dividia a rotina e as atividades, mas que frequentemente a deixava sozinha, forçando-a a realizar todas as tarefas por conta própria.

Eu saí do banco, fui para o Japão. E aí eu trabalhava muitas horas por dia. Eu chegava a trabalhar nove, dez horas por dia. Eu não me alimentava. [...] Eu trabalhava numa fábrica. [...] Era uma fábrica de peças de... Acho que não era de automóvel, de computador! [...] Foi aí que eu comecei a me sentir perseguida. Ouvir vozes [...] (Amélia).

Nossa, eu trabalhava muito. Trabalhava sábado, trabalhava domingo. [...] A gente vai fazendo e pensa que não estafa, que não estressa, mas estressa, né? A gente tem que parar. Era das oito às nove da noite. E aí eu ia de bicicleta, voltava de bicicleta. [...], mas era bem... Eu fiz trabalhos diferentes. Mas não é isso, sabe? É o fato de humilharem a gente. Você tem que fazer as coisas sob humilhação. Isso que é difícil (Amélia).

Amélia descreve que seu problema não era com o trabalho em si, pois gostava de trabalhar, para a economista, o trabalho proporcionava autonomia e "mais independência" (sic). No entanto, quando foi para o Japão, o sentido do trabalho mudou. Ainda que anteriormente, quando trabalhava em um banco, também cumpria com metas e possuía cobranças, houve uma mudança nas condições de trabalho. Amélia se deparou com uma condição ainda mais precarizada, subalternizada de trabalho. De modo que a atividade profissional adquiriu um caráter angustiante, tornando-se um espaço de frequentes humilhações e ameaças.

[...] o problema não é tanto trabalhar. É, por exemplo, ser punido porque faz algo errado. É por um erro que você faz. E aí você é punido por aquele erro. [...] Por exemplo, eu tinha contas pra fazer, aí eu não sei exatamente... Assim, por exemplo, eu tinha que atender telefone, e eu não sei fazer isso em japonês. Ia ser cobrada por algo que eu não consigo fazer. Isso, pra mim, é difícil. [...] Eles eram ameaçados, né? (os trabalhadores) [...] eu conseguia desenvolver as tarefas, mas assim, o pior mesmo, eu acho, é ser ameaçado, sabe? [...] É comum porque tinha meta para isso e aquilo de produção. Assim... quem trabalhava em setores mais leves não né (Amélia).

Aqui no Brasil, a gente erra, mas a gente consegue corrigir o erro da gente, e seguir em frente. No Japão não, parece que é uma cobrança maior. Não sei se é porque a gente é imigrante, não sei exatamente. E lá se exige que você faça, que você seja rápido. Então era um ritmo diferente. Talvez se eu tivesse me adaptado né, mas eu não consegui me adaptar não. A língua, a alimentação. Eu fui pra lá em julho. Era verão no Japão. Quatro e quinze da manhã, aquele sol, sabe? O céu azul, aquele sol, aquele calor. Aí dentro da fábrica era super quente e oito horas da noite ainda era claro assim, sabe? Eu acho que também se eu tivesse conseguido me alimentar melhor, aqui eu ia ao banheiro todos os dias, lá porque eu não me alimentava muito bem, eu ia ao banheiro a cada três dias. E aqui eu estava acostumada com comida de molho, com molho, com carne, com fruta, né? E lá não. Lá era uma porção de arroz, uma sopa de missoshiro e uns cubinhos de tofu e mais nada (Amélia).

Amélia reflete que houve em sua história uma série de opressões, as punições dos patrões, a pressão por comunicar num outro idioma, as ameaças, o ritmo de produção, a condição migratória, a alimentação o clima. Portanto, o adoecimento de Amélia estava relacionado tanto pelo desgaste da reprodução social naquele contexto, assim como expressões deste contexto na singularidade, na rotina, nos hábitos de vida de Amélia.

Posteriormente, Amélia conclui que as vozes da Yakuza (máfia japonesa) podem ter surgido como uma forma de mantê-la produtiva, de impeli-la a continuar trabalhando após vivências reais de opressão, sendo a Yakuza um símbolo cultural da opressão e exploração no Japão. Diante de uma ameaça real, sob a figura de um chefe que a humilha e ameaça, seu psiquismo responde a este contexto estressante com vozes ameaçadoras.

Portanto, cria um mecanismo psíquico que produz medo e desconforto semelhante, que reproduz a violência passada, estruturado pela própria atividade imaginativa. Revelando todo o sentimento de insegurança que passou a ser sua estadia no Japão. Como revela Amélia: “[as vozes] é uma forma de ameaçar a gente a trabalhar. Ser produtivo. Porque o sistema capitalista é assim, né? Você tem que gerar riqueza, você tem que ser produtiva” (Amélia).

Eu acho que é uma cobrança interna, sabe? É uma cobrança de mim pra mim mesma. Então, tipo assim, é, deu pra fazer, eu faço, se não der ficar pra outro dia. Se né, tiver que ser pra aquele dia daquele jeito (Amélia).

No caso de Felipe, a crise de desenvolvimento parece se entrelaçar com uma crise de saúde mental. Na época, trabalhava como boleiro e o ambiente de trabalho era marcado pela precarização e uma carga excessiva. Os sonhos de Felipe estão relacionados aos delírios, pois compuseram enquanto material da imaginação/ fantasia como recurso psíquico para fugir daquele contexto, daquela realidade de trabalho. No entanto, ao ser orientado pela imaginação e seus pensamentos pelos afetos, distanciando-se da realidade concreta, passa a adotar comportamentos de risco. A atividade orientada pela fantasia ganha centralidade e ocupa um papel em sua **hierarquia de motivos**.

Eu saí de lá e tive três sonhos. Eu sonhava que eu pulava um campo, e pulava um muro. E eu achei um campo e quis realizar os sonhos. [...] Tinha um campo de futebol, tinha um muro, e era gigante. Era alto e eu pulei. Estava em surto, pulei aquele muro, caí lá embaixo. Não sei como eu não me machuquei. Depois saí lá de dentro da mata, pulei o muro, escutei latidos de cachorro. Eu pulei do lado do cemitério pra sair na rua [...] Daí comecei a escutar vozes (Felipe).

A primeira vez que eu internei foi com 17 para 18 anos. Com 17 anos eu trabalhava em uma empresa. Não sei se foi para você que eu falei que eu era boleiro... lá começou a doença. Porque eu comecei a passar mal, porque não tinha descanso e eu tinha que fazer... era muito sobrecarregado na empresa [...] é, aos 16 já estava ruim, eu não sabia, mas já estava. Quando eu estava trabalhando de boleiro, lá já começavam as vozes de grandeza. Eu achava que eu tinha que converter todo mundo, né? (Felipe).

Felipe começou a ouvir vozes que diziam: "Ah, saia daí, não dá mais para você ficar aqui, não fique trabalhando aí, ele não te paga os direitos" (sic). Felipe apresenta um maior nível de consciência sobre as vozes, interpretava isso como um "pensamento de desespero" (sic). As primeiras vozes que ele ouviu pareciam refletir seu desconforto, alertando-o a deixar o trabalho, como se fossem mensagens de um conflito interno, um drama segundo Achilles, sinalizando suas necessidades não atendidas. A crise, portanto, surgiu frente à obstrução no seu processo de desenvolvimento. Ao mesmo tempo, surge a fantasia de que ele precisava encontrar Deus, novamente, a explicação místico-religiosa como resposta e justificativa para a realidade quando não há nenhuma outra explicação que promova sentido.

Na história de Pedro a relação com o trabalho está intimamente ligada com a produção e expressão das vozes. Aos 18 anos, Pedro decidiu interromper os estudos e mudar-se de cidade para encontrar um emprego. Sua primeira oportunidade formal foi em uma fábrica de borracha, onde conseguiu seu primeiro trabalho com carteira assinada. Pedro começou a trabalhar na fábrica aos 18 anos e permaneceu até ser afastado, por volta dos 47 anos, momento em que inicia seu processo de adoecimento. De modo que dedicou 30 anos à função de operador de máquina nesta mesma empresa.

Começou primeiro o esquecimento. Esqueci o nome dos companheiros. Esqueci o que eu tinha que fazer. Depois que mudou para vozes. Eu fui obrigado a me encostar pelo INSS (Pedro).

E não fui mandado embora, eu estava trabalhando, né, só que daí eu comecei a ficar doente. Comecei assim, essas vozes vinham. Enquanto eu estava trabalhando, eu esquecia o nome do companheiro de serviço. Não me lembrava o nome do colega que eu estava trabalhando junto. Tinha que ficar perguntando o nome da pessoa. E aí foi piorando mais. Passou a ter uma tremedeira nas pernas. Aí me encostaram pelo INSS. Faz dez anos que estou encostado (Pedro).

O adoecimento de Pedro começou a se manifestar por meio de esquecimentos e perda da memória de curto prazo. Ele passou a não se lembrar dos nomes dos colegas e das tarefas que precisava realizar no trabalho. Esses episódios levaram ao seu afastamento por duas semanas, período em que ele se sentiu angustiado com a possibilidade de ser demitido. Quando retornou ao trabalho, os sintomas se intensificaram: Pedro começou a ouvir vozes que o instigavam a cometer atos violentos contra os outros e contra si mesmo.

Mas enquanto eu estava trabalhando, eu só esqueci o nome da pessoa, não tinha essa intenção de matar a pessoa. Depois que eu me encostei de vez, que eu saí do serviço, aí piorou. Parece que eu senti falta do serviço. Aquelas vozes parecem que piorou. Começou a me perturbar cada vez mais. Então, daí eu fiquei... sem sentido das coisas, né? (Pedro).

Mas assim, foi quando eu pegava o ônibus que começou. Pessoal da noitada, falando alto. Aquilo ali me incomodava, sabe? Então começou assim essas vozes. O pessoal parecia que estava mexendo comigo. Aí eu queria ir lá tirar satisfação (Pedro).

Ele descreve que os sintomas começaram com episódios de esquecimento, evoluíram para tremores nas pernas e, por fim, surgiram as vozes, intensificadas pelo medo da demissão em meio a uma crise financeira. As vozes iniciaram quando Pedro retornou do afastamento, após alguns pedidos de afastamento, Pedro ficou inseguro e começou a temer a possibilidade de demissão. As vozes surgem novamente como uma ferramenta psíquica, para lidar com este conflito interno, a possibilidade de ser demitido quando a vida toda teve de aprender a se virar sozinho.

Ele afirma não ter sido informado sobre o conteúdo do seu laudo médico ou sobre uma hipótese diagnóstica e, até hoje, não conhece seu diagnóstico clínico. Sem receber qualquer orientação sobre acompanhamento psiquiátrico ou especializado, foi ele mesmo quem procurou o CAPS em busca de ajuda.

Eu não retornei mais ao serviço, né? Então, quer dizer que eu não sei se eu tô aposentado, eu sei que eu tô recebendo, né? Enquanto o médico não deu alta... recebo benefício. [...], mas daí eu procurei o CAPS porque eu não estava com medicamento, né? Então, eu estava cada vez pior. Aí que eu procurei o CAPS, porque eu estava pior (Pedro).

A gênese das vozes em Pedro pode estar relacionada aos processos cumulativos de uma sobrecarga no trabalho. Pedro costumava chegar ao serviço muito antes do necessário e trabalhava no turno da noite. Para ele, o trabalho parecia desempenhar um papel simbólico de "substituto da família", algo que ele valorizava profundamente. Ele se orgulhava de ser o funcionário mais antigo da fábrica, o que reforçava sua identidade e conexão com aquele ambiente.

Não sei se é porque eu não dormia bem à noite, porque eu trabalhava de noite, né? O cansaço no corpo, eu já estava cansado. Eu acho que por causa disso que piorou o esquecimento das coisas. Aí do esquecimento passou para as vozes. [...] De dia eu dormia muito pouco, porque qualquer barulhinho você já se acorda, passa carro de som falando. Então, quer dizer, eu dormia muito pouquinho. Trabalhava de noite. Era das dez às seis, sete horas da manhã (Pedro).

No caso de Pedro, a carga física era imposta pelo trabalho mecânico como operador de máquina, envolvendo movimentos repetitivos e esforço físico no manejo da borracha. Por outro lado, a carga psíquica estava associada ao trabalho no turno da noite, que provocava sono irregular e, em algumas ocasiões, privação de sono. Esse padrão, ao longo do tempo, gerou uma sobrecarga psíquica devido à tensão prolongada.

Para compreender a relação entre o processo produtivo e os nexos biopsíquicos de uma coletividade de trabalhadores, é essencial considerar o conceito de carga de trabalho junto ao de desgaste (Laurell, 1989). No caso de Pedro, o desgaste resultou na perda de capacidades biológicas e psíquicas, evidenciando um conjunto de processos biopsíquicos que culminaram em seu sofrimento.

A jornada de trabalho de Pedro era longa e exaustiva, ele cobria o turno da noite, por residir na região metropolitana, ele saía do trabalho às 7h e só chegava em casa por volta das 11h da manhã. Costumava dormir à tarde, mas relatava que o barulho da rua frequentemente atrapalhava seu descanso, conseguindo dormir apenas cerca de 4 horas por dia. Além disso, Pedro muitas vezes fazia horas extras na fábrica e trabalhava nos finais de semana. Ele descreve episódios de privação de sono, chegando a ficar até dois dias sem dormir, o que agravava ainda mais seu desgaste físico e mental.

De vez em quando eu fazia... eu pegava um serviço sexta-feira e ia embora só segunda-feira de manhã. Fazia hora extra. E aí eu pegava e... ficava mais ou menos umas 48 horas sem dormir. Isso é que foi me afetando demais. [...] O cansaço. Onde eu me encostava eu estava dormindo (Pedro).

Pedro iniciou seu acompanhamento no CAPS em 2009, enquanto ainda mantinha vínculo ativo com o trabalho. Nesse mesmo ano, passou por um período de melhora, mas percebeu o retorno das vozes após participar de um encontro familiar, onde um membro da família fez um comentário irônico sobre seu tratamento. Durante uma sessão com a psicóloga, Pedro desabafou: *"Meu trabalho era minha coluna, agora derrubou"* (sic). Ainda em 2009, enquanto permanecia afastado e sem clareza sobre seu vínculo de trabalho, as vozes se intensificaram. O temor de ser demitido e a incerteza de conseguir outro emprego, especialmente devido à sua idade, agravaram seu sofrimento e contribuíram para o aumento dos sintomas.

O trabalho desempenhou um papel profundamente significativo na vida de Pedro, não apenas como fonte de sustento, mas também como elemento central que orientava suas relações e sua trajetória pessoal. Com o acerto recebido durante a transição de nome da empresa, ele conseguiu realizar o sonho de comprar uma casa. Dessa forma, o trabalho não apenas possibilitou a organização objetiva e concreta de Pedro, mas também contribuiu para sua organização psíquica e para o desenvolvimento de um processo de estabilidade em sua vida.

[O trabalho] era importante, porque era a minha sobrevivência, né? Eu não tinha outra escolha. Tinha que trabalhar para poder pagar as coisas, ter as coisas. E hoje, graças a Deus, eu comprei uma casa. [...] Primeiro Deus, depois o serviço. Porque sem o serviço não tinha ninguém pra me ajudar, eu sozinho. Então, o serviço pra mim era tudo (Pedro).

Quando Pedro conheceu sua companheira tinha cerca de 45 anos e relata que, até então, nunca havia se envolvido em um relacionamento. Durante a adolescência e a vida adulta, seu único foco era o trabalho, que sempre ocupou um papel central em sua hierarquia de motivos. Para Pedro, o trabalho e a atividade profissional representavam não apenas uma fonte de sustento, mas também uma oportunidade de ampliar suas possibilidades de vida.

Porque eu tinha em mente só trabalhar e organizar minha vida, né? Eu não gostava de ficar parado, apesar de que eu não tive lugar para morar, eu gostava de andar bem arrumado. Então, eu pensava muito em trabalhar só, arrumar um serviço e trabalhar. Não gostava muito de ficar andando de noite. Então, eu gostava mais de me organizar primeiro, para depois pensar em namorar, em ter uma mulher, né? Porque ter mulher sem ter casa, sem ter um serviço, para morar, para poder trabalhar, aí fica difícil, né? Já era difícil sozinho, quem dirá em duas pessoas (Pedro).

Segundo Ratner (1995), o trabalho e o desemprego são fatores que desempenham um papel significativo no desenvolvimento de quadros psicóticos. O autor observa que, em uma sociedade burguesa, o trabalho é essencial para o sucesso, o contato social, a segurança, a autoestima e a organização das atividades cotidianas. Assim, "o desemprego devasta os fundamentos culturais disso tudo, ocasionando redução do contato social, ansiedade generalizada, desconfiança, desorganização das atividades da vida e baixa autoestima" (Ratner, 1995, p. 212).

No caso de Pedro, o desemprego teve um impacto crucial em sua saúde mental, uma vez que foi após o afastamento do trabalho que ele começou a ouvir vozes. Além disso, as condições de trabalho extenuantes e precarizadas constituíram processos críticos que colaboraram para a intensificação de seu quadro clínico, contribuindo para a manifestação e a gênese das vozes.

O presente subcapítulo revela que as relações sociais capitalistas são uma fonte importante de produção de adoecimento psíquico. Vale destacar que isso não se limita apenas às relações de trabalho exploratórias e abusivas, mas a toda a forma de organização da sociedade de classes. Nota-se dentre todos os participantes deste estudo, que a maioria - Amélia, Aurora, Pedro, Felipe, Murilo, Conrado e Anastácia - apresentaram processos de adoecimento relacionado ao trabalho.

As relações de trabalho sob a lógica da acumulação promovem o individualismo e a competitividade, a disputa por maior produtividade, sendo os funcionários impulsionados a atingir metas. Aqueles que não alcançam esses objetivos sentem-se culpados e tendem a se isolar, ou são punidos de alguma forma. Ratner (1995) revela que estes são exemplos de comportamentos normativos vigentes.

Ratner (1995) define a doença mental como uma atividade psicológica culturalmente desorganizada resultado das pressões sociais destrutivas, que frequentemente, envolvem necessidades psicobiológicas que não conseguiram ou frente à impossibilidade de serem atendidas. Essas práticas destrutivas desorientam, despersonalizam, desvalorizam e intimidam as pessoas, retirando delas o apoio e a estabilidade necessários. Elas colocam as pessoas em situações contraditórias e insustentáveis, forçam-nas a realizar atividades indesejadas, retirando o sentido na atividade (Ratner, 1995).

e) O acesso a cuidados e à escolarização na relação com as circunstâncias desagregadoras

Neste bloco foi realizada uma síntese dos processos na vida dos participantes que dizem acerca dos acessos a cuidados, à escolarização e como se relacionam com as circunstâncias desagregadoras. No período da vida em que Conrado vivenciava essas situações mais intensas de sofrimento e prejuízos à sua saúde mental, não havia a Política de Saúde Mental nos moldes atuais e, portanto, ele não teve possibilidade de acessar um serviço especializado para seu acolhimento.

Aproximadamente em 1979 eu planejei suicídio, sabe? Eu comprei uma moto, fiz um seguro de vida para minha mãe. Eu planejei tudo, eu ia dar de cara com uma carreta. Aí eu falei com o meu psiquiatra que estava com ideia suicida. Ele me deu aquele livrinho... é uma bíblia que tem Salmos, provérbios e o novo testamento, sabe? Aí falou assim: 'ó, meu filho, você já está medicado, vá para casa, leia este livro, faz uma oração, pede ajuda para Deus.' [...] Comecei a ler, fiz uma oração. Senti um pequeno alívio dentro do meu crânio, sabe? Aí eu pensei assim, será que Deus existe mesmo?

Será que ele é bom? Só pensei assim, eu não vou me suicidar, não. Aí tirei esse troço da cabeça. Foi assim que aconteceu (Conrado).

Em 1979, havia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o qual era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuía com a previdência social. Supõe-se que no presente caso, o acompanhamento realizado por Conrado estava restrito ao acompanhamento do médico psiquiatra do Inamps, ou um atendimento particular.

Um fator que parece ter colaborado para a recuperação de Conrado se dá em vista das respostas do meio social frente a sua condição. O acolhimento recebido do psiquiatra parece ter contribuído para sua melhora, mas não depende exclusivamente deste aspecto. Neste caso em específico o médico utilizou de um recurso, da tecnologia leve para acolher seu paciente, assumindo uma postura mais humanizadora e promovendo a construção de vínculo. Entende-se que não é possível realizar generalizações a partir do comportamento deste profissional, pois como afirmam Almeida e Gomes (2014), a medicina historicamente vem se apropriando e normatizando uma série de aspectos da vida social.

Dessa forma, é possível afirmar que determinados comportamentos, respostas positivas do meio social em direção à proteção do indivíduo, levam a uma alteração das tendências destrutivas que estavam em curso, emergindo outras a favor da produção e reprodução da vida concreta dos mesmos. Não é possível afirmar que todos os profissionais da medicina utilizam de tecnologias leves ou promovem proteção dos usuários do serviço de saúde, tampouco é possível afirmar que a religiosidade/ espiritualidade é promotora de desenvolvimento, e de cuidados em direção à proteção, emancipação e autonomia do indivíduo. No entanto, o acesso a bons cuidados em saúde redundam em processos críticos protetores (Breilh, 2010) contra o curso dos adoecimentos e obstruções ao desenvolvimento pleno.

Uma das hipóteses que temos construído diz respeito ao impacto das respostas do meio em relação à experiência de escuta de vozes e como essas respostas podem contribuir para um desfecho positivo. No caso de Aurora, a primeira pessoa a perceber que Aurora ouvia vozes foi seu psicanalista, que em uma sessão lhe perguntou se ela conversava com os anjos. O acolhimento oferecido por esse profissional parece ter favorecido um desfecho positivo, pois ele a escutou sem julgamento ou estigma, apoiando o desenvolvimento de seus processos sem recorrer à institucionalização.

Eu já tinha 12 anos e os meus pais me colocaram mais uma vez na terapia, eu fiquei até os 13 anos de idade com um analista e ele foi a primeira pessoa a perceber que eu

ouvira vozes. Ele perguntou: "Você conversa com os anjos assim?". E aí eu falei: "Ah, sim". Eu não sei qual foi... o que motivou a escolha dele, mas eu não... Isso não resultou em nada, a minha mãe não ficou sabendo, eu não fui encaminhada para um médico e tudo mais (Aurora).

A minha mãe foi quem me apoiou nesse processo a partir do momento em que eu entrei na jornada psiquiátrica, foi a minha mãe quem esteve lá, e não só ela esteve lá, mas ela foi central assim no meu continuar o tratamento, no meu me dar apoio, no meu decidir viver mesmo (Aurora).

Ao longo de sua trajetória, Aurora nunca passou por processos de institucionalização. Ainda que a jovem tenha apresentado um desfecho positivo, Aurora permanece inserida no circuito psiquiátrico, logo que o manejo inicial dos sintomas foi através da psiquiatria. É possível notar que todos os participantes da pesquisa adentraram ao circuito psiquiátrico, sejam aqueles que frequentam grupos autônomos de ouvintes de vozes, sejam usuários de um CAPS. Apenas Hortência, Felipe, Janaíno e Nanda, todos usuários de um CAPS, passaram por internamento.

Aqui se faz importante mencionar o conceito de medicalização social, a partir das contribuições de Almeida e Gomes (2014). Com a consolidação do monopólio médico a partir do fim do século XIX e o avanço tecnológica da medicina, a ciência se direciona a uma apropriação progressiva de várias dimensões da vida humana, buscando explicar e normatizar seus processos a partir do paradigma biomédico (Almeida; Gomes, 2014).

Conforme apontam Almeida e Gomes (2014) um aspecto importante no processo de medicalização social envolve a ampliação do patológico e a restrição da normalidade, manifestando-se por três mecanismos principais. O primeiro é a flexibilização dos critérios diagnósticos, incluindo cada vez mais condições antes consideradas normais (Almeida; Gomes, 2014). O segundo mecanismo é a criação de novas categorias nosológicas, transformando comportamentos e estados subjetivos em patologias, já o terceiro mecanismo consiste no incentivo à prevenção baseada na gestão individual de riscos à saúde, muitas vezes assumindo um caráter coercitivo (Almeida; Gomes, 2014).

No decorrer de seu desenvolvimento, Aurora começa a questionar alguns pensamentos e percepções que tem de si mesma, buscando informações sobre sua experiência com as vozes. Nota-se, nesse processo, reações de sua personalidade que visam restabelecer uma coerência entre a realidade externa e sua experiência pessoal de sensopercepção. Nesse movimento de tomada de consciência, Aurora se depara com o conceito de psicose.

Eu acreditava que tinha um demônio de um aplicativo de celular que vinha atrás de mim, que vinha me matar. Isso era tão fora da curva, principalmente para uma pessoa

que vinha em um processo de se desvincular da religião, eu fiquei intrigada e incomodada. E foi a primeira vez que eu parei para refletir: tem alguma coisa errada comigo? E foi quando eu comecei a questionar se eu não era louca. Foi quando eu comecei a pesquisar, na internet mesmo, relatos de experiências parecidas. Foi quando eu encontrei o termo "psicose" pela primeira vez (Aurora).

Após esse processo de tomada de consciência, Aurora buscou ampliar sua rede de apoio, o que trouxe uma mudança significativa em seu **sistema de significações**. Ela passou a frequentar outros espaços que fornecessem acolhimento, logo que as vivências ao longo da vida foram marcadas pela fragilidade de vínculos. Essa mudança na atividade religiosa, levou ao desenvolvimento de uma sensação de pertencimento a uma comunidade, passando a mediar os sentidos e significados, levando-a a desenvolver uma nova interpretação para as vozes. A transição para essa nova atividade e sistema de significação teve um efeito restaurador em sua personalidade.

Eu acho que foi no grupo [de ouvintes de vozes], ou talvez tenha sido no terreiro, as duas coisas estão tão ligadas [...] que eu cheguei a essa conclusão: "Nossa, eu tenho esse diagnóstico, meu diagnóstico é transtorno esquizoafetivo, mas, caramba, eu sou mais do que esse diagnóstico. Esse diagnóstico não é suficiente para resumir a minha experiência. Eu consigo lidar com essas vozes". E foi quando eu comecei a desenvolver minhas estratégias. Foi quando eu voltei a conversar com as vozes [...] isso não foi um movimento só do grupo, também foi do terreiro, porque algumas vozes eu entendi que eram meus guias, que falavam comigo, ou tentavam falar comigo (Aurora).

Já no caso de Murilo, a mãe que é trabalhadora da área da saúde foi acionada pelo jovem quando decidiu buscar ajuda, sendo ela a principal rede de apoio. Com a suspensão do uso de substâncias, Murilo começou a apresentar sintomas de abstinência, e paulatinamente começa a apresentar delírios persecutórios. Dentro de alguns dias, Murilo começa a ouvir vozes. Diante desses sintomas, a mãe o acompanha até um CAPS, onde foi diagnosticado com esquizofrenia.

Eu falei para ela: "Mãe, é o seguinte, eu estou usando drogas, não estou me sentindo muito bem. Tomei algumas atitudes que eu não sabia reconhecer o porquê" e eu falei que precisava de ajuda (Murilo).

[...] até que chegou um momento em que eu parei de usar drogas, parei um pouco de ficar usando e o fato de eu ter parado, eu acredito que ela começou a desencadear esse problema, sabe? (Murilo).

Até que ela me encaminhou para o CAPS aqui perto de casa. Aí fui ao CAPS, passei por duas psiquiatras, passei pela assistente social. De início, ninguém sabia ainda o que eu tinha, elas estavam estudando o meu caso, até que eu fui explicando que eu ouvia vozes, que eu não conseguia dormir, às vezes eu ficava dando risada sozinho, sabe? Bem eufórico assim (Murilo).

Entende-se aqui que o caso de Murilo também é marcado pelo processo de medicalização social, logo que essas modificações no comportamento, alterações na personalidade, que representam esse desenvolvimento atípico acabam sendo transformadas em estados patológicos. Já no caso de Amélia, a economista não conseguiu retornar ao trabalho após episódio de crise no Japão, tendo de retornar ao Brasil. Quando chegou, sua família a levou a um psiquiatra, onde recebeu o diagnóstico de esquizofrenia e iniciou a medicação. Um ponto importante para o desfecho positivo no caso de Amélia foi a resposta acolhedora do meio, das pessoas ao seu redor.

Ela teve o apoio contínuo da família durante o processo de recuperação e não passou por um processo de institucionalização. Ainda que Amélia tenha apresentado um desfecho positivo, a participante também está inserida no circuito psiquiátrico, pois a primeira resposta ao seu quadro de desorganização psíquica foi a medicalização.

Eu nunca fui internada, por esquizofrenia. Mesmo quando eu tentei aquele veneno de rato nos meus filhos, meu pai queria me internar. Aí o médico disse que não ia resolver, e eu poderia piorar. Então, o que que ele fez? Ele deu medicação e me mandou pra casa. Mandou tomar medicação em casa. E realmente, aí meu pai ficou comigo, eu dormi, depois eu melhorei (Amélia).

Entre os 28 e 40 anos, Amélia passou por cerca de oito “surto psicóticos” (sic), como ela mesma descreve, e, durante esse processo, enfrentou uma tentativa de suicídio. Entende-se que as explicações místicos-religiosas surgem quando o indivíduo não consegue explicar sua experiência de outras formas, na carência de uma explicação válida surge a religião. Nota-se que Amélia recorreu à religião frente à ausência de explicações possíveis, neste contexto acabou recebendo acolhimento de pessoas da comunidade religiosa.

Quando eu voltei do Japão, eu achei que eu tinha que morrer, sabe? Eu tentei suicídio, tomei todos os medicamentos que eu encontrei em cima da geladeira, aí me levaram ao padre Bento. Aí eu voltei. Depois de um mês eu estava bem. Depois de um mês eu estava andando pela cidade, eu tentei trabalhar novamente, mas eu estava bem. Só que eu deveria tomar medicação continuamente. E é difícil, né? A gente aderir ao tratamento (Amélia).

Em razão do acompanhamento terapêutico, de uma mediação sensível e acolhedora às suas especificidades e particularidades, Amélia passou a desenvolver uma melhora significativa do quadro psicótico. Não escuta mais vozes e desenvolveu um processo de tomada de consciência, marcado pela mudança radical da consciência social e sobre si. Frente a uma

postura bastante acolhedora de sua psicóloga, Amélia tem consciência que talvez ela já não estivesse bem e o processo migratório foi um evento desagradador do seu psiquismo.

Segundo minha psicóloga, o surto não surge de um momento para o outro. Provavelmente, eu já não estivesse bem. Então, o Japão foi uma eclosão desse "eu não estar bem". Pode ser que eu tivesse surtado no banco? Não sei. Eu só sei que eu ficava muito cansada, porque eu tinha uma rotina de trabalho, de casa, de vida, muito acelerada. E eu ficava muito estressada com a sobrecarga de atividade. Então, o que eu procuro fazer hoje? Não me sobrecarregar. Então, eu trabalhava duas vezes por semana. Eu procurava não sobrecarregar. Eu procuro não sobrecarregar, mesmo medicada (Amélia).

Eu sei que ela [a yakusa] existe. Que ela é real, mas eles estão à procura de quem? De pessoas que tenham dinheiro. Eles vão querer pobre? Não vão querer pobre! Então eu tô fora dessa relação, já não me querem mais. Eles querem pessoas ricas, eles querem... Pessoas que eles tenham interesse e de alguma forma gerem dinheiro pra eles. E eu não tenho, não tenho nada disso. Então, eu não me preocupo mais com isso [dá uma gargalhada]. A Yakusa ia me querer para que? Para nada né (Amélia).

Passando para o caso de Felipe, a conclusão do ensino médio foi um processo crítico protetor. Ainda que tenha interrompido os estudos, conseguiu retomá-los e finalizou o ensino médio. Ele descreve ter enfrentado dificuldades ao frequentar a sala de aula, relatando que passava mal, especialmente durante o segundo ano, quando começaram as crises. Observa-se que participantes com maior nível de escolaridade tendem desenvolver um maior nível de consciência sobre si.

Além disso, este processo de autonomia em relação aos familiares é resultado, em parte, do maior acesso à escolarização, o que possibilitou a Felipe trabalhar em diferentes momentos de sua vida e alcançar independência financeira. Ao longo de sua trajetória, ele exerceu diferentes atividades de trabalho, embora muitas delas estivessem inseridas em contextos de maior precarização. Após seu último internamento, Felipe decidiu retornar à igreja, pois encontra nela um espaço gerador de sentido e uma relação de comunidade, que proporciona suporte diante de seu contexto de fragilidade de vínculos e frente às experiências com as vozes. Em 2021, iniciou o acompanhamento no CAPS e, desde então, não teve mais nenhum episódio de crise ou desorganização psíquica.

No caso de Felipe, identifica-se o que Basaglia denomina como o "duplo da doença". Basaglia argumenta que, além do sofrimento psíquico em si, pacientes internados em hospitais psiquiátricos eram acometidos por uma segunda doença, de natureza social e institucional, gerada pelo ambiente de internação (Basaglia, 2018). Basaglia define o "duplo da doença mental" como a face institucional da loucura, que surge dos processos de objetivação e homogeneização dos indivíduos no processo de institucionalização (Amarante, 1996). A

doença nega a subjetividade e identidade dos pacientes, reduzindo os indivíduos a meros objetos dentro da instituição (Amarante, 1996). Situação que ocorreu com boa parte dos participantes usuários de um CAPS, como Felipe, Hortência e Janaíno.

Hortência não recebeu apoio do meio social ao perceber que estava ouvindo vozes. Ela nunca contou à mãe sobre o que estava acontecendo, então lidou com isso sozinha por muito tempo, até os 22 anos, quando teve sua segunda crise e precisou ser internada novamente. Foi então que sua mãe soube de sua condição e foi ela quem a levou ao hospital.

Ela me levou lá no médico, não era pra internar, mas a mãe não aguentava mais e me internou. Eu fiquei internada. Eu falava que tinha voz, que ouvia voz, [ela dizia] 'Que voz o que? Que voz? O que é isso? Pensa noutra coisa', ela falava. Mas eu ia fazer o que? Depois de um ano e pouco, eu ainda estava ouvindo as vozes. Foi difícil, um ano sozinha, veio com essas vozes, por último, [as vozes] falaram que eu ia morrer de câncer no fígado (Hortência).

Hortência relata que a experiência de internamento foi muito negativa, pois outros pacientes roubavam suas coisas. Ela também menciona que, devido ao uso de haldol, sofreu efeitos extrapiramidais, como uma crise oculógira. Na época, não recebeu nenhum medicamento para aliviar os sintomas, o que a fez sofrer com a visão distorcida por vários meses.

Eu dizia, disse nas vozes assim, você vai morrer de câncer no fígado. E eu coloquei na cabeça isso e aí pirei. Eu surtei. E aí, tinha que me internar. Foi muito difícil. [...] Não, só isso daí que eles falaram e eu pus na cabeça, mas aí falaram assim, calma, calma, não é, nós estamos brincando com você (Hortência).

Além de cuidar do marido acamado, que convivia com as sequelas do acidente, a mãe de Hortência também se dedicava a ajudar Hortência quando esteve em um período mais depressivo. Ajudando-a nas tarefas domésticas e atividades de cuidado, como trocar as fraldas das netas, lavar roupas e cuidar da filha. Ela foi uma importante rede de apoio para Hortência. Esse apoio foi essencial, especialmente porque o marido de Hortência estava desempregado. Alguns anos depois, seu marido conseguiu um emprego em outro estado, levando a família mudar-se para outra cidade, Hortência revela que uma das maiores tristezas de sua vida foi ficar sem a mãe, o pai e o irmão.

Quando se mudou de cidade por conta do trabalho do marido, Hortência deixou de ouvir vozes, mas tinha "pensamentos ruins" ou negativos, pois temia enlouquecer devido à "tanta ruindade" que sentia na cabeça. Esses pensamentos negativos estavam ligados ao medo de algo acontecer às suas filhas. Hortência guarda boas lembranças de sua mãe, que foi uma importante

rede de apoio durante a gestação e na criação das filhas. Sua mãe faleceu há sete anos, e Hortência ainda parece estar passando por um processo de luto.

No caso de Pedro, desde o momento em que foi afastado do trabalho, Pedro recebeu apoio significativo dos colegas, que o visitaram logo após ele deixar de frequentar a fábrica. O acolhimento do meio foi positivo: além do suporte oferecido pelos colegas, sua companheira permaneceu como uma fonte constante de apoio e cuidado.

Os colegas [do trabalho] vieram em casa me ver, como é que eu estava, como é que eu não estava. Até hoje ainda vão lá saber. No trabalho sempre tive [boas relações]. Acho que por isso que eu fiquei todo esse tempo na firma. Porque nunca tive discussão com nenhum colega de serviço, nada (Pedro).

No entanto a companheira também ocupou um lugar ambivalente nesta relação. De acordo com registros de prontuário de 2010, há relatos de que a esposa reclamava do fato de Pedro dormir muito, dizendo: "Se ele fosse trabalhador, ficava melhor" (sic). Essa fala reflete tanto uma cobrança individual da esposa, de que ele deixe de ser um "desocupado" e retorne a ocupar o papel de provedor da família. Como também reflete uma pressão social mais ampla, da sociedade sob a lógica da acumulação, de que os indivíduos devem exercer um papel produtivo na sociedade. Ao não atender às expectativas impostas, produz-se em Pedro um sentimento de fracasso. Pedro adoece, em grande parte, por não conseguir corresponder ao "dispositivo da eficácia", especialmente no que diz respeito à virilidade laborativa.

Atualmente, Pedro é um homem bastante ativo, dedicando-se à organização da casa e do terreno, além de cultivar e produzir alimentos em sua horta. Essas atividades de cuidado doméstico desempenham um papel importante, frente à impossibilidade de trabalhar, compensando essa ausência do trabalho produtivo, com o trabalho doméstico e reprodutivo. Podendo assim ser útil socialmente e mantendo, em algum nível, sua virilidade laborativa.

Como eu mesmo, em casa eu carpo, eu limpo as coisas, faço, ando pouco, então eu não precisei vim para fazer isso aqui [no CAPS]. Porque em casa eu que cuido disso, sabe? Então, eu me movimento um pouco, eu não fico parado. Para ver se esqueço das vozes, né? Parado, assim, trancado, que nem eu estava. Eu tomo remédio assim mesmo, mas pelo menos eu me movimento. E trancado como eu estava, eu fico pensando mais, daí fica pior. Então eu tenho que me distrair. Então eu faço as coisas em casa, para não ficar pensando nas vozes (Pedro).

Em resumo, este subcapítulo buscou apresentar como o acolhimento do meio social pode ser um processo crítico protetor para a experiência de escuta de vozes, e para o adoecimento em caso de sintomas psicóticos, levando a desfechos positivos. Entende-se que os

processos de escolarização também garantem aos indivíduos uma maior autonomia na idade adulta, por possibilitar a inserção em uma atividade laboral e a busca por novas oportunidades. Enquanto que a interrupção do processo de escolarização deixa o indivíduo limitado, cerceado como é o caso de Hortência, que interrompeu seus estudos levando a uma restrição à atividade doméstica e ao trabalho reprodutivo, atividade que permaneceu realizando pelo restante de sua vida.

5.2 Conteúdo das vozes na relação com a história de vida e com as experiências dramáticas indivíduo-meio

Um dos processos relevantes para a discussão da escuta de vozes, trata-se da análise do seu conteúdo. Dado que o conteúdo apresentado pelas vozes reflete aspectos da ordem do singular, a formação da subjetividade, a dinâmica da personalidade, aspectos da atividade desenvolvida, os processos emocionais. Ao passo que as vozes também refletem as relações sociais capitalistas, os processos de opressão, competição, exploração, relações de poder, e expressões da violência na sociedade. Assim, as vozes revelam aspectos da ordem do singular, particular e universal.

Conrado, por exemplo, ouvia vozes lhes dizendo coisas ofensivas, zombarias, afirmações sobre ele dizendo que é "doido" ou é "gay". Na nossa sociedade, ser considerado louco ou gay é carregado de um estigma social, pois são consideradas expressões desviantes do comportamento humano – a loucura por estar relacionada a uma ideia de periculosidade e desrazão, e a homossexualidade por não reproduzir valores da cisheteronormatividade.

A internalização de significados sociais negativos da loucura e da homossexualidade é acompanhada de sentimentos de inadequação e fracasso, pois estas particularidades estão associadas ao não cumprimento de papéis e expectativas sociais. O que fazer se sou gay e louco? Esse conflito interno da personalidade é nutrido pelo tom condenatório, negativo ou punitivo que as vozes assumem, mas também há conteúdos que realizam algum tipo de “resolução” simbólica desse conflito.

É fala assim que eu sou ruim. Eu sou doido. Que eu sou gay. [...] [O conteúdo das vozes] era mais de análise. Depois, passou para a zombaria, sabe? Às vezes ameaças. [...] Dependia de com quem eu estava presente. Por exemplo, às vezes as vozes conversavam entre si. [...] Tipo uma leitura de alma. [...] Falavam sobre ruindades, sobre bobeira (Conrado).

Há um consenso de que existe uma relação entre o desenvolvimento de sintomas de psicose e as questões de gênero, principalmente devido aos papéis sociais de gênero (Ratner, 1995; Zanello; Bukowitz, 2011; Zanello; Fiuza; Costa, 2015; Zanello, 2022). Entendemos que as relações sociais determinadas pela lógica patriarcal estabelecem normatividades que orientam comportamentos das pessoas, fazendo com que elas busquem se adequar aos papéis. Não estar nesse lugar de adequação é bastante oneroso, a pressão associada a esses papéis pode ser profundamente desestabilizadora.

Vejamos no caso de no caso de Anastácia, que as sensações advindas das pontadas ou da “energia vibrando” em seu corpo funcionam como uma espécie de alerta, sinalizando uma demanda de preservação, uma desconfiança da realidade - ambiente em que está, pessoas, alimentos e objetos que consome. A presença de uma sensação que indica o que ela deve fazer, revela uma contradição dialética, pois ao se deparar com um impasse/ dilema que não consegue resolver, o “mecanismo psíquico” das vozes surge como resposta, revelando ou denunciando uma necessidade interior, ou a própria percepção que, contudo, não é sentida como de si mesma.

Uma vez no centro da cidade, na pandemia, a minha cabeça falou para eu não ir por uma rua e aí eu falei: ‘Estou nem aí, eu vou’. Era pandemia, tudo fechado e tinha muita gente usando crack nessa rua. Eu falei: ‘Putz, eu devia ter escutado ela’ (a pontada) (Anastácia).

Agora, eu sei que, se eu quero ter atenção para [tirar] uma dúvida, aí eu presto atenção nela. E comida, quando eu encosto na comida ela fala sim e não. Mas eu também ando ignorando ela, bastante, na comida, mas quando ela fala não, é bem não. E quando ela fala sim, ela está superfeliz. Às vezes é entre uma banana e um mamão, entre um mamão e um abacate. Fruta eu adoro perguntar para ela de manhã. Tem dia que ela quer abacate, tem dia que ela quer mamão (Anastácia).

Anastácia “transfere” para um outro – ou pontadas no caso – os processos relacionados ao exercício da vontade, situações que requerem uma escolha ou uma situação dilema, pois vive um conflito interno. Por exemplo, ao escolher um alimento, isso pode parecer trivial; porém, quando descreve a incerteza sobre qual rua seguir durante a pandemia, emerge um aspecto mais dramático, no sentido de risco à sua existência ou integridade.

Como aponta Delari Junior, o conflito interno é um processo social tenso e dramático, que exige uma escolha entre agir ou não agir (Delari Junior, 2011). Anastácia participa de um grupo de ouvintes de vozes, o que tem lhe permitido maior clareza e compreensão sobre o papel das vozes como mensageiras, sinalizadoras. Em conversa com amigos, ela percebeu que as pontadas corporais parecem refletir pensamentos e emoções reprimidas e conclui: “talvez botar para fora me liberte” (sic).

Uma vez, no [grupo de] ouvidores de vozes, eu não estava bem, a gente começou a conversar, aí eles comentaram de um dia sentar em uma mesa e falar, botar para fora para eles falarem comigo. É como se estivesse entalado, uma coisa que ainda precisasse sair. Eu tentei também, não adiantou. Eu gostaria que talvez ficasse mais claro, com palavras e eu conversasse, desse mais realidade. Talvez botar para fora me liberte também, mas eu já tentei. Quis sair de dentro, pôr para fora para dar vida à voz. Mas não [deu] (Anastácia).

Anastácia percebe que esse processo reflete algo não elaborado internamente, uma necessidade sua que não foi expressa e que foge à sua consciência. Atualmente, continua convivendo com pontadas na cabeça, e reconhece o caráter limitante dessa resposta simples entre o "sim" e o "não". As pontadas assumem quase um papel de sujeito, "falando" com ela como se fosse uma pessoa, orientando-a em momentos de decisão e escolhas difíceis.

[...] porque [minha cabeça] fala comigo por pontadas. É tipo uma pontada do lado direito, em várias partes da cabeça. As pontadas do lado esquerdo [significam] "não" e pontadas do lado direito "sim". Já teve época em que esse "sim" e "não" se misturaram e mudaram. [...] Não sei, porque também ficar no "sim" e no "não" é muito... Não é? Tem outras variantes, mas ele é bem sim e não (Anastácia).

No que tange também aos conteúdos das vozes e momentos em que são escutadas, vê-se portanto que são significativamente contextuais, ou seja, remetem às situações ou circunstâncias potencialmente desagradadoras com forte conotação dramática ou que são passadas e lembradas como traumáticas.

Conrado reflete que os conteúdos das vozes passaram a ter um predomínio negativo, após sua demissão do trabalho. Existe uma relação entre o significado social do desemprego e os sentidos pessoais mais prováveis de serem produzidos ao nível da personalidade. Pensando nessas vivências singulares, o sentido pessoal que a demissão tem na base dos seus pensamentos acaba sendo associado a emoções de fracasso, desvalor de si, medo e ameaça.

Por outro lado, a sexualidade também é um processo crítico resultado da contradição indivíduo-sociedade, que provém de uma dinâmica moral, que regula e cerceia os comportamentos humanos, a partir de um determinado valor ou conduta. Desta contradição também é produzido um conflito interno, a partir da internalização das condutas morais e valores, levando à repressão/opressão dos corpos.

Frente às contradições da ordem da sexualidade surge em Aurora um questionamento: "Como posso ser freira e gostar de mulheres ao mesmo tempo?". Essa situação se apresenta como um drama, um conflito interno frente à relação dialética entre indivíduo e sociedade. Delari Junior vê o drama como uma expressão dos conflitos emocionais e sociais humanos,

caracterizando-o como um fenômeno psicológico onde emoções e intenções opostas se chocam, refletindo as tensões entre as forças internas e externas do sujeito.

O drama, nesse contexto, refere-se a um ato de vontade, à necessidade de tomar decisões frente aos diferentes papéis sociais que o indivíduo vivencia (Delari Junior, 2011). As vozes surgem como uma denúncia, uma manifestação psíquica do conflito interno – a sexualidade reprimida. Outro aspecto da reprodução social na sociedade capitalista consiste na manutenção dos padrões de cisheteronormatividade, este modelo é incorporado às subjetividades, internalizado na personalidade. Assim, os processos históricos de desumanização e marginalização da homoafetividade levam à produção de um sentido pessoal acerca da sexualidade relacionado a sentimentos de autocondenação e culpa.

Era muito condenatória até por essas questões de eu ser uma pessoa LGBT, então tinham todas essas questões que estavam aparecendo agora com muita força, tinha muita vergonha envolvida na religião, principalmente para uma pessoa como eu, que já considerava há por pelo menos um ano ser freira e tudo mais (Aurora).

[...] eu tinha muita vergonha, eu tinha muito medo de ir para o inferno e tudo mais. Eu tinha medo, por exemplo, de me masturbar, de pensar em meninas, de olhar para mulheres e ficar: "Nossa". Porque eu queria ser freira, não é? Então, as vozes estavam sempre me lembrando disso. 'Não, você tem que ser freira. Se você não for, você vai para o inferno... isso aí que você está pensando, isso aí é pecado' (Aurora).

A alienação do próprio corpo e desejo é resultado dessa relação contraditória com a moral. A educação religiosa tanto coage e reprime como acolhe e dá sentido. Esse conflito emerge em uma fase em que as relações íntimas com os pares são a atividade central na formação da personalidade. Para Delari Junior (2011), o drama da personalidade ocorre quando os processos volitivos, como atos de “eleição” ou “escolha”, colocam o indivíduo entre caminhos distintos, mas igualmente possíveis e concretos. O drama reside no choque entre duas hierarquias, ou o exercício de dois papéis antagônicos (Delari Junior, 2011). No caso de Aurora, o choque entre o desejo de ser freira e vivenciar relações afetivas com mulheres.

Aurora descreve que as vozes surgem quando está sozinha, sem estímulos externos, como sons e presença de outras pessoas. Nessas situações, sua atenção se volta para dentro, para suas próprias sensações e pensamentos. Isso sugere que os processos cognitivos têm uma relação direta tanto com o surgimento quanto com o conteúdo dessas vozes.

Olha, quando tem alguma coisa que me desorganiza, quando é um gatilho, quando eu termino um relacionamento, quando eu tenho algum problema no trabalho, quando eu estou ansiosa por alguma questão, definitivamente elas aparecem e aparecem mais. Mas eu acho que às vezes elas só aparecem em momentos que eu estou muito sozinha, então quando está muito silêncio, eu já desconfio (Aurora).

Aurora relata que, recentemente, passou a ouvir vozes durante relações sexuais com suas parceiras. Nessas ocasiões, ouve a voz de sua mãe chamando seu nome. Ela acredita que essas vozes começaram após um relacionamento que a afetou negativamente, interpretando-as como um mecanismo próprio para sinalizar ou denunciar um desconforto. Trata-se de uma forma de fala interna, uma voz interior — semelhante à função que a linguagem tem na infância, quando sinaliza necessidades. As vozes surgem como uma dinâmica da consciência (indicando que "isso não é bom para mim"), mas não se manifestam como um pensamento estruturado de si para si; ao contrário, aparecem como uma voz externa, remetendo ao funcionamento da linguagem-pensamento em fases anteriores do desenvolvimento.

Ou então as vozes falavam: "Sabe o que isso parece? Parece aquela vez lá que você transou com aquele cara e foi horrível". Tive algumas experiências meio ruins, principalmente no sexo com homens. Então, elas me lembravam desses momentos. Elas falavam: "Nossa, você é uma vagabunda, você é muito suja". "Você fez aquele sexo com aquele cara". Por mais que não tivesse um teor de falar do sexo que eu estava tendo naquele momento, com aquela pessoa, com mulheres em geral, era uma coisa que me atrapalhava (Aurora).

Nesse caso do sexo em particular, era porque elas queriam que eu refletisse sobre o que me leva a estar com as pessoas. Eu sei que isso parece excessivamente profundo para o conteúdo que elas trazem, mas é porque quando elas me lembravam de uma relação anterior e falavam que eu era suja, ou que eu estava fazendo algo de errado, elas estavam se referindo principalmente a momentos de mania mesmo, de euforia em que eu ia lá e eu dava para geral (Aurora).

Observa-se que o conteúdo das vozes surge também como uma espécie de mensageiro de um desconforto relacionado a uma experiência anterior. Conforme discutido na revisão de literatura, é comum em mulheres, vozes com um conteúdo misógino, reproduzindo falas machistas, utilizando termos como "vagabunda" e "suja" para se referir à mulher.

Portanto, o conteúdo das vozes expressa consigo a ideologia dominante, seu caráter sexista e objetificante dos corpos femininos – quando não está vinculado à maternidade e ao trabalho reprodutivo. Assim, entende-se que o conteúdo manifestado pelas vozes reflete aspectos da ideologia dominante e das relações patriarcais, reproduzindo discursos e dinâmicas próprias das relações sociais sob uma lógica dominação-subordinação (Saffioti, 2015).

Observa-se no caso de Aurora a predominância de vozes masculinas, com um claro gendramento das vozes: vozes com um conteúdo agressividade, de punição e violência são masculinas, enquanto que as vozes que transmitem cuidado, apoio ou orientação são femininas. Como a formação do psiquismo ocorre do inter para o intrapsíquico, as vozes refletem as contradições dos processos sociais, reproduzindo relações de dominação-subordinação.

Segundo Saffioti (2015), as mulheres são "amputadas" de seu desenvolvimento intelectual e da atuação em posições de poder, sendo socializadas para serem dóceis e desempenharem funções de cuidado. Já os homens são encorajados a desenvolver comportamentos agressivos e arriscados que reforcem sua força e coragem. Esse lugar, constantemente legitimado na sociedade, onde homens exercem sua força-potência-dominação sobre as mulheres (Saffioti, 2015), parece manifestar-se simbolicamente na escuta das vozes de Aurora.

Isso é uma coisa interessante, porque elas (as vozes) costumavam ser muito masculinas. Quando Deus falava comigo, era uma voz masculina. A maioria dos demônios era uma voz masculina. Hoje em dia, a maioria das minhas vozes é feminina, tem exceção de uma ou duas, e outras que eu sinceramente não sei identificar. São mais sussurros assim. Mas a maioria é feminina e inclusive, é porque assim, eu divido as minhas vozes (Aurora).

Passando para o caso de Murilo, a **gênese das vozes** está relacionada à interrupção do uso de substâncias, já que ele relata ter começado a sentir-se perseguido quando interrompeu o uso. Contudo, ao observar sua vida de maneira mais ampla, percebe-se que ele apresentava uma fragilidade de vínculos familiares, marcado pelo alcoolismo do pai e por frequentes brigas familiares. Esses fatores parecem ser **circunstâncias desagregadoras** que contribuem para o aparecimento das vozes. Além disso, Murilo vive na periferia de uma capital brasileira, um território marcado pela violência, pelo tráfico de drogas, disputas entre grupos organizados e confrontos com a polícia. O conteúdo das vozes que ele ouve reflete essa vivência, traduzindo aspectos da realidade no território.

Um dia, eu estava indo trabalhar e comecei a me sentir perseguido, sabe? Para mim, tinham pessoas, tinham bandidos querendo me pegar, me sequestrar. Umas coisas completamente sem sentido, sabe? Uma vez eu estava no metrô e eu falei para a minha mãe: "Não, mãe, eu acho que os caras do PCC vão me pegar". Aí a minha mãe falou: "Isso é coisa da sua cabeça. Fica calmo e tal (Murilo).

Entende-se, portanto, que as vozes reproduzem e manifestam conteúdos em acordo com o tônus emocional do indivíduo. As **circunstâncias desagregadoras** são situações críticas que produzem a desintegração psíquica no indivíduo, podendo estar relacionadas à internalização dos papéis sociais de gênero. Nota-se em Murilo, uma reação emocional quando alguma situação/atividade entra em conflito com o papel/posição de masculinidade, ou quando afastando-o de um ideal de "força-potência-dominação" (Saffiotti, 2015).

Então, tem situações que são gatilhos. Que nem, esses rapazes que eu falei do curso [de elétrica], que eu xinguei eles e tal, que eu fui super estúpido com eles? Eu percebi que na sala de aula eles eram pessoas muito brincalhonas, mas eles brincavam só entre eles três mesmo. Às vezes eles falavam uma coisa muito baixo, depois começavam a dar risada alto. Eu não sabia o que eles falaram, mas sabia que eles estavam dando risada de alguma coisa. Então, eu acredito que essas atitudes, claro que essas pessoas não têm culpa disso, mas eu vejo que pode ser um gatilho para eu acreditar que elas estão dando risada de mim, entendeu? (Murilo).

Em Murilo, é possível notar a cisão do psiquismo do indivíduo, de seus próprios motivos e desejos, quando ele diz que "a mente tenta empurrar para mim" (sic). Ele não reconhece que os conteúdos comunicados pelas vozes fazem parte da sua própria dinâmica cognitiva-emocional. Embora perceba que as vozes que escuta pertencem a pessoas do seu núcleo familiar, amigos e conhecidos – ou seja, conteúdos assimilados pela própria consciência -, também afirma: “não são coisas minhas” (sic). Esses processos estão relacionados ao conceito de **imaginação**, logo que o desenvolvimento do pensamento e da imaginação ocorre por meio da apropriação de elementos da própria realidade.

Então eu ouvia também as vozes do meu pai. [...] Eu ouvia vozes de pessoas que eu conhecia. Eu ainda ouço as vozes, porém eu consigo controlar mais, eu consigo identificar que realmente são vozes do além, que não são coisas minhas. São vozes que tentam fazer eu acreditar em coisas que não existem, sabe? Às vezes eu estou assistindo a TV, só que eu estou imaginando que um colega meu de turma fala mal de mim também, sabe? Como se ele estivesse me escutando na minha cabeça, como se eu estivesse lendo os pensamentos dele. [...] Pelo fato do uso dos remédios, eu consigo identificar isso e não prosseguir adiante com isso. Eu vejo: "Não, cara, isso é da minha cabeça, então não tem nada a ver, cara, vou focar em outra coisa aqui e já era", entendeu? (Murilo).

Ah, eu acho que elas são internas. Acho que é algo dentro da minha cabeça mesmo, sabe? E, tipo assim, tem pessoas que acreditam que fica alguém sussurrando no ouvido delas? Eu não, eu vejo que é fruto da minha **imaginação** mesmo, sabe? Algo que vem do interior da minha cabeça (Murilo).

Há uma contradição em Murilo, pois ele percebe as vozes ora como algo externo (do além), ora como algo interno (da sua própria cabeça). Essa percepção contraditória faz com que ele entenda as vozes como um produto de sua imaginação, mas, ao mesmo tempo, separa o interior de sua mente de si mesmo. Esse processo parece ter um papel, no sentido de um mecanismo de defesa, protegendo-o contra suas frustrações, perdas e insucessos. Em Murilo, está profundamente internalizada a necessidade de ser um homem produtivo, como um valor que define seu caráter e dignidade, e o trabalho surge para ele como um elemento fundamental que o integra e valida enquanto “indivíduo saudável”, inserindo uma percepção de saúde enquanto produtividade.

Então, eu ouvia muitas vozes de pessoas que eu conhecia, sabe? Teve momentos que eu acreditava que um vizinho meu falava mal de mim. Nós sempre nos demos bem, mas na minha cabeça eu acreditava que ele falava mal de mim. Às vezes, eu ia dormir, e eu escutava a voz de um amigo meu de infância. Como se ele estivesse me chamando de preguiçoso, sabe? Ou como se falasse: "Celoko, esse Murilo aí é mó um sem futuro do caramba" (Murilo).

Algo que me deixa muito vidrado, é a questão do trabalho, de estar desempregado, porque eu estou desempregado e houve empresas que eu fiquei dois meses e saí. Então, às vezes parece, não que seja isso, mas parece que as pessoas pensam: "Cara, acho que o Murilo usa esse negócio de doença só para não trabalhar", pessoas da minha família poderiam pensar isso, entendeu? (Murilo).

A única coisa que é um problema é o caso dos meus irmãos, que talvez possa ser coisa da minha cabeça, eu não sei, mas eu acho que eles pensam que eu sou uma pessoa um tanto acomodada, sabe? Pelo fato de eu já estar há três anos desempregado. Isso acaba me entristecendo um pouco. Talvez isso possa nem ser verdade, talvez eles nem liguem para isso, mas pelo que eu conheço deles, às vezes eu sinto que eles pensam: "Caramba, o Murilo não gosta de trabalhar e tal". Percebo que eles não entendem muito, que às vezes pode ser um problema sério, que eu não estou conseguindo me recolocar por conta de um problema de saúde, sabe? Por conta de um momento que eu esteja passando, sabe? (Murilo).

Esse Murilo aí não está com nada, não gosta de trabalhar mesmo, é um vagabundo". São coisas assim. Às vezes os meus sentimentos desencadeiam tipos de vozes de acordo com aquilo que eu estou sentindo, entendeu? (Murilo).

No caso de Amélia, alguns dos conteúdos apresentados pelas vozes diziam a Amélia para tirar a vida de seus filhos e a própria, afirmando que eles sofreriam e que a máfia os machucaria. Esse conteúdo, que sugeria matar os filhos e a si mesma, parece simbolizar uma tentativa desesperada de interromper o sofrimento intenso que ela vivenciava; o fim da vida, tanto deles quanto dela mesma, surge como uma expressão da angústia profunda e do incômodo que sentia. Entende-se assim que as vozes são mensageiras, e a crise surge frente à obstrução do desenvolvimento.

Não foi premeditado assim, mas eu fui ao supermercado, aí eu comprei um veneno de rato, porque eu queria envenenar os meus filhos e a mim mesma. Eu só sei que eu peguei na prateleira. Também não sei dizer quanto teria que dar, se era bom, se era ruim, não sei. Não sei dizer isso, mas eu nem abri a caixa. Ficou lá em cima do armário (Amélia).

Em diferentes momentos da vida de Amélia, o trabalho reprodutivo e a maternidade foram sinônimos de sobrecarga e desgaste. A experiência da maternidade surge como uma **vivência traumática**, algo que interrompeu sua atividade e afetou profundamente seu sentido de identidade. Como aponta Zeigarnik, há uma desintegração da personalidade e da atividade mental, associada a uma função que, para ela, gerava sentido: a maternidade. Na intenção de preservar a si, o psiquismo produz mecanismos para lutar contra esse desgaste, levando à

produção de vozes que dizem “mate essa criança”. A tentativa de destituição da atividade reprodutiva e do exercício da maternidade, como preservação de si.

Zanello (2023) propõe o conceito de dispositivo materno, que se refere a esse lugar de cuidadora que a mulher assume histórica e culturalmente, relacionado à divisão sexual do trabalho. Há uma contradição interessante, Amélia internaliza e se reconhece nesse papel – ao passo que tenta destituir a atividade reprodutiva, ela reproduz os papéis sociais de gênero. Com o processo de adoecimento ocorre uma obstrução da atividade materna, sofrendo ainda mais pela perda deste papel. Amélia relata com tristeza o momento em que, após a tentativa de suicídio, foi hospitalizada e precisou retomar a medicação, o que a impediu de continuar amamentando.

Então, era pra eu matar eles e depois me suicidar. Porque essas vozes diziam que eles iam ser torturados. Que eles iam sofrer. Aí meu pai estava comigo, né? E aí, aí ele impediu e mudaram de cidade. Aí viemos, eu, Maria e ele. Aí eu tomei todos os medicamentos porque eu queria morrer. Aí eu fui levada lá pro hospital. Aí levaram a Maria também, ela tinha dois meses. Tiraram toda a roupinha dela, fizeram ela andar sobre a maca para testar reflexo. Mas ela não tinha tomado nada, não dei nada pra ela. Não dei nada pra minha filha. Não dei nada para o Vicente. Só que eu amamentava e quando eu voltei a tomar medicação, eu não pude mais amamentar. Aquela noite que eu passei no hospital, ela chorou a noite inteira porque eu não estava lá (Amélia).

Ao suspeitarem que ela poderia ter envenenado os filhos, os profissionais de saúde afastaram a genitora de seus filhos e a amamentação teve de ser interrompida. Este afastamento pode ser considerado uma vivência traumática. Da mesma forma, no caso de Nanda as vozes pareciam atuar como mensageiras de um conflito interno e de um drama vivido. As vozes durante a infância e juventude relembavam situações vividas pela família, e o sofrimento carregado pela mãe, de modo que as vozes reforçavam um pensamento que Nanda tinha sobre si mesma, de culpa e responsabilidade pela precarização dos vínculos familiares, como afirma neste trecho: “Aí as vozes falavam para mim que era tudo minha culpa, que eu tinha feito tudo aquilo. Porque ele quebrou tudo em casa, bateu na minha mãe e na minha irmã muito” (Nanda).

Posteriormente, durante seu relacionamento, ela não queria que o marido mudasse de emprego, temendo as implicações dessa decisão em seu relacionamento e na criação das filhas, cuja responsabilidade já recaía inteiramente sobre ela. Além disso, Nanda via-se limitada, sendo sua autonomia restrita à figura do marido, ao viver em uma cidade do interior, sem saber dirigir e dependendo completamente do companheiro para se locomover.

Quando elas [as filhas] fizeram dois anos e meio, ele [ex-marido] falou que não ia mais trabalhar nessa empresa, ele ia trabalhar na outra empresa. Só que daí ele ia

viajar, ele não ia mais trabalhar aqui, ele queria viajar para fora. Eu lembro que começaram as vozes, falando assim que se ele fosse trabalhar, mudar de serviço, ia destruir a minha vida e a dele. Só que eu falei pra ele isso, ele não quis me ouvir (Nanda).

Eu comecei a me sentir sozinha só com as crianças. As crianças ficavam doentes, porque tinham bronquite, né? Nossa, eu sofria bastante para levar ao médico, foi bem difícil. [Antes] ele sempre estava junto, quando elas ficavam doente, ele dirigia e levava ao médico. Foi bem difícil quando ele não estava mais, a gente não tinha carro, foi bem complicado (Nanda).

Frente às ausências do marido, sobrecarga devido ao cuidado das crianças e desconfiança do próprio companheiro, Nanda entra em crise em uma das ocasiões em que o marido retorna de viagem. Nanda foi encontrada em um estado de extrema fragilidade, sem se alimentar e sem tomar banho, descrevia sentir medo em relação ao marido. A ausência recorrente do esposo acabou se configurando como uma **circunstância desagregadora**, agravando seu quadro e mobilizando ajuda.

Então ele tinha um primo, ele pediu ajuda para o primo dele, porque ele queria entrar dentro de casa, mas eu não deixava. Só que ele tinha medo que eu fizesse alguma coisa com as crianças, e eu não deixava ele entrar de medo dele fazer alguma coisa [...] Eles queriam proteger as crianças de mim, só que eu achava que eles queriam fazer mal para as crianças (Nanda).

Eu não tomava banho, eu não comia nada, não sei, eu não tinha fome, eu não dormia, eu só queria proteger as crianças dele. E eu não dormia pelo medo dele fazer alguma coisa para as crianças [...] não deixava nem a Maria ir para a escola, nem a Monique, e não deixava elas saírem [...] E às vezes elas queriam ir pra escola, eu não deixava, pensando que as pessoas iam matar elas. Daí comecei a achar que todo mundo estava me perseguindo, estava perseguindo as crianças (Nanda).

Eu achava que Jesus tinha voltado e eu tinha que ir com as crianças lá na igreja, porque o anjo ia buscar a gente lá. Então, eu queria ir e levar as crianças para a gente subir para o céu. Só que ninguém deixava eu pegar as crianças. Daí eles começaram a me segurar para não deixar eu pegar as crianças, foi bem difícil, porque eles me seguravam, e eu mordía eles, para me deixarem levar as crianças. Daí o [ex-marido] falou 'se ela quiser ir, deixe ela que vá, mas não deixe levar as crianças'. Só que eu, na minha cabeça, eu não queria ir pro céu sozinha, eu queria levar as crianças comigo. [...] Daí eu lembro que o [ex-marido] me levou e eles me internaram (Nanda).

Nanda foi internada em um hospital psiquiátrico, onde permaneceu por 20 dias. Durante esse período, mantiveram os processos de escuta de vozes: uma mulher entrou em seu quarto e afirmou que a carne que Nanda consumia no hospital era, na verdade, carne de suas filhas. Esse episódio ilustra a profundidade de sua relação conflituosa e a desconfiança em relação ao marido. Nanda se questionava repetidamente por que ele preferia viajar em vez de estar presente em casa para apoiá-la e cuidar das crianças. A crise que vivenciou reflete a expressão de um drama, uma vivência cumulativa de tensionamentos. O dispositivo amoroso a leva à produção

de sofrimento psíquico e adoecimento, dado que Nanda se coloca como responsável pelo trabalho reprodutivo e pela manutenção daquele relacionamento.

Eu achava que ele ia comer as crianças. Na minha cabeça, ele tinha matado as crianças e não sei de onde apareceu, aquela mulher lá [uma voz], e falava que aquela carne que eles colocavam no prato [do hospital] era carne das minhas crianças. [...] Só que ele falava que gostava bastante de mim, só que eu vi que ele mentia. Porque ele não queria ficar em casa, ele queria só ficar viajando, acho que ele não gostava nem de mim, nem das crianças. E eu lembro que ele ganhava dinheiro só que ele não comprava comida pra nós (Nanda).

Conforme mencionado anteriormente, Nanda enfrentou duas perdas gestacionais, o que desencadeou nela um profundo sentimento de culpa. Percebe-se que essa culpa se manifesta diretamente no conteúdo das vozes, refletindo seu sofrimento e a dor pela perda. Nanda passou a ouvir as vozes da criança falecida chamando por ela.

Eu me senti culpada, sabe? Comecei a me sentir muito culpada, assim. Eu pensava assim, 'acho que eu perdi por causa do anticoagulante' que eu estava tomando. Parece que eu escutava uma voz falando, 'mãe, mãe', me chamando, sabe? Aí foi piorando a depressão (Nanda).

A segunda perda gestacional ocorreu em decorrência de uma queda, a qual parece ter sido uma vivência traumática para Nanda, pois a usuária carrega consigo um sentimento de culpa, por ter permanecido em silêncio sobre o acidente e por ter sido questionada pelo profissional de saúde sobre o que ela havia feito. Após a perda gestacional, Nanda passou a ouvir vozes. Ela desejava enterrar o filho em casa, no entanto ela foi orientada pela equipe de saúde que isso não era possível, o que intensificou seu sofrimento psíquico. As vozes que começaram a questioná-la, porque não havia falado ao médico. Para Nanda, ela compreende as vozes como a voz de um anjo, que visava proteger as crianças.

E daí começou as vozes, "por que que você não falou pro médico que você tinha caído?" [...] Me senti bem pior. Eu queria trazer o nenê pra casa. Queria trazer o nenê pra fazer um velório e tudo. Só que daí como eu estava bem nervosa, o médico não deixou eu ver o nenê (Nanda).

Era a voz de um anjo! [Falava coisas] pra mim, me proteger, proteger as crianças. E daí eu comecei a me sentir mal, assim, porque quando eu começava a beber... quando a gente tinha alguma desavença com meu ex-marido, ele falava assim, "ah, você é assassina de bebê", falava assim pra mim. Porque eu tinha perdido as duas crianças. Daí que eu me sentia mais mal com isso que ele falava (Nanda).

Ao refletir sobre sua experiência, Nanda relata que as vozes continuam presentes, mas agora com um papel distinto na hierarquia de motivos e da atividade. Para ela, as vozes

aparecem como um tipo de aviso, assumindo conteúdos relacionados à proteção e, em alguns momentos, até à diversão. Ela as percebe como figuras protetoras em sua vida.

Eu tinha medo ainda das vozes, mas hoje eu não tenho mais medo. Eu gosto. Às vezes eu começo a dar risada. Eu descobri que a nossa casa tem que ser um pedacinho do céu. E que os anjos têm que morar na nossa casa (Nanda).

No caso de Felipe a espiritualidade e religiosidade ocupam um lugar central em sua vida, orientando sua relação com a realidade. Ele já frequentava uma igreja evangélica e descreve que ir para a igreja foi crucial para o estabelecimento deste sistema de significações, no entanto inicialmente ele define sua vivência como negativa, pois acreditava que tinha poderes e isso foi bastante desorganizador. Esses delírios que precisava encontrar Deus surgiram num momento de maior agudização do quadro, levando Felipe a apresentar comportamentos de risco.

[Eu tinha] Pensamento sobre Jesus, entendeu? Naquele tempo eu ia em outra igreja, eu acho... Eu acho que ter um problema [de saúde] e ir para igreja, naquele momento não me ajudou muito. Porque eu achava que eu tinha poderes, né? (Felipe).

No começo eu não dormia em casa. No meu bairro tinha um mato, sabe? Eu dormi uns 4, ou 5 dias lá e daí tinha um mercado. Eu ficava o dia na frente do mercado. Aí minha família ia lá, [pedia] para eu voltar pra casa, porque eu não voltava [...] eu achava que tinha que dormir na rua [...] porque eu queria encontrar alguma coisa diferente assim, entendeu? Ter um encontro com uma coisa diferente. Mas era doença [...] eu achava que quando eu saía andando, eu queria encontrar Deus (Felipe).

Felipe foi internado pela primeira vez aos 17 anos, após começar a ter delírios místico-religiosos, apresentava o desejo de encontrar com Deus, de ajudar as pessoas, por conta disso sentia uma necessidade de sair andando de casa. Ele ficou internado por dois meses. Ao longo de sua vida, passou por diversos internamentos, mas no último, descreve que o processo foi bastante iatrogênico, prejudicando sua recuperação. Durante esse período, seu pensamento permaneceu orientado por essas fantasias, as vozes diziam que sua família estava sendo maltratada e que a única via de salva-los era pelo suicídio.

É esse tempo, estava com uns pensamentos positivos ainda, sabe? Achava que eu tinha que fazer alguma coisa e ajudar os outros. [...] No começo foi coisa de sair de casa assim, né? [...] Mas daí os anos foram passando e os pensamentos foram ficando negativos, contrários. Hoje em dia eu luto contra o pensamento negativo e digamos assim ele vem só no ouvido, mas no coração ele não entra. [...] A esquizofrenia deixa com um pensamento negativo. [Elas falavam] você tem que morrer, entendeu? Não vale mais a pena. Vozes negativas (Felipe).

Aí passou vários anos, né? Na última internação, eu fiquei tão mal, tão mal que eu fiquei imaginando que aquele lugar não era um lugar bom de ficar. Aí vem uns pensamentos de inferno, entendeu? Na minha cabeça. Que era para eu me matar para salvar minha família. Porque eles estavam maltratando minha família lá quando eles me visitavam. Eu pensava isso. Aí eles [outros pacientes] me agrediam e eu odiava eles (Felipe).

Felipe passou por três internações ao longo de sua vida. A primeira ocorreu aos 17 anos, em um hospital psiquiátrico. A segunda foi aos 22 anos, também em um hospital psiquiátrico, e nesse mesmo período ele começou a frequentar um hospital-dia, sendo acompanhado no ambulatório psiquiátrico. Sua última internação aconteceu em 2017, aos 32 anos, em outra unidade psiquiátrica. Desde 2018, Felipe é acompanhado em um CAPS. Ele relata que, durante os períodos de internação, teve episódios distintos e ouviu vozes diferentes. Esses períodos de internação prolongada, em vez de proporcionarem melhora no quadro de saúde mental, parecem ter sido mais iatrogênicos, contribuindo para uma piora no conteúdo das vozes. Isso evidencia a ausência de um tratamento efetivo durante essas internações.

É essas [vozes] vieram depois que eu me internei, dos internamentos. Daí vem o pensamento de agredir, né? Eu estive no hospital psiquiátrico. Eu fiquei tão mal que eu pensava que eu tinha que, fazer tipo assim, fazer mal para aquela pessoa, para fazer mal para mim. O mal que pegasse nela, pegava em mim, entendeu? Porque eu achava que a minha família estava no inferno no hospital, entendeu? (Felipe).

Já no caso de Janaíno, o conteúdo das vozes apresenta um teor tanto negativo como positivo. As vozes com conteúdo positivo, segundo ele, se comportam como amigas e têm o objetivo de protegê-lo de situações de risco. Um exemplo dessas vozes é quando ele está em contato com uma criança e a voz diz "cosquinha" (sic), um termo usado pela voz para se referir a um contexto de perigo.

Parece que é alguém que me tem como amigo, quando vê que eu tô em perigo, às vezes, na presença de alguma menina, alguma sobrinha minha, sabe? [...] Quando ela vê o perigo ela fala "cosquinha", só para eu ter noção do perigo que é me aproximar de uma menina menor do que eu, uma criança. Parece que vem um alerta, um aviso, né? Parece que é a favor de mim. Parece que quer me ver bem. Às vezes já é pra querer agredir mesmo, com palavras. Tem esses dois acontecimentos. Um que é meu amigo e o outro que é meu inimigo (Janaíno).

Janaíno associa a proximidade de crianças com um contexto de perigo, como se o colocasse em risco para cometer um ato ilegal, lesões corporais e abuso sexual. As vozes, então, o alertam, dizendo "cosquinha", como um signo, uma forma de avisá-lo sobre essas possíveis ameaças. Nota-se que após o episódio de delírio vivenciado, ao imaginar que a filha de seu primo era sua noiva, foi internalizado de forma bastante negativa, condenatória. Não me parece que Janaíno apresenta uma crítica sobre o ocorrido, mas o fato da resposta do meio ter sido

agressiva e punitiva acerca de sua atitude fez com que ele internalizasse aquele ato como algo negativo. Portanto, a resposta do meio à possibilidade de estupro/ incesto quando ele refere a criança como sua noiva, levam ele a associar a presença indiscriminada de qualquer criança como ameaçadora.

Para evitar que eu faça alguma coisa assim, algum crime, essas coisas dentro de casa. Aí ela já toca nesse nome, para eu ter noção que mais para frente há um perigo, ou se a criança está por perto daí eu já sei do perigo. [...] Ah, porque ele [a voz] sabe que as pessoas que fazem abuso, elas tocam nas crianças, ficam fazendo lesão corporal nas crianças (Janaíno).

As vozes frequentemente ameaçam destruir seus instrumentos musicais, dentre eles o teclado, um dos instrumentos que Janaíno toca. Ele participa da orquestra da igreja que frequenta, e essas ameaças parecem simbolizar a intenção de eliminar algo que tem grande importância e significado em sua vida.

Eu tenho um instrumento de música lá na minha casa, que é a coisa que eu mais gosto. Daí eu escutava as vozes. Como se tivesse alguém longe gritando para mim na minha casa: ‘Vai perder seu instrumento’. Parece que gostava de me provocar, assim [...] tudo contra instrumentos [...] Música é o meu ponto fraco, a coisa que eu mais gosto, e essa voz fala contra o meu instrumento (Janaíno).

Já as vozes que Hortência ouve variam entre conteúdos positivos e negativos. O medo da loucura atravessa o conteúdo de suas vozes, haja vista a associação e internalização do louco enquanto ser desviante. Atualmente, elas têm transmitido mensagens mais encorajadoras, como a promessa de que ela será feliz. No entanto, nem sempre foi assim. Em 2005, Hortência relata ter tido pensamentos de matar as próprias filhas, uma experiência profundamente dolorosa. Durante um período de sua vida, sentiu dificuldade em demonstrar carinho por elas. Essa dificuldade se expressava por meio das vozes, pois a única via de expressão desse drama era através das alterações sensoperceptivas.

Atualmente, as vozes tendem a surgir em momentos de tristeza e solidão, como quando Hortência está realizando tarefas domésticas e quando está só. Isso evidencia como as vozes estão intimamente conectadas aos seus processos emocionais, refletindo a dinâmica de sua consciência, suas emoções e as variações em seu estado de humor.

Às vezes falavam coisas boas, às vezes falavam coisas ruins. Agora fala que vou ser feliz, fala que eu vou ficar com tranquilidade. [...] Quando eu tô lavando louça, às vezes, ou tô fazendo alguma outra coisa, é que eu não tô dando bola pra elas. [...] É mais triste quando eu tô triste... E fala assim pra mim: “Calma. Não tem porque você ficar assim” (Hortência).

Em 2008, buscou auxílio de uma curandeira, que afirmou que sua filha, então com 14 anos, era associada ao "coisa ruim" (sic), o que intensificou sua raiva e angústia em relação às filhas. Por não encontrar nenhuma explicação para a realidade e suas vivências, Hortência busca por explicações místico-religiosas, que ao fim prejudicam ainda mais suas relações com as filhas. Em momentos de crise, Hortência escuta vozes de comando que sugerem atos de violência, como matar várias pessoas. Além disso, descreve ter visões perturbadoras, incluindo vultos e figuras como o diabo. O **sistema de significações** que orienta as vozes de Hortência está relacionado à espiritualidade e religião, a qual parece orientar o sentido pessoal atribuído às vozes, e que igualmente orienta em sua relação com a realidade.

Eu até conversava com essas vozes. [...] Porque depois foram ficando rebeldes, falando coisas ruins. Eu não podia aguentar mais, não aguentava mais. Dia e noite. Me dava desespero. Era uma coisa maluca. E pensamento ruim até hoje. Ah, ela diz assim, dizia que era para matar as pessoas, as vozes, né? Falava que era pra matar meu marido (Hortência).

Recentemente, Hortência foi a uma igreja onde um pastor lhe disse que ela estava amaldiçoada, o que intensificou ainda mais os conflitos internos que ela já enfrentava. Ela já estava passando por um processo de desorganização, com medo de enlouquecer, e considerando a centralidade que ela dá às explicações religiosas, a afirmação do líder religioso gerou maior desorganização psíquica, resultando em uma agudização do quadro.

Minha [religião] é a católica, só que eu fui lá nos crentes. Aí o pastor veio e falou para mim "amaldiçoada, amaldiçoada!", mas eu pus isso na cabeça e não sei por que eu resolvi fazer isso. [...] Eu fiquei com medo disso. Até hoje tenho medo disso, não sei por que ele falou. Eu não sou ruim para as pessoas. O que que eu posso ser? Não posso ser assim (Hortência).

Já no caso de Pedro, as vozes que ouvia eram majoritariamente masculinas e agressivas, que se manifestam simultaneamente. Ele sentia que as pessoas estavam rindo dele, o que gerava um forte sentimento persecutório e paranoico, levando-o a se tornar agressivo também. As vozes apresentavam conteúdo suicida e homicida. O desgaste provocado pelo trabalho extenuante parecia refletir no conteúdo das vozes, que atuavam como mensageiras e denunciavam esse sofrimento. Embora ele não identificasse o desgaste no processo de trabalho, seu corpo reage inicialmente com o esquecimento, posteriormente surgem as vozes denunciando esse esgotamento, sugerindo que a única maneira de interromper essa atividade seria por meio da morte.

Só que daí vinha essas vozes por mim, me incomodando muito. As vozes não paravam e o esquecimento. Esquecia as coisas. Se eu via uma pessoa dando risada, eu já queria brigar com a pessoa, com a pessoa dando risada de mim, mas não era. Entendeu? A pessoa estava conversando lá no fundo [do ônibus]. Eu não podia pegar o ônibus, porque eu já queria bater na pessoa, matar a pessoa. [...] Dava assim na cabeça: ‘mata a pessoa, mata a pessoa, ou se mata’ (Pedro).

Bem, eu tô amarrado, né? Assim, pra poder... se comunicar com os outros, né? Porque a pessoa vinha falar comigo, eu já ficava nervoso. medo de sair na rua, medo de... de acontecer alguma coisa assim, sabe? De eu matar uma pessoa, né? Daqui a pouco, quando você vai indo, aí aquela voz diz, não faz isso, não faz isso (Pedro).

Neste subcapítulo, buscamos mostrar como o conteúdo das vozes funciona como metáforas que denunciam condições de desgaste e esgotamento na vida dos indivíduos. Esse conteúdo é único, refletindo a história de vida e as trajetórias individuais de cada pessoa, além de estar conectado às circunstâncias desorganizadoras do psiquismo, como situações de violência, maus-tratos e outros eventos traumáticos. Por fim, as vozes reproduzem aspectos das relações sociais capitalistas, já que se manifestam como uma forma de fala interna.

5.3 Sistemas de Significação e sentidos que as vozes adquirem para a pessoa

Neste capítulo nos dedicamos à sistematização dos sistemas de significação atribuídos às vozes. Os sentidos pessoais produzidos em torno das vozes pelos participantes são, como afirma Leontiev, orientados por determinados **sistemas de significações**, que integram as atividades das quais a pessoa é partícipe. Significações são meios pelos quais o ser humano assimila e interpreta a experiência humana generalizada e refletida, mediando a maneira como a realidade é compreendida e integrada à consciência individual, auxiliando na criação de sentidos, que se revestem de maior pessoalidade.

É no processo de formação da consciência que a percepção se especifica e complexifica, deixando de ser uma compreensão imediata da realidade, pois a percepção é alterada pela linguagem, pela cultura, pelos significados produzidos socialmente. Assim, a formação da consciência também envolve a mediação de significações e o desenvolvimento de sentidos pessoais (Leontiev, 2004).

No caso de Conrado, o participante percebe as vozes como uma espécie de telepatia. Assim, pessoas que estão fisicamente próximas são descritas como se estivessem enviando mensagens telepáticas. Por exemplo, caso esteja conversando com uma mulher, ele escuta uma voz feminina no mesmo tom de voz que a pessoa com quem conversa. Conrado consegue

diferenciar suas vozes internas e externas, ou as vozes “do mundo” (sic), ao observar que as vozes internas aparecem quando ele está interagindo com uma pessoa e ela permanece com a boca fechada.

Com isso, apareceu esse fenômeno em mim. De energia entrando e saindo. É, é uma voz, assim, diferente, tipo uma telepatia, sabe? Eu, tem mesmo, por exemplo, nós 2 conversando aqui. Você fala alguma coisa. Aí de repente sai uma voz de você. Tipo, a telepatia me criticando e zombando, sabe? (Conrado).

Conrado explica que as vozes afirmam coisas sobre ele com caráter de crítica e zombaria, isto pode estar relacionado às experiências reais, como temos discutido, onde os conteúdos negativos estão possivelmente relacionados à vivência de bullying, maus tratos, negligência entre outras expressões da violência. Que, por sua vez, leva à adoção de um sistema de significações que dê sentido a sua experiência, no caso de Conrado a espiritualidade. Para ele as vozes consistem em uma manifestação de algum tipo de mediunidade e/ou habilidade telepática. Com descreve na seguinte fala:

Eu não sei ao certo qual que é. Ou é uma assimilação telepática. Eu tenho essa capacidade. Ou é a projeção do meu inconsciente, ou então algum espírito obsessivo que quer me atormentar com isso. Assim, que eu enxergo, sabe? [...] Por exemplo, quando eu estou no meio de muita gente, as vozes às vezes conversam entre si (Conrado).

[Eu sinto uma] energia saindo e entrando no meu corpo. [...] Chega a me incomodar ao andar na rua. O que eu sinto é como se às vezes criasse uma barreira eletromagnética. Eu tenho que fazer um esforço muito grande de mentalização para poder vencer, aguentar o tranco e conseguir passagem também, sabe? [...] Imagina um muro, como se fosse um muro invisível. [...] Por exemplo, eu costumava passar por uma pessoa, [então] eu ouvia uma voz e sentia uma energia. Às vezes passava carro também, eu ouvia uma voz e sentia uma energia (Conrado).

Conrado é uma pessoa que tem a atividade religiosa como centralidade na vida, levando ao **sistema de significação** relacionado à espiritualidade ser um dos fundamentais para a produção de sentido à experiência com as vozes. O sentido pessoal que as vozes assumem reflete sua relação com os fenômenos internalizados e incorporados pela consciência. Como a atividade predominante são práticas religiosas, o sentido se altera frente ao motivo que orienta a atividade. Portanto, para Conrado a atividade religiosa foi particularmente importante na orientação de seu sentido pessoal para as vozes.

As concepções de Conrado transitam entre dois principais sistemas de significação: médico-científico e a espiritualidade. Como afirma Leontiev, o sentido pessoal reflete a relação do sujeito com os fenômenos objetivos (o tensionamento entre vida-relações-trabalho) e se

modifica conforme cada indivíduo assimila e integra esses significados na sua própria personalidade. Como podemos observar na seguinte fala de Conrado.

O Espiritismo salvou minha vida, né? Porque eu não ia aguentar a barra que enfrentei. Se não fosse [o espiritismo]. [...] A literatura espírita explicou tudo o que eu sinto. E o véu caiu, aquele desespero da ignorância. Eu saí daquela onda, hoje aceito minha situação. Eu tenho explicação científica para isso (Conrado).

Se não fosse o espiritismo, eu já tinha partido. [O espiritismo] salvou minha vida, o [centro espírita] me ajuda muito, já me ajudou muito. [...] Eles falam sobre telepatia, sobre ouvir vozes, sobre a doença, sobre autismo. Eles tentam explicar porque a pessoa nasce com isso. Eu encontrando essas respostas fico menos revoltado. Porque alguém se preocupou em deixar isso por escrito. É como se fosse um socorro divino (Conrado).

Outra participante cujo sistema de significações mais proeminente vem do espiritismo é Anastácia, que cresce no seio de uma família espírita kardecista. Portanto, para a jovem essas relações fornecem as bases para a construção de seus sentidos pessoais. Para Leontiev, o sentido pessoal é a interpretação individual e subjetiva que cada pessoa atribui às significações mais estáveis historicamente constituídas. Para Anastácia, suas experiências sensoperceptivas, suas sensações corporais, passaram a orientar sua relação com o mundo, com a realidade, com as atividades que desempenha, com os espaços que frequenta, com os indivíduos e familiares.

O sentido pessoal depende de como cada indivíduo assimila e integra as significações em sua própria personalidade e experiências de vida. Compreender o sentido pessoal implica descobrir os **motivos que impulsionam a atividade** e a relação do sujeito com esses motivos (Leontiev, 2004).

[...] Eu comecei a sentir algumas coisas no corpo, aí eu fui procurar por religião, coisa mística, porque eu falava: 'É energia, é alguma coisa que eu tenho que entender, que está querendo falar comigo'. Na minha religião, eu não achava muita resposta. Eu fui [para o lugar] em que a minha prima estava indo, o Johrei, é uma Igreja Messiânica. [Eles fazem] um negócio de energia, você é batizada no lugar, batizada é modo de dizer, tem outro nome, e você recebe um Ohikari, assim você pode dar Johrei nas pessoas, [que é uma] energia. Eu falei: 'Pronto, me encontrei. Eu estou falando já com as minhas energias, eu vou descobrir o que são essas energias (Anastácia).

O que ela (a mãe) fala é que foi tudo espiritual, porque ela é espírita kardecista, minha família inteira é. Todas essas coisas que eu sinto no corpo e que a minha família também vê, sente, escuta, é tudo espiritual (Anastácia).

A busca de Anastácia por uma explicação místico-religiosa foi o caminho encontrado, pois, ao longo de sua vida as principais relações foram os familiares. Nesta rede de relações o exercício da religiosidade foi uma atividade significativa, essas relações orientaram a formação de signos, conceitos e fundamentaram a relação com a realidade enquanto um **sistema de**

significação. Portanto, essa relação com a "energia" tornou-se central e passou a orientar suas atividades e a relação consigo mesmo. Levando Anastácia a procurar por espaços onde estes significados estivessem compartilhados também.

Devido à ausência de uma explicação científica ou racional, possível de dar conta das sensações corporais atípicas que a acompanham, a jovem busca dentro dos significados compartilhados – considerando sua história, referências e trajetória individual – uma explicação possível. Anastácia atribuiu a elas um sentido pessoal, baseado no sistema de crenças compartilhado por sua família, uma explicação mística. Essa vivência ao ocupar uma centralidade em sua vida, acabou por afastá-la da realidade concreta, isolando-a em seus próprios pensamentos e percepções.

[Eu] era bitolada lendo sobre espiritualidade, lendo sobre energia. Como se eu tivesse entendido toda a razão do mundo, tudo. Eu escrevia muito, eu anotava no meu quarto inteiro em papezinhos de percepções, mas depois eu fui me ligar que eu fiquei anos tendo percepções todo dia da mesma coisa, mas de formas diferentes. Mas era lindo (Anastácia).

Anastácia descreve outras experiências sensoperceptivas, como ver o universo no olho de um homem, ouvir um personagem de um desenho animado falar diretamente com ela ou perceber a estação de rádio mudar conforme seus pensamentos se modificavam. Segundo Vigotski (2018), a imaginação criadora depende da riqueza e diversidade das experiências passadas, que fornecem o material para as construções da fantasia. Longe de se opor à memória, a imaginação se apoia nela, reorganizando seus dados em combinações sempre novas.

Eu estava muito estranha, eu sentia coisas dos objetos, das plantas, eu ficava em casa. Aí eu olhava para o céu, eu sentia o céu. Eu achava que todas (as pessoas) eram eu mesma, então eu não precisava falar nada com ninguém mais. [...] Uma vez a TV falou comigo também. Isso o psiquiatra apontou bastante como acontece às vezes. Uma vez a TV falou comigo. Uma vez, o desenho animado ficava rindo. Falou alguma coisa e ria. [...] Nisso, a minha mãe chegou, eu falei: "Mãe, não estou passando bem". Ela: "É?" e ficou sem reação nenhuma. Aí me deu mais certeza de que a vida era uma loucura e que ninguém existia. Ela me deu mais medo do que apoio. Outra vez era uma música. Eu achava que a música mudava, cada vez que eu a ouvia, era de um jeito, e cada vez mais profunda, e falava diretamente do que eu estava pensando (Anastácia).

Anastácia se sustenta em diferentes **sistemas de significação**, como a psiquiatria, a espiritualidade, terapias holísticas e alternativas, procurando em diferentes sistemas uma explicação para sua condição. Em busca de explicações que dessem sentido ao que sentia no corpo, recorreu à hipnose, descobrindo situações que supostamente podem ter ocorrido em sua infância.

Fiz hipnose com uma pessoa e depois eu fiz com outra pessoa [...] Deu que meu tio me abusava sexualmente quando eu tinha cinco a seis anos, na casa da minha avó, no banheiro onde minha mãe me prendia porque eu aprontava muito. Eu senti, não foi tão real assim, eu vi pouca coisa na hipnose. Depois eu fiz hipnose com outra pessoa, também deu isso. E assim, eu não tenho nenhuma lembrança, nada, é só físico mesmo e quando eu faço essas [sessões] de hipnose, aí que vem na minha cabeça. Se é real ou se não é real (Anastácia).

A imersão em atividades ligadas ao campo religioso, espiritual, místico, e terapias alternativas se tornou uma centralidade, orientando sua relação com a realidade, com as atividades desenvolvidas, levando Anastácia a se afastar de amigos e das redes de apoio. O isolamento parece decorrer da falta de acolhimento do meio social diante de uma situação crítica, e o desfecho positivo ou negativo dessas situações está relacionado à presença ou ausência de suportes do ambiente. Colaborando ainda para os processos de formação de sentido e significado sobre a realidade.

No caso de Anastácia, as reações de sua mãe se tornam determinantes para a forma como ela interpretava seus estados de sofrimento. A mãe frequentemente repetia que quadros de sofrimento psíquico indicavam fraqueza, falta de autocontrole, uma "perturbação" (sic). Sem encontrar acolhimento em sua mãe, Anastácia buscou acolhimento em igrejas, cultos e terapias alternativas.

Aí minha cabeça vibrava, parecia que abriu, [durava] 24 horas isso. Minha vida era só pensar nisso, era só pensar no meu corpo. [...] Eu me distanciei das minhas amigas, me distanciei da minha família e tudo era isso. Eu ia lá, ficava na Igreja Messiânica, todo dia, eu ia dar Johrei, receber Johrei e ficava sentindo (Anastácia).

Isso reforça uma conclusão apresentada nos capítulos anteriores quando compreendemos que é do meio social que emergem os desafios à personalidade e a estes se somam outras respostas do meio social que podem aprofundar os efeitos primários das **circunstâncias desagregadoras** na vida do indivíduo, a depender como a rede de apoio oferece sentidos que validam os sentimentos envolvidos nestas circunstâncias.

Embora Anastácia compreenda e reconheça sua vivência como espiritual, sente-se culpada por não conseguir “melhorar”, ou ser funcional, em uma sociedade que valoriza produtividade. Assim, ao interpretar sua experiência sensorial desde concepções espirituais possui uma maior aceitação social dado que a mediunidade pode ser encarada como um dom. Dessa forma, por ter encontrado um sistema de significação menos opressor que a explicação

psiquiátrica, Anastácia se distancia de uma perspectiva relacionada à improdutividade laboral, ao descontrole e a periculosidade.

No entanto nota-se uma contradição, ao passo que ela se aproxima de uma outra perspectiva, é impossível se livrar do paradigma hegemônico da psiquiatria, como se percebe quando Anastácia reflete sobre si, questionando sua falta de controle. Ao passo que a espiritualidade tampouco é emancipadora, pois ao focar somente da experiência sensoperceptiva se afastou de todos, das relações de apoio e suporte.

Eu me culpo muito de, pô, eu não sou capaz de controlar uma piração, uma coisa ruim, uma nóia. É uma falta de controle. E aí você acha que é fraqueza, mas eu sei que é uma doença, então talvez não seja questão de uma fraqueza mental. Mas eu acredito que talvez sendo mais forte, continuando com questões espirituais, que também não me levavam a nada, mas talvez continuando, talvez tenha uma cura, quem sabe? Eu acredito ainda (Anastácia).

No caso de Aurora, a **gênese das vozes** também foi associada a explicações místico-religiosas. Aurora adentrou durante a infância em espaços marcados pelo catolicismo. Ademais, esse processo surgiu em meio a um período de alterações na atividade, como a mudança de escola, modificação do ambiente, além da perda dos principais vínculos construídos. A nova instituição de ensino, de caráter conservador, fez com que Aurora se sentisse anulada pelos adultos. Este contexto dramático levou a produção uma crise, uma vez que, no período de desenvolvimento em que se encontrava, uma das principais atividades consistia na ampliação e fortalecimento das relações sociais, no entanto o que ocorreu foi uma restrição dessas conexões.

Eu estava em uma escola católica, então me botaram na primeira comunhão, foi uma força que eu encontrei ali. E aí eu me voltei muito para o catolicismo, para essa coisa de Deus vai me ajudar, Deus vai me ouvir quando ninguém mais parece estar ouvindo. E foi quando eu comecei a ouvir vozes, foi quando Deus começou a responder. E eu tinha aí meus 11, 12 anos [...] A primeira coisa que ele me falou foi... eu estava no banheiro de um shopping [...] Ele veio me falar dessa missão que eu tinha e essa questão do fim do mundo. O fim do mundo estava se aproximando e eu precisava evangelizar o máximo de pessoas e contar as mensagens que ele me trouxesse (Aurora).

Aurora vivencia processos de sofrimento psíquico ligados ao isolamento e à ausência de uma rede de apoio fortalecida. Seu desejo de morrer surge a partir de uma necessidade pessoal, morrer para encontrar Deus e não mais se sentir só. Esse sistema de significação, vinculado a uma espiritualidade de base cristã apresenta contradições, logo que esta perspectiva reforça uma lógica punitiva, condenatória e repressiva.

As vozes que Aurora ouve representam um conflito interno, pois, como ela mesma relata, tudo o que “julgava errado ou inadequado” era condenado pelas vozes e ao mesmo tempo essa figura cristã passa a configurar um vínculo - dá vazão a necessidade de ser ouvida. Assim, Aurora parece imersa em um drama, uma contradição entre punição-acolhimento, onde as vozes atuam como guardiãs de uma regra moral que impõe a ela um profundo conflito ético, ao passo que suprem a necessidade de não estar só.

Eu tinha meus 14 anos, e foi a primeira vez que eu quis morrer mesmo. Eu queria morrer porque eu acreditava que isso ia me levar para perto de Deus de novo. E foi quando a voz, quando esses pensamentos começaram a surgir, a voz de Deus começou a ficar muito severa e a ser muito condenatória [...] Então, qualquer coisa que eu fazia de errado, que eu julgava errado ou que eu julgava inadequado, ele estava lá para falar: "Você está errada, você vai para o inferno, você está pecando". Enfim. E aí eu pensava que eu queria morrer e tudo mais. E aí ele dizia: "Se você fizer alguma coisa, você vai para o inferno, entendeu?". E foi uma voz muito cruel, digamos assim (Aurora).

Anos depois, ao pesquisar sobre psicose na internet, Aurora encontrou outras referências relacionadas à experiência de ouvir vozes. Ela descobriu o termo "ouvidores de vozes" e conheceu grupos e espaços que ofereciam mecanismos e ferramentas para lidar com essa experiência. Esse contato deu início a um processo de maior consciência sobre si, proporcionando-lhe uma nova compreensão sobre si mesma. Através desse novo **sistema de significação** desenvolvido por meio de outras relações sociais, Aurora encontrou uma atividade que concorre favoravelmente com os significados tradicionais e hegemônicos acerca das vozes. Estes significados hegemônico são alienantes da própria experiência, restringindo o sentido da experiência à ideia de doença ou figuras místicas-religiosas. Essa tomada de consciência representou uma ruptura positiva no ciclo de adoecimento na vida de Aurora e possibilitou a construção de uma perspectiva mais emancipadora.

Eu lia muito sobre ouvir vozes e sobre esse tipo de coisa e aí eu encontrei na internet uma pesquisa da universidade de Yale que usava o termo "ouvir vozes", "ouvidor de vozes". E foi nessa pesquisa que eu fiquei sabendo que tinham muitas pessoas que ouviam vozes e que elas desenvolviam mecanismos para lidar com essas vozes (Aurora).

A significação é a maneira pela qual o ser humano interpreta e assimila a experiência humana refletida e generalizada, mediando como compreende a realidade e integrando-a à consciência individual (Leontiev, 2004). Por outro lado, o sentido pessoal envolve os motivos próprios que impulsionam a atividade e a relação do indivíduo com esses motivos. Aurora passou a integrar novas significações — tanto os significados atribuídos pela prática da

umbanda como a visão do movimento de ouvidores de vozes — em sua personalidade e vivência, produzindo e proporcionando um novo sentido pessoal sobre as vozes, mais direcionado a sua autonomia e emancipação. De acordo com Leontiev, a estrutura da consciência está intimamente ligada à estrutura da atividade, de modo que o desenvolvimento psíquico se enraíza na interação do indivíduo com o mundo social (Leontiev, 2004). Como ocorre na atividade que Aurora desenvolve, ao aproximar-se de outras práticas religiosas no terreiro de umbanda, como ao procurar outras explicações científicas, como as pesquisas que definem vozes como um fenômeno humano, enquanto experiência, como pressupõe o movimento de ouvidores de vozes.

A consciência, portanto, não é um elemento isolado; ela surge da atividade prática e socialmente mediada, que tem o poder de transformar tanto o ambiente quanto o próprio indivíduo. Com a mudança de ambiente e de relações sociais, os significados atribuídos por Aurora também se transformaram, assim como o sentido pessoal que dava às vozes. Ao se afastar de atividades e de um **sistema de significação** que gerava ou reforçava a culpa e opressão, o conteúdo das vozes mudou — deixando de ser ameaçador.

E foi engraçado, porque uma voz que eu considerava um demônio e que antes era uma coisa muito persecutória, se tornou um aliado, se tornou a voz de um guia. E eu comecei a dar um sentido diferente para essas vozes (Aurora).

Olha, a Umbanda ocupou um espaço que estava vazio da minha espiritualidade, ela tirou muito da minha culpa religiosa. Então, foi tipo assim: "Essas vozes, elas vão me falar de coisas que eu estou errada, que eu estou pecando, que eu estou suja, não sei o que", e a Umbanda tirou isso da minha consciência. [...] A Umbanda também ressignificou toda a ideia de vozes que eu tenho, porque se antes era um diagnóstico psiquiátrico e antes ainda era Deus e demônio (Aurora).

A apropriação de novos significados levou Aurora a explorar novas atividades, incluindo desafios maiores, como ingressar na faculdade. No entanto, essa atividade de estudo, agora permeada pela ideologia voltada à reprodução capitalista, passou a demandar ainda mais de uma personalidade já fragilizada por experiências anteriores. O sofrimento se intensificou, com suas funções psicológicas mostrando sinais de esgotamento, a ponto de, sem as mediações adequadas, manter-se na faculdade se torna quase impossível. Em alguns momentos, isso produz tensionamentos tão grandes que a leva a questionar se deve interromper os estudos. Com o tempo, porém, Aurora encontrou sentido em outras atividades, como a função de facilitadora no grupo de ouvidores de vozes, tão significativa que ela escolheu fazer desse processo o tema de seu TCC, focando em sua própria experiência de escuta de vozes.

Eu decidi virar facilitadora do grupo, e não só eu virei facilitadora, eu comecei um grupo, comecei um Instagram. Eu comecei a falar muito sobre ouvidores de vozes, decidi colocar isso no meu TCC. E mudou a minha vida, né? Eu fui para um congresso como parte do movimento de ouvidores de vozes. Se tornou uma causa muito cara para mim, porque me deu esperança, sabe? (Aurora).

A internalização de um novo **sistema de significação** promoveu uma transformação nos próprios processos de consciência de Aurora, levando a uma modificação na relação consigo mesma — e, conseqüentemente, com as vozes. Aurora começou a desenvolver processos de autorregulação, impulsionados por essa nova atividade, novos sentidos e modificações nas ferramentas e mediações que utilizava. Essa transformação favoreceu sua autodeterminação e a construção de recursos próprios para lidar com as vozes, permitindo que ela não precisasse mais se submeter ou ser controlada por elas.

[...] resolveu uma parte significativa dos meus problemas sim, porque eu aprendi a lidar com essas vozes, aprendi a conversar com essas vozes, aprendi a negociar com essas vozes, que era uma coisa que eu nem sabia que era possível. Eu achava que voz de comando era uma coisa que você tinha que obedecer e não tinha jeito (Aurora).

Aurora reconhece que as vozes são criações próprias, elaboradas por seu psiquismo para satisfazer necessidades específicas, como sinalizar algo que não está bem ou destacar pontos que exigem sua atenção. Esse processo de autoconhecimento e maior consciência sobre si, levou a compreensão de que não se trata de uma atividade ou estímulo externo, mas parte de algo interno, produções de seu próprio psiquismo que reproduzem produções humanas socialmente compartilhadas – como os guias espirituais.

Não vou dizer do meu cérebro, porque eu acho isso muito biologizante, mas da minha mente no sentido de que são criações minhas de alguma forma. Por mais que não pareça eu, por mais que naquele momento seja uma outra pessoa, me lembrar que isso veio da minha cabeça, me conforta às vezes, sabe? [...] Eu acho que elas vêm me falar de algo que não está legal, elas vêm me falar de algo que eu preciso prestar atenção. E eu não sei se são, não acho que sejam diretamente as vozes dos meus guias. Eu acho que esses são os meus guias acionando mecanismos que eu já tenho para passar mensagens para mim, sabe? (Aurora).

Já no caso de Murilo, o **sistema de significação** que orienta a percepção de Murilo sobre sua experiência e sobre o fenômeno das vozes é a ciência médica/psiquiátrica. Ele descreve sua condição com um transtorno mental. A partir das formulações de Leontiev, entendemos que as significações são a "consciência real" dos indivíduos, logo que é a maneira como cada pessoa percebe subjetivamente a realidade objetiva, trata-se de uma generalização da realidade, cristalizada em palavras e expressões (Leontiev, 2004). Essas significações refletem a

experiência e a prática social da humanidade, existindo em sistemas de significação, como a ciência e a linguagem, produtos de uma sociedade (Leontiev, 2004).

Cada indivíduo, ao perceber e interpretar o mundo como ser social e histórico, é influenciado e, ao mesmo tempo, limitado pelas representações e conhecimentos de sua época e sociedade (Leontiev, 2004). No caso de Murilo, ao assimilar e refletir sobre a experiência humana generalizada, mediada pela ideologia dominante, a forma como a realidade é compreendida por ele e integrada a sua consciência segue essa mesma lógica.

Então, sobre a questão das vozes, eu sempre soube que era um problema de saúde. [...] Isso mesmo, eu vejo como um problema de saúde mental mesmo. Eu me vejo como uma pessoa que tem um transtorno mental, esquizofrenia (Murilo).

Já no caso de Amélia, houve uma série de eventos e situações reais que produziram um desconforto, de modo que este incomodo só pode se manifestar através das vozes que ouvia. O **sistema de significação** que a orienta na relação com a realidade envolve um aspecto cultural, especialmente pela relevância que a máfia tem na cultura japonesa. Entende-se que esse sistema se desenvolve a partir da cristalização da experiência e das práticas sociais da humanidade. No entanto, a partir do processo de integração dessas significações em sua consciência e o papel disso na hierarquia desse sistema de sentidos (Ratner, 1995) – que posteriormente se apresenta e configura como um processo de adoecimento – a máfia se desenvolve e torna-se uma representação possível da sensação de perseguição e coerção no ambiente de trabalho. Isto é, que reflete o sentimento de insegurança que Amélia vivenciou naquele contexto.

Eu nunca tinha ouvido falar, assim, de toda essa rotina da máfia. Não sabia exatamente o que eles faziam. Porque aqui no Brasil também tive surtos e era sobre a Yakuza, sobre traficante, que envolve máfia mesmo. Mas aqui no Brasil, assim, não sei, acho que começa por uma ameaça real e depois eu começo a ficar tão ansiosa, tão preocupada, com tanto medo, que eu acabo surtando, sabe? Porque eu não acho solução. Eu não vejo saída. É como se eu ficasse encurralada, sabe? Quando eu fico em surto e sem medicação, eu não consigo dormir. Meu pensamento fica super acelerado e eu fico meio que obstinada, obcecada com aquilo, com aquela ideia. Eu não consigo me desligar da ideia (Amélia).

Eu tinha, assim, as vozes eram sobre a máfia. A máfia japonesa. [...] a Yakuza existe mesmo. É algo real no Japão. Existe. É verdade! Eu acho que sim. É baseado em algo real. Não é, digamos assim, algo que não existe (Amélia).

A Yakuza é uma máfia japonesa. As mulheres, por exemplo, são levadas para prostituição, fazem trabalho de tráfico de drogas. É uma máfia mesmo. Sabe... Eu nunca tinha ouvido falar nessa Yakuza, mas aí eu comecei a ouvir vozes sobre isso. [...] Essas vozes ameaçavam mesmo. A minha vida. Ameaçavam o meu filho. [...] [despertava] muito medo (Amélia).

Para Amélia, as vozes exercem um papel regulador sobre sua conduta, mas, como ela descreve, acabam intensificando seu sofrimento, pois ao ouvi-las, é regulada pelas emoções como ansiedade e medo. Esse fenômeno parece fazer parte de sua própria consciência, pois, mesmo estando no Japão, as vozes se manifestam em português, não em japonês. Esse detalhe sugere que as vozes refletem processos internos da estrutura de seu pensamento e da linguagem, uma fala interna, como temos pensado neste estudo.

Eu não conhecia a língua direito, apesar das vozes serem em português. As vozes nunca foram em japonês. As vozes eram em português. Porque eu entendo japonês, mas não muito bem (Amélia).

Amélia relata ter ficado bastante apreensiva com o diagnóstico de esquizofrenia, especialmente por considerar o termo grave, sem reconhecer essa gravidade em si mesma. Isso sugere uma hipótese que estamos explorando: a escuta de vozes pode ser um processo adocedor por inserir um sofrimento, mas não indica necessariamente um processo patológico, ou mesmo uma regressão a funções psíquicas elementares. Amélia reconhece ter passado por episódios de maior desorganização, o que Zeigarnik define como uma desintegração de sua personalidade e atividades.

Esse diagnóstico, eu perguntei para o psiquiatra o que era: "Doutor, o que é isso que eu tenho? É depressão?" Aí ele falou pra mim "não, você não tem depressão, o que você tem é esquizofrenia". Aí eu levei no susto, porque eu não sabia exatamente o que era. Eu achava que era depressão assim. [...] pelo que eu sei, esquizofrenia é um transtorno mental grave. Não que eu não tenha sintomas graves, eu tenho. Teve o suicídio..., mas é um transtorno que não tem cura né (Amélia).

Amélia desenvolve e se apropria de um novo sistema de significações – a explicação biomédica. Ao passo que posteriormente a espiritualidade passa a compor outro **sistema de significações** importante, ao frequentar a Igreja Adventista. Este novo meio social produz uma relação indivíduo-vozes diferente e alternativa à anterior, os preceitos da religião adventista validam sua experiência. Entende-se, no entanto, que as explicações místico-religiosas surgem quando outras explicações não dão conta de descrever e explicar a realidade.

Assim, por exemplo, o que a Bíblia diz? No final dos tempos, os idosos ouvirão vozes. E diz mais alguma coisa sobre vozes. Por exemplo, eu sou da igreja adventista. A igreja adventista tem uma sacerdotisa que se chama Ellen White. E ela levou uma pedrada na cabeça quando criança. Aí, quando adulta tinha uma saúde frágil, e ela recebia mensagens [de Deus], ela escreveu vários livros baseados nessas mensagens. Eu estou bem longe de ser isso, né. Bem longe. Nem quero ser isso, tá? (Amélia).

Já na história de Nanda, durante a infância, aproximou-se da religião, que passou a compor e orientar um novo **sistema de significações**, colaborando na interpretação de suas experiências sensoriais. Ao passo que a religião lhe proporcionou uma rede de suporte e um vínculo comunitário, elementos fundamentais em um contexto fragilizado, de rompimento familiar e violência doméstica. A religião católica também reproduz práticas sociais debilitadoras, preconceitos, estereótipos, e historicamente estiveram alinhadas às ideologias dominantes, contribuindo para a manutenção dos papéis sociais e opressões. Assim, a religiosidade emerge como um sistema simbólico que atribui sentido e significado à sua vivência pessoal, bem como em unidade contraditória colabora para a manutenção desses princípios e valores sociais.

Eu lembro que eu tinha muito medo de Deus. Eu achava que Deus era muito bravo. Eu sei que aumentou esse medo assim, quando eu tinha 15 anos, eu lembro que eu terminei o ginásio e daí era o dia da minha formatura... eu lembro assim que eu estava me arrumando e estava uma chuvinha meio fraca. Eu fui tentar acender a luz e bem na hora que eu acendi a luz, caiu um raio na casa, e a casa se encheu de fumaça e me jogou bem longe. Depois desse dia, eu fiquei com muito medo de Deus. Eu achava que Deus era muito poderoso e eu morria de medo dele. Eu achava que a qualquer momento ia cair outro raio na casa (Nanda).

A aproximação de Nanda com a religião teve início em meio à ausência de apoio familiar, por não conseguir conversar com ninguém, já que tanto o pai quanto a mãe se recusavam a dialogar com ela. Sua principal rede de apoio foi uma colega de escola, com quem convivia e sentia-se acolhida, suprimindo, em parte, a precariedade de vínculos refletida pelo ambiente familiar fragilizado.

A minha mãe não conversava comigo, nem o meu pai, ninguém conversava. Eu fui parando de falar com todo mundo em casa. Eu tinha uma amiga [...], ela morava [perto] da minha casa. Ela falava da igreja, a mãe dela também, aí ela começou a me levar na igreja Adventista (Nanda).

Nanda passou a interpretar a experiência de ouvir vozes como sendo a presença de anjos, influenciada pelas figuras da igreja adventista, assim como no caso de Amélia, que reconhece a existência desses seres. Essa aproximação com a religião surge como uma resposta aos processos emocionais desencadeados por vivências traumáticas, como o distanciamento da mãe e os episódios de violência protagonizados pelo pai. Na igreja, Nanda encontrou um espaço de pertencimento e uma comunidade que contrastava com o ambiente familiar marcado por conflitos e violência. A religião ainda que ofereça suporte e acolhimento, consiste num sistema

comunitário que reforça estereótipos de gênero, relações de opressão, perpetua as mesmas relações patriarcais e violências vivenciadas por Nanda no passado.

Não sei se é doença, não sei. Eu consulto com todos os médicos, eu já passei acho que por uns seis, sete [médicos], não sei. Eles falam que é esquizofrenia. Às vezes eu fico pensando se é mesmo, não sei se é. [...] Eu sei que eu acredito bastante em anjos. Eu acredito que seja um anjo (Nanda).

Então, na igreja adventista, eles falavam que Jesus ia voltar, ia levar a gente para o céu e eu comecei a gostar, daí que eu comecei a ver os anjos, eu gostava de ver os anjos. [...] Em vez de eu não entender [as vozes], eu comecei a entender o que é. No começo, eu achava bem confuso. Depois eu comecei a gostar. [...] Eu vejo que são os anjos mesmo. Eles estão aqui na Terra, e Jesus vai voltar (Nanda).

Devido à fragilidade dos vínculos com a família e a escola, a igreja passou a ocupar um papel central na vida de Nanda, passando a ocupar um dos principais espaços comunitários. Isso levou a uma mudança na **hierarquia de motivos**, de modo que o processo de escolarização assumiu um papel secundário diante da importância que a igreja obteve. Nanda explica: “Eu gostava bastante de ir na igreja, e eu não estava conseguindo estudar mesmo” (sic). Assim, a igreja tornou-se o espaço de continuidade da sociabilidade, da construção de vínculos e da ampliação de seu entendimento sobre o mundo e a realidade. Além disso, ofereceu um sentido para as vozes que antes eram incompreendidas, novamente as explicações místico-religiosas ganham centralidade em razão da ausência de outras explicações na realidade que sustentassem e descrevessem sua experiência.

Um outro sistema de significação que Nanda se apropriou está relacionado à relação fragilizada como ex-marido. Quando Nanda ainda era casada, o ex-marido trabalhava em outros municípios e ao retornar das viagens à trabalho Nanda sentia certa desconfiança e apresentava uma resistência em deixá-lo entrar em casa. Motivada principalmente pelos tensionamentos no relacionamento, o retorno dele intensificava a experiência com as vozes, que pareciam alertá-la sobre algo. Esse episódio está relacionado a outro sistema de significados que Nanda se apropriou e faz parte de seu conjunto de símbolos, o folclore. Quando criança, Nanda ouvia muitas histórias de sua mãe, que falavam sobre figuras como o "zoio vermelho" – uma figura de olhos vermelhos – e o lobisomem, que apareciam para assombrá-la.

Eu lembro que ele [ex-marido] chegava de viagem e as vozes pioravam. Ele tentava entrar pra dentro [de casa], só que eu achava que ele tinha virado um lobisomem. Eu começava a lembrar que a minha avó, a minha mãe falava que tinha lobisomem, que o lobisomem comia as crianças. [...] Porque ele voltava barbudo e com cabelo comprido. Daí eu lembro que ele tentava entrar pela janela. Eu não deixava ele entrar. Eu achava que ele ia comer as crianças. [...] Eu escutava o uivo, igual a minha mãe fazia (Nanda).

É porque, eu acho que eu não estava bem, eu comecei a lembrar das coisas quando eu era criança, que minha mãe e meu pai falavam. A minha mãe para assustar meu pai fingia que ela tinha virado lobisomem. Quando meu pai estava lá na casa da outra mulher, ela fingia que era lobisomem, para assustar eles. Então ela ficava rodeando a casa [da outra mulher], fingindo que era lobisomem, para eles ficarem com medo, e ele voltar. Ela queria assustar eles, mas acho que eles nem ligavam. Acho que a gente ficava com medo, ela assustava a gente só (Nanda).

Quando nós morávamos numa chacinha, nós morávamos na frente da casa da minha avó. [Lá] tinha um pé de limão, às vezes, eu queria ir lá na casa da minha avó, aí minha mãe falava: ‘vai lá que o “zoio vermelho” está lá embaixo do pé de limão’. [...] Eu imaginava um bicho, aí eu queria ir lá, só que eu começava a imaginar que tinha um bicho com os olhos vermelhos lá embaixo do pé de limão. Quando a gente começava a fazer bagunça, minha mãe falava: ‘olha o Zoio Vermelho embaixo da cama’. Começou assim, parecia que eu via aquilo, desde criança (Nanda).

Nanda entende que a mãe utilizava essas figuras folclóricas para assustar tanto ela como seus irmãos, com o objetivo de evitar que eles se colocassem em situações de risco, como sair de casa à noite. Em outros momentos, a mãe chegava a se fantasiar de fantasma para assustar os filhos quando faziam bagunça. Nanda percebe essas atitudes como reflexo das questões e processos emocionais que a mãe enfrentava frente à relação conturbada com o marido e devido à ausência de apoio deste cônjuge na criação dos filhos. No entanto, ainda que Nanda compreendesse a particularidade desses eventos e conseguisse explicá-los, parece ter internalizado esses processos e essas figuras, se apropriando dele como um novo sistema de significação. O folclore como uma forma de se relacionar com o mundo, uma forma de explicar aspectos da própria realidade que não possuíam outra explicação possível, por exemplo, o marido que se transforma em lobisomem. As vozes parecem ter uma função de proteção e alerta frente a uma ameaça, pois em alguma medida a relação com o ex-marido já não representava confiança.

Para Felipe, o **sistema de significação** que orientava sua experiência estava profundamente relacionado à espiritualidade, especialmente na religião de base cristã. Desde pequeno, ele frequentava a igreja evangélica com a mãe, essa atividade humana passa a ser mediadora da relação indivíduo-mundo. Essa mediação é fundamental para compreender a dinâmica do desenvolvimento psíquico e as possíveis transformações que ocorrem na personalidade, assim como seus contextos de desorganização ou desintegração psíquica. A atividade religiosa assumiu um papel central na hierarquia de motivos de Felipe, promovendo um processo de internalização e regulação de sua conduta, Felipe acreditava que deveria agir como Jesus.

Então, como eu disse para você... eu achava que eu era um ser poderoso. Eu achava que Jesus... existiam vários Jesus. Eu era um daqueles Jesus. E daí eu queria fazer as coisas que o Jesus fez [...] Morrer na cruz. Eu quando fui internado, eu cruzava as pernas e pensava que eles iam vir me agredir para me matar, para eu morrer [...] Assim como Jesus morreu. Eu queria morrer como Jesus morreu, para ajudar a minha família, para eu não ir para um lugar ruim. Só que aí quando eu cheguei em casa, eu vi que não era aquilo lá mais. Eu vi que era tudo da minha cabeça (Felipe).

Entendemos que as vozes parecem ser a representação de um outro, uma forma de cisão de sua subjetividade. De modo que as vozes anunciam um drama pessoal, os conflitos internos, permitindo que Felipe dissocie essas experiências conflituosas de si mesmo. Ao dissociar de si, ele passa a encontrar explicações para essas contradições. Elas não são percebidas como seus próprios pensamentos ou como reflexos das contradições em sua vida, como o trabalho alienado, ou episódios de violência, mas como algo que “Deus escolheu para ele”, algo que ele “precisava vivenciar”.

Portanto, este conflito também é externo, as vozes aparecem, pois as práticas sociais de dominação e as expressões da exploração são intoleráveis. As vozes denunciam essa contradição, as tensões entre indivíduo-mundo, entre a realidade e as necessidades do indivíduo. No caso de Felipe as vozes surgem quando ele trabalhava como boleiro, um trabalho alienado, num momento de transição da personalidade.

A religião como **sistema de significação** apresenta contradições, logo que sistemas religiosos colaboram historicamente para a manutenção de opressões, inclusive se baseia em uma lógica de punição e opressão dos indivíduos sob seus pensamentos e comportamentos. Ao passo que atribuir as vozes a si mesmo poderia ser emocionalmente insuportável, e a espiritualidade oferece uma espécie de “alívio” ao deslocar essa responsabilidade, a volição a um outro – assim torna-se mais possível lidar com as contradições da própria realidade.

Eu fico muito triste. Eu queria ser igual às outras pessoas, não queria ser como eu sou, mas Deus escolheu para mim ser assim, né? Ele escolheu. Ele é um mestre, ele pode tudo (Felipe).

Mas eu acho que o que eu passei, eu tinha que passar. Que passei, o que vou passar, eu vou ter que passar. Porque eu tenho muito desejo de um dia encontrar com Deus, encontrar com a minha mãe (Felipe).

Ah, é uma doença. Mas eu acredito que pode ser uma coisa espiritual. [...] Só que eu tenho que tomar o remédio, né, para ficar bem [...]. Então eu acredito mesmo que é um pouco espiritual essa doença, é um pouco espiritual, porque quando eu saí caminhando eu aprendi várias coisas. Passei em lugares que não devia ter passado (Felipe).

Felipe interpreta sua experiência com as vozes a partir da espiritualidade como **sistema de significação**. Felipe internalizou que as vozes seriam uma espécie de dom e uma missão que

precisava cumprir ou seriam fruto da maldade das pessoas. Ao passo que também acredita que pode ser um “parafuso que falta” (sic), portanto compreendendo as vozes enquanto doença, uma disfunção. Refletindo duas produções humanas socialmente compartilhados, a espiritualidade e a ciência médica.

Pode ser a doença. Ou pode ser uma maldade, que fica na cabeça da gente falando, né? O que que o remédio faz? Está faltando um parafusinho, daí você toma um remedinho pra fechar aquele buraquinho, aquele parafuzinho que tá faltando. [...] Eu, ó, eu sendo sincero, eu acho, é porque as vozes estão dentro da cabeça, não é fora. O remédio é como se fosse uma vacina. Uma vacina contra o inimigo pra não pensar coisa negativa. Eu acredito que seja um inimigo (Felipe).

Utilizando da descrição de Vigotski (1998) acerca da estrutura do pensamento em pessoas autistas, entendemos que no caso de ouvintes de vozes o pensamento também parece ser guiado pelos afetos. Nesse contexto, os processos emocionais desempenham um papel central no pensamento, estando subordinada aos impulsos afetivos.

Segundo Vigotski (1998), essa forma de pensamento surge especialmente quando a realidade entra em conflito com as possibilidades e necessidades do indivíduo ou quando ele adota uma postura “irreal” em relação à realidade – entendemos que seria mais apropriado descrever que o indivíduo adota uma postura dissonante ou alterada em relação à realidade.

Essa peculiaridade, conforme Vigotski (1998), não se limita à infância e pode se manifestar também em adultos, constituindo um tipo de pensamento orientado principalmente por impulsos emocionais. Portanto o motivo que orienta a atividade são as emoções.

Para Janaíno, que possui diagnóstico de esquizofrenia desde os 18 anos, a doença significa "descontrole, pesadelo, sonhar acordado" (sic), e este quadro iniciou com pensamento mais delirantes, relacionados ao fim do mundo. As vozes só se manifestaram recentemente, em 2020. Janaíno apresenta um nível de organização psíquica prejudicado, em alguns momentos parece desorientado no tempo-espço. Dessa forma, Janaíno ainda tem dúvidas se as vozes são manifestações de seus próprios pensamentos ou se são algo externo. Relata que, na infância, sofreu bullying e sentia que as pessoas queriam fazer-lhe mal, as vozes seguem um conteúdo muito semelhante ao que vivenciou no passado.

Eu fico pensando, será que tem alguém que me conhece que está fazendo isso contra mim? Ou será que é coisa da minha cabeça? Às vezes quando passa carro, parece que o carro passa por mim e fala isso [...] parece que tem alguém por fora. Será que alguém passa por mim agora que me vê e mexe comigo? Ou será que eu ouço voz mesmo? Será que eu estou escutando vozes mesmo? Daí tem essas dúvidas aí [...] ah, dá mais impressão ainda que tem pessoas, que são assim, contra mim (Janaíno).

Eu não sei, dá a impressão que é alguém que me conhece. Às vezes, alguém que tem eu como inimigo. Daí tem momentos que sabe onde eu estou. Às vezes, quando estou andando nas ruas também, diz. [...] Às vezes quando tá cheio de gente em perto, às vezes quando só tá eu sozinho. Várias formas (Janaíno).

Janaíno constrói uma narrativa de que as vozes dizem coisas sobre seu estado civil de forma pejorativa, tecendo comentários sobre o fato de estar solteiro, muito semelhante à como fazia seu pai. Esse fato, que se apresenta enquanto uma insegurança pessoal, também se torna um elemento central em sua vida, desencadeando crises. As vozes e esses delírios parecem denunciar uma necessidade, assim como as crises surgem frente a obstrução dessa demanda pessoal de exercício da vida afetiva.

Um moço que está no meio de uma multidão de pessoas. E ele sabe que todos ali tem relacionamento, tem namorado, ex-namorado, tudo. E ela é a única pessoa que não tem. Daí a pessoa, alguns deles malvados, gostam de provocar sabendo que ele é solteiro, que não tem o que eles têm. Isso provoca assim a pessoa. E é assim, as vozes, desse jeito (Janaíno).

Eu comecei a perceber que cada vez que meus irmãos chegavam na minha casa com as namoradas deles, o meu pai sabendo que eles são da igreja que eu vou, ele sabe que lá eu sou o único solteiro [...] Eu ouvia as conversas dele com os filhos dele, com os meus irmãos. Às vezes falavam em emprego, às vezes falavam em tempos de namoro. E começava a conversar com ele assim sobre situações boas que eles tiveram e tudo na minha presença pra querer me humilhar e me provocar, sabendo ele que todos os meus irmãos tinham uma namorada, e eu sou o único que sou solteiro (Janaíno).

A escuta de vozes teve início em 2020, quando Janaíno retornou para a casa de seus pais, após ter fugido para a casa de uma tia. Entende-se que uma das **vivências traumáticas** em sua vida, provavelmente associada ao surgimento das vozes, foi a situação envolvendo a filha de seu primo. Embora tenha ocorrido uns anos antes, o episódio em que acreditou que a filha de seu primo estava prometida como sua noiva se configura como um evento marcante que precede a experiência com as vozes.

No caso de Hortência, observa-se que a atividade religiosa ganha contornos bem particulares e uma centralidade em sua vida. O desenvolvimento do sentido pessoal envolve a identificação dos motivos que impulsionam a atividade humana e a relação do sujeito com esses motivos, conforme Leontiev (2004).

Hortência foi diagnosticada com bipolaridade desde que iniciou o acompanhamento em saúde mental. Ela sempre ouviu vozes, no entanto não foram as vozes que definiram seu sofrimento psíquico, tampouco adquiriram uma centralidade a ponto de receber um diagnóstico de esquizofrenia. Hortência ouvia vozes até o momento em que participou da pesquisa, no entanto predominam vozes positivas, consideradas protetoras. Hortência as significa como vozes de Deus, ocupando uma função de acolhimento e proteção, dizendo coisas boas como que ela será feliz. As vozes parecem ocupar um papel de apoio/ suporte que outrora foi ocupado pelos pais.

Às vezes eu penso que para mim. Faz um bem, às vezes penso que faz um mal. Quando eu ouço voz bonita, voz dizendo coisas bonitas, eu escuto. Quando diz coisas feias, eu não escuto. Não dou bola pra isso. [...] É, esses dias eu ouvi. Falando que eu ia ser muito feliz. Dizem que eu sou feliz. Que vou ter muito dinheiro (Hortência).

Eu acho que Deus tá falando comigo. Eu penso, não, coloco Deus na minha vida. Essas vozes eu coloco Deus. Penso que é Deus que tá falando comigo, as vozes de apoio é Deus. [Quando é ruim] daí não sei mais (Hortência).

A maneira como o indivíduo se apropria da realidade e atribui significado a ela está diretamente relacionada aos motivos que impulsionam suas atividades e à relação que ele estabelece com esses motivos. No caso de Hortência, a religião desempenha um papel central em seus motivos e os modos de viver a vida. Desde cedo, ao abandonar os estudos, ela direcionou suas atividades para o trabalho reprodutivo, à atividade do lar, ao cuidado com as terras da família e a agricultura, além de, posteriormente, se dedicar ao casamento. Hortência tem como princípios a dedicação ao lar e ao casamento fundamentados principalmente na religião cristã. Nota-se novamente a relação contraditória que a religião possui nos processos de significação, dá base aos sentidos ampam a pessoa, e ao mesmo tempo, também colabora para produção de sentidos que convergem com a manutenção de relações de dominação e dos papéis de gênero baseados em estereótipos.

Em resumo nota-se que a significação é a maneira pela qual o ser humano interpreta e assimila a experiência humana refletida e generalizada, mediando como compreende a realidade; por outro lado, o sentido pessoal envolve os motivos que impulsionam a atividade e a relação do indivíduo com esses motivos. A estrutura da consciência, portanto, está intimamente ligada à estrutura da atividade, de modo que o desenvolvimento psíquico se enraíza na interação do indivíduo com o mundo social (Leontiev, 2004).

As histórias de vida revelam que a maioria dos participantes interpretam a experiência com as vozes a partir da atividade religiosa, portanto, o sistema de significação que orienta a relação com a realidade é a espiritualidade, surgindo vozes de Deus, anjos, demônios, entidades, espíritos – como é o caso de Conrado, Anastácia, Felipe, Hortência, Nanda.

Outros sistemas de significação possíveis aparecem de forma minoritária, como o caso de Nanda, que apresenta o folclore como um dos sistemas de símbolos adquiridos e apropriados na cultura brasileira – fazendo-a ouvir vozes de lobisomem ou o “zoio vermelho”.

Amélia compartilha da religiosidade como sistema de significação, contudo as particularidades relacionadas à migração, trabalho e cultura foram fundamentais e, este sistema de símbolos compartilhado socialmente fundamentaram sua relação com a realidade e constituíram um novo sistema de significação. No caso de Murilo o sistema de significação é orientado pela pelas produções históricas desenvolvidas pela ciência médica/psiquiátrica. Enquanto que Aurora compartilhava tanto dos significados atribuídos pela prática da umbanda como a perspectiva do movimento de ouvidores de vozes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados e análise desde as categorias que emergiram, chegamos a algumas conclusões, mesmo que na totalidade do campo estudado elas sejam preliminares e modestas. Uma das contribuições deste estudo foi a sistematização do que ficou definido como sistemas de significação. Segundo Leontiev (2004), a significação é uma forma de objetivação e generalização da realidade, sistematizada por meio da linguagem – palavras, conceitos, expressões, signos. Ela representa a cristalização da experiência e prática social da humanidade, que passa a constituir sistemas de significação - esse sistema abrange as diversas produções e sistematizações elaboradas historicamente. Constituem esses sistemas de significação a ciência, a linguagem, a cosmovisão.

Nesse processo, a realidade objetiva passa a ser percebida subjetivamente por cada pessoa, essa apropriação e objetivação da realidade na consciência ganha um caráter individual – o reflexo psíquico da realidade – levando à produção do sentido pessoal (Leontiev, 2004). Cada pessoa passa a perceber e significar a realidade e o mundo enquanto ser social e histórico, esse processo se especifica, pois envolve os motivos que impulsionam e orientam a atividade do indivíduo – esse processo depende de como cada indivíduo assimila e integra essas significações na própria personalidade e a partir da vivência. Os motivos da atividade, a experiência de vida e as significações do qual o indivíduo se apropriou, posteriormente, colaboram para a produção de sentido relacionada às vozes, isto é, como é compreendida e significada a experiência de escuta de vozes.

A estrutura da consciência está intimamente ligada à estrutura da atividade, de modo que o desenvolvimento psíquico se fundamenta e constrói na interação do indivíduo com o mundo social (Leontiev, 2004). A consciência, portanto, não é um elemento isolado; ela surge da atividade prática e socialmente mediada, que tem o poder de transformar tanto a realidade quanto o próprio indivíduo. Assim, como já mencionado, a maneira como o indivíduo se apropria da realidade e atribui significado a ela está diretamente relacionada aos motivos que impulsionam suas atividades e à relação que ele estabelece com esses motivos.

Com a modificação da atividade, as significações se transformam, e, por sua vez, o sentido pessoal dado às vozes. Entende-se que esse sistema de significação pode tanto reforçar uma lógica de opressão-dominância-subordinação, como pode contribuir para fortalecimento da autonomia e emancipação.

Na análise das entrevistas foi possível identificar que a maioria dos participantes interpretam a experiência com as vozes a partir da atividade religiosa, portanto, o sistema de significação que orienta a relação com a realidade é a espiritualidade – sendo presentes vozes de Deus, anjos, demônios, entidades, espíritos. A cultura também pode consistir em um sistema de símbolos compartilhado socialmente que fundamentam a relação do indivíduo com a realidade e constituem um novo sistema de significação – como no caso das vozes da máfia japonesa e do folclore brasileiro. Por outro lado, a ciência médica/psiquiatria é uma produção humana refletida e generalizada que media a compreensão da realidade, portanto, consiste em um dos sistemas de significação possíveis – caracterizando a relação de alguns participantes que reconhecem e compreendem a escuta de vozes como um transtorno mental.

Ratner (1995) define a “doença mental” como uma atividade psicológica culturalmente desorganizada resultado das pressões sociais destrutivas, que frequentemente, envolvem necessidades psicobiológicas não atendidas. Essas práticas destrutivas desorientam, despersonalizam, desvalorizam e intimidam as pessoas, retirando delas o apoio e a estabilidade necessários. Colocando os indivíduos em situações contraditórias e insustentáveis, forçando-os a realizar atividades indesejadas, retirando o sentido da atividade (Ratner, 1995).

Assim como Ratner, entendemos que diante da escassez de recursos para lidar com situações adversas e frente à obstrução do desenvolvimento, o indivíduo recorre à imaginação enquanto ferramenta psíquica para lidar com suas necessidades não atendidas. A escuta de vozes pode ser um processo adoecedor por inserir um sofrimento, contudo não indica necessariamente um processo patológico, um diagnóstico clínico, ou mesmo uma regressão a funções psíquicas elementares – como tem discutido Vigotski em suas produções sobre a esquizofrenia.

Vigotski (1998) em seus estudos sobre a defectologia identifica que o pensamento em pessoas autistas é regido pelos afetos. Nesses casos, o pensamento está subordinado aos impulsos emocionais, aos processos do campo afetivo. Consideramos essa dinâmica particular do pensamento semelhante ao que ocorre em indivíduos que ouvem vozes, pois segundo o autor, essa forma de pensamento surge especialmente quando a realidade entra em conflito com as possibilidades e necessidades do indivíduo (Vigotski, 1998). Essa peculiaridade, conforme Vigotski (1998), não se limita à infância e pode se manifestar também em indivíduos adultos, constituindo um tipo de pensamento orientado principalmente por impulsos emocionais, como identificamos em momentos de agudização do sofrimento.

Nessa lógica, nos baseamos em Zeigarnik, que considera que a desintegração da atividade mental não é o oposto do desenvolvimento; trata-se de um curso com leis e características próprias, que passa a integrar o curso geral do desenvolvimento. Nesse contexto, a desintegração implica a perda de certas funções psíquicas, o que geralmente ocorre em casos mais graves, como na esquizofrenia ou em transtornos neurodegenerativos. Já a desorganização, por outro lado, preserva os processos psíquicos, embora a forma e o curso da atividade mental sejam alterados, o que dificulta o controle do comportamento, ou seja, o autodomínio da conduta. O processo de escuta de vozes pode se manifestar dessas duas formas, o que os difere é o papel das vozes na hierarquia de motivos.

Uma das hipóteses formuladas é que a escuta de vozes faz parte de um processo psíquico relacionado com a formação do pensamento e da linguagem, sendo uma forma de fala interna. Sendo possível demonstrar quando uma das participantes, mesmo estando em outro país, escutava as vozes falando em português. Essa vivência particular à experiência de Amélia ratifica como as vozes refletem processos internos da estrutura do pensamento e da linguagem, essa intersecção que resulta no desenvolvimento do pensamento verbal - uma fala interna, como temos pensado neste estudo.

O conceito de circunstâncias desagregadoras foi um dos principais resultados a que se chegou com este estudo. Entendemos que nas trajetórias individuais dos participantes da pesquisa existiram situações e eventos que foram desagregadores ao psiquismo. Esta hipótese utiliza como base as formulações de Ratner, Zeigarnik, a teoria da atividade de Leontiev e a teoria da personalidade em Vigotski.

As circunstâncias que podem ser desagregadoras e colaboram para a gênese das vozes foram categorizadas como apresentado no capítulo anterior: dificuldades nos relacionamentos interpessoais e comunicação, em especial nos relacionamentos amorosos e com as figuras parentais; vivências traumáticas e mobilizadoras emocionalmente, como acidentes, desastres ou eventos inesperados; sofrer diversas formas de violências, negligências, maus-tratos, incluindo bullying, abuso sexual e aborto; as relações sociais capitalistas, outras expressões da organização do trabalho e da transição para vida profissional.

Entendemos que as relações sociais podem compor tanto processos críticos protetores como destrutivos, podendo constituir tanto processos ruins, prejudiciais ao desenvolvimento ou benéficos e potentes. Relacionamentos amorosos/afetivos são complexos e apresentam especificidades, e ocasionalmente representam uma contradição entre acolhimento-opressão. Existem dramas na esfera dos relacionamentos amorosos/afetivos que inserem um sofrimento,

por representarem um processo negativo, marcado por violências, desgaste, frustrações, cobranças. Algumas relações familiares também foram produtoras de sofrimento, uma vez que, reproduziram violências, abusos ou foram caracterizadas por maus-tratos ou negligência. Portanto, inserem um caráter contraditório à vivência do indivíduo, que oprime e acolhe ao mesmo tempo.

Foi possível identificar na revisão de literatura que o escutar vozes parece funcionar como metáfora, ou como um mecanismo encontrado pelo psiquismo em situações conflitantes, dramáticas. Para Delari Junior (2011), o drama reflete conflitos internos na relação indivíduo-meio social, ao expressar as tensões entre as forças internas e externas. A definição de drama proposta pelo autor se relaciona à experiência de escuta de vozes, pois nela se revela a expressão de contradições e conflitos internos que emergem da relação dialética indivíduo-sociedade. Assim como o gênero “drama” na arte convida e convoca à compreensão e elaboração de emoções complexas, a escuta de vozes pode ser entendida como uma manifestação desses conflitos internos, oferecendo uma saída simbólica para que o indivíduo enfrente e compreenda esses tensionamentos psíquicos. Entendemos que a pressão para cumprir certos papéis sociais, ou satisfazer certas expectativas externas podem gerar tensões no desenvolvimento da personalidade; ao não encontrar vias de resolução para este conflito pode ser gerado um sofrimento ou agravar processos já existentes, em alguns casos, pode manifestar-se por meio de vozes não ouvidas pelos outros.

Uma das hipóteses aqui formuladas, é que as vozes parecem ser a representação de um outro, algo externo ao indivíduo e diferente dele (anjos, a máfia, Deus, espíritos). Definimos até aqui que as vozes denunciam conflitos internos e dramas pessoais, e por serem difíceis ou até mesmo intoleráveis aos indivíduos é necessária uma ruptura de si – dissociar de si mesmo. Dessa forma, as vozes seriam uma forma de cisão da subjetividade do indivíduo, ao destinar a um outro os dramas vividos, os incômodos sentidos, as vivências traumáticas. Ao dissociar de si, torna-se possível conviver com essas contradições, pois, dessa forma, não mais “pertencem” ao indivíduo. Algumas contradições desveladas nas entrevistas foram: conviver com um trabalho precarizado produtor de desgaste, lidar com situações de violência doméstica, conviver com conflitos familiares, viver a perda e o luto de um ente querido, passar pela instabilidade de um processo migratório. Essas vivências podem ser intoleráveis para o psiquismo, sendo difícil elaborar e denunciar frente ao sofrimento produzido.

Quando esse conflito aparece enquanto uma voz divina, mensagens de anjos ou como ameaças da máfia torna-se mais suportável conviver com ele, dado que esse sofrimento passa a

vir “de fora”, desta voz ou desta entidade, e não das próprias relações, da vida material e objetiva, da própria realidade contraditória. Portanto, este conflito além de interno também é externo, pois trata-se de um conflito com a realidade, com as práticas sociais de dominação e exploração, que são intoleráveis. As vozes denunciam essa contradição, as tensões entre indivíduo-mundo, entre a realidade e as necessidades do indivíduo.

Entendemos ainda que a religião como sistema de significação apresenta contradições, logo que sistemas religiosos colaboram historicamente para a manutenção de opressões, e baseiam-se em uma lógica de punição e opressão. Ao passo que atribuir as vozes a si mesmo poderia ser emocionalmente insuportável. Então, a espiritualidade oferece uma espécie de “alívio” ao deslocar essa responsabilidade, a volição a um outro – assim torna-se possível lidar com as contradições da própria realidade. Essa resposta do psiquismo é uma forma de resistência, de luta e autoproteção da subjetividade.

Portanto, as vozes expressam essa contradição, o tensionamento entre as necessidades do indivíduo – seus motivos, emoções e planos pessoais – em outras palavras, diz respeito aos processos do curso da reprodução da vida individual, frente às demandas do capital. Essa unidade contraditória, entre vivências de ameaça-exploração e as necessidades de reprodução da vida, se chocam e se expressam como conflitos. Tamanho o impacto que tais conflitos geram, que podem “levar à loucura”, cujo marcador mais visível consiste em ver e ouvir coisas que os outros não veem e nem escutam.

Ratner (1995), em suas reflexões sobre a loucura, oferece contribuições importantes sobre as determinações sociais do sofrimento psíquico e, em particular, da psicose. O autor caracteriza alguns eventos como “específico, anômalo e desintegrador”, esses processos são internalizados e se singularizam no indivíduo, levando a expressões emocionais como o medo, o desamparo e a instabilidade. Esse contexto, que coloca as pessoas em situações contraditórias e insustentáveis, tende a afetar seus processos psíquicos, seu desenvolvimento emocional e cognitivo. A partir da análise das entrevistas identificamos que há uma série de eventos que podem compor este contexto, a migração como no caso de Amélia, acidentes como no caso de Hortência, desastres como em Janaína.

Nos casos de Amélia, Aurora, Pedro, Felipe, Murilo, Conrado e Anastácia, também se observa o impacto do que Ratner (1995) descreve como “comportamentos normativos vigentes”, referindo-se a práticas de competição destrutiva e condições de trabalho alienantes que estiveram presentes em suas vivências de trabalho. Esses processos representam práticas

sociais debilitadoras que influenciam diretamente no desenvolvimento crítico e atípico das funções psíquicas.

Breilh (2006) revela que o processo saúde-doença não é resultado da exposição do indivíduo à fatores de risco, mas à imposição de condições de vida-relações-trabalho determinadas pelo modo de produção e relações capitalistas. As relações sociais capitalistas produzem processos e vivências orientadas pela lógica dominação-exploração. Portanto, o processo de adoecimento na experiência de escuta de vozes está associado ao desenvolvimento deste indivíduo cindido, que não encontrou ferramentas para lidar com a realidade e suas contradições, e encontra na escuta de vozes um mecanismo psíquico para lidar com o intolerável.

Entendemos que as vozes são também expressões das relações sociais capitalistas, ou como define Ratner (1995), são resultados de práticas sociais debilitadoras. As vozes tanto podem ser decorrentes dessas práticas sociais, como seu conteúdo pode ser determinado por essas relações. Considerando a unidade singular-particular-universal, tanto a lógica de competição-exploração, como as relações patriarcais, as opressões raciais se manifestam na singularidade por meio das circunstâncias desagregadoras, que podem ser vivências de bullying, violência, abuso sexual, maus-tratos, em diferentes contextos e momentos da vida. Essas situações despersonalizam e amedrontam o indivíduo, despojando a pessoa do apoio, da rede de proteção e da estabilidade que necessita. No entanto, como aponta Ratner (1995), o caráter psicótico de uma vivência depende de seu contexto sociopsicológico, pois em algum nível todos apresentamos julgamentos irracionais, delírios, alucinações ou tranSES, e estas experiências não são necessariamente sintomas psicóticos.

Ratner (1995) descreve a psicose como uma ruptura na socialidade, uma quebra de comunicação e interação com os outros. Por não encontrar relações de apoio, suporte na coletividade, o indivíduo constrói um mundo próprio. Identificou-se na pesquisa que o acolhimento do meio social pode ser um processo crítico protetor para a experiência de escuta de vozes, e um aspecto diferencial quando pensamos no adoecimento em caso de sintomas psicóticos, levando a desfechos positivos. Através do acolhimento do meio social torna-se possível a ampliação das possibilidades de vida e existência; no sentido de possibilitar o desenvolvimento humano, a continuidade de vida, a produção de sentido para além da doença.

Breilh (2010) descreve que uma sociedade saudável está diretamente relacionada com a possibilidade de desenvolver modos de vida que promovam processos protetores e de suporte, coletivos, familiares e individuais. Estes processos devem possibilitar o desenvolvimento de

formas biológicas, fisiológicas e psíquicas plenas que, por sua vez, sustentam e forjam uma vida com qualidade (Breilh, 2010). Os processos de saúde-doença são conformados a partir de uma relação dialética em decorrência: da reprodução social sob a lógica da acumulação de capital e suas relações políticas e culturais; dos modos de se viver a vida, dos processos sociais em função da classe social, gênero e etnicidade; do estilo de vida pessoal, e como se singularizam no modo de viver, em fenótipos, genótipos (Breilh, 2024).

Entende-se que esse acolhimento do meio também advém dos processos de escolarização, os quais garantem aos indivíduos uma maior autonomia na idade adulta, ao possibilitar a inserção em uma atividade laboral, o desenvolvimento pessoal-profissional e a possibilidade de mobilidade na estratificação social. Enquanto que a interrupção do processo de escolarização pode levar ao cerceamento das possibilidades de desenvolvimento pessoal. Nesses casos a interrupção dos estudos deixaram as mulheres restritas ao trabalho reprodutivo, às atividades domésticas e de cuidado, enquanto que os homens permaneceram em relações de trabalho precarizadas. É possível notar que entre os participantes com maiores níveis de escolarização, houve menos casos de internamento quando em crises psicóticas agudas, nesses casos outras estratégias foram desenvolvidas – como maior suporte familiar, contenção medicamentosa, busca por outros serviços de saúde. Nesta busca por alternativas ao tratamento, a procura por grupos de ouvintes de vozes autônomos se tornou uma estratégia comum para lidar com a experiência, ainda que permanecessem inseridos no circuito psiquiátrico.

Em alguns casos a crise de saúde mental coincide com uma crise no desenvolvimento, logo que os processos críticos coincidiram com a transição da adolescência para a vida adulta. Nessa fase, os jovens desenvolvem uma atitude mais séria em relação ao trabalho e mostram interesse em atividades socialmente úteis, adquirindo conhecimentos e técnicas para sua execução (Moro Rios, Rössler, 2017). Por ser uma fase de transição entre o fim da adolescência e o início da vida adulta, com novas cobranças e responsabilidades, é possível que a pressão social para se adequar à lógica produtiva tenha corroborado para o surgimento das vozes.

Quando a norma é definida em termos de produtividade, a ideologia do desvio e os processos sócio-psiquiátricos acabam servindo apenas para fortalecer a ideologia dominante e as relações fundamentadas na lógica capitalista (Basaglia, 2010). Nota-se em todos os casos a produção de um estigma relacionado à doença, além de uma cobrança interna e externa por afastar-se deste lugar de desviante e “louco” – dado que a loucura está associada à improdutividade. No entanto, há casos em que o trabalho (ou a ausência dele) foram processos que impulsionaram essa desintegração psíquica, essa cisão da subjetividade; seja pela

sobrecarga laboral ou por não conseguirem desempenhar e cumprir com demandas de trabalho sob a lógica do capital.

O conceito de "estereótipos de adaptação" de Laurell (1989) se faz importante, pois está relacionado à determinação dos modos de "andar a vida" dos indivíduos. A autora explica que a adaptação é a capacidade do corpo de responder com plasticidade às condições específicas de desenvolvimento, o que resulta em mudanças nos processos fisiológicos, corporais e psíquicos. Esse processo pode tanto favorecer a sobrevivência em condições precárias quanto levar à destruição da integridade corporal e física. Laurell (1989) aponta que os processos particulares de adaptação conferem características únicas aos nexos biopsíquicos, conformando também o que são processos de desgaste e o perfil patológico de um grupo.

Esses processos emergem do modo como os indivíduos interagem com a realidade objetiva. No contexto do trabalho, Laurell (1989) identifica uma contradição: os trabalhadores resistem à sua própria desumanização, mas o processo de trabalho no capitalismo leva a adaptações que resultam em desgaste, o que pode incorrer (potencial ou efetivamente) na perda da capacidade corporal e psíquica. Na presente pesquisa, é possível concluir que a escuta de vozes pode ser, em algum nível, um "estereótipo de adaptação", frente às circunstâncias desagregadoras impostas por uma realidade marcada por relações de dominação-exploração-subordinação, relações de opressão, o capitalismo patriarcal, condições de vida e trabalho desumanizantes. As vozes se apresentam, portanto, como mecanismos biopsíquicos que resistem aos processos de desumanização, para proporcionar e possibilitar a sobrevivência biopsíquica dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- AALI, Ghazaleh; KARIOTIS, Timothy; SHOKRANEH, Farhad. Avatar Therapy for people with schizophrenia or related disorders. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 5, n. 5, p. CD011898, 2020.
- ALMEIDA, Melissa Rodrigues; GOMES, Rogério Miranda. MEDICALIZAÇÃO SOCIAL E EDUCAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA. **Nuances: Estudos sobre Educação, Presidente Prudente**, v. 25, n. 1, p. 155–175, 2014. DOI: 10.14572/nuances.v25i1.2728. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2728>. Acesso em: 17 fev. 2025.
- ALMEIDA, Melissa Rodrigues. **A formação social dos transtornos de humor**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, São Paulo, 2018.
- ALMEIDA, Melissa Rodrigues; CARVALHO, Bruno Peixoto; TULESKI, Silvana Calvo. Psicologia Histórico-Cultural e sofrimento psíquico: superando as concepções hegemônicas sobre a esquizofrenia. In: TULESKI, S. C.; FRANCO, A. F. (Org.). **O processo de desenvolvimento normal e anormal para a psicologia histórico-cultural: estudos contemporâneos**. Maringá: Eduem, 2019.
- ANTUNES, Milena Prestes; KLEPA, Victória de Biassio; ALMEIDA, Melissa Rodrigues de. A atenção psicossocial às crises em saúde mental: contribuições da psicologia histórico-cultural. In: FACCI, Marilda Gonçalves Dias; MARINO, Armando; SILVA, Fabiola Batista Gomes da (Org.). **Pesquisas e práticas sobre o sofrimento e o adoecimento com fundamentos na psicologia histórico-cultural**. Curitiba: Appris Editora, 2024.
- ANDREW, E. M.; GRAY, Nicola; SNOWDEN, Robert. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. **Psychological medicine**, v. 38, n. 10, p. 1409–1417, 2008.
- ANKETELL, Caroline; DORAHY, Martin J.; CURRAN, David. A preliminary qualitative investigation of voice hearing and its association with dissociation in chronic PTSD. **Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)**, v. 12, n. 1, p. 88–101, 2011.
- ANKETELL, Caroline; DORAHY, Martin J.; SHANNON, Maria; *et al.* An exploratory analysis of voice hearing in chronic PTSD: potential associated mechanisms. **Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)**, v. 11, n. 1, p. 93–107, 2010.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Franco Basaglia: novas histórias para a desinstitucionalização. In: AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. p. 65-106. ISBN 978-85-7541-327-2. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413272.0005>. Acesso em: 17 jan. 2025.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARENDT, Mikkel; ROSENBERG, Raben; FOLDAGER, Leslie; PERTO, Gurli; MUNK-JØRGENSEN, Povl. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. **British Journal of Psychiatry**, v. 187, p. 510–515, 2005. doi:10.1192/bjp.187.6.510.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. **Conferenze Brasiliane**. Milão: Raffaello Cortina Editore, 2000.

BASAGLIA, Franco; ONGARO BASAGLIA, Franca. A doença e seu duplo: propostas críticas sobre o problema do desvio. In: BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 161-186.

BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

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

BAKER, Paul. **A voz interior: um guia prático para e sobre pessoas que ouvem vozes**. Orgs.: Adelmá Pimentel, Nazareth, Pablo Seabra; trad. Raimundo da Costa Moura. 1 ed. Belém: UFPA. 128 p. 2019.

BARRAL, Daniel de Castro; ZANELLO, Valeska. Estudos das masculinidades na psicologia brasileira: da invisibilidade da crítica à crítica da invisibilidade. **Revista Psicologia & Política**, São Paulo, v. 21, n. 52, set./dez. 2021.

BAUMEISTER, David; SEDGWICK, Otilie; HOWES, Oliver; PETERS, Emmanuelle. Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. **Clinical psychology review**, v. 51, p. 125–141, 2017.

BAUMEISTER, David; WARD, Thomas; GARETY, Philippa; JACKSON, Mike; MORGAN, Craig; CHARALAMBIDES, Monica; CHADWICK, Paul; HOWES, Oliver; PETERS, Emmanuelle. Need for care, adversity exposure and perceived stress in clinical and healthy voice-hearers. **Psychological medicine**, v. 51, n. 11, p. 1944–1950, 2021.

BEGEMANN, M. J. H.; SOMMER, I. E.; BRAND, R. M.; OOMEN, P.P.; JONGENEEL, A.; BERKHOUT, J. MOLENAAR, R. E.; WIELAGE, N. N.; TOH, W. L.; ROSSELL, S. L. BELL, I. H. Auditory verbal hallucinations and childhood trauma subtypes across the psychosis continuum: a cluster analysis. **Cognitive neuropsychiatry**, v. 27, n. 2–3, p. 150–168, 2022.

BENTALL, Richard P. **Madness Explained**. London: Penguin, 2003.

- BERRY, Katherine; VARESE, Filippo; BUCCI, Sandra. Cognitive Attachment Model of Voices: Evidence Base and Future Implications. **Frontiers in psychiatry**, v. 8, p. 111, 2017.
- BORTOLON, Catherine; RAFFARD, Stephane. A psychological approach of hallucinations: Psychological mechanisms (part I). **Annales Medico-Psychologiques**, v. 179, n. 5, p. 409–416, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. **Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mai. 2016.
- BRATUS, Boris S. **Anomalies of Personality**. Berlin: Deutsch Press, 1990.
- BREILH, Jaime. Epidemiologia: economia, política e saúde. In: **Epidemiologia: economia, política e saúde**. 1991. p. 276-276
- BREILH, Jaime. Entrevista: Jaime Breilh. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 533–540, maio 2015.
- BREILH, Jaime. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. In: **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. 2006. p. 317-317.
- BREILH, Jaime. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: PASSOS NOGUEIRA, Roberto (ed.). **Determinacao social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010. 200 p.
- BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica e a saúde dos povos: ciência ética e corajosa em uma civilização doentia**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2024.
- BUTENAERTS, J. L. M. G.; ROMME, M. A. J.; ESCHER, A. D. M. A. C. Cognitive therapy with psychosis and auditory hallucinations. **Tijdschrift voor Psychiatrie**, v. 41, n. 5, p. 277–286, 1999.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CARVALHO, Bruno Peixoto. Algumas notas sobre a perspectiva histórico-cultural na investigação da esquizofrenia. In: TULESKI, S. C.; FRANCO, A. F.; CALVE, T. M. (Org.). **Materialismo histórico-dialético e psicologia histórico-cultural: expressões da luta de classes no interior do capitalismo**. Paranaíba: EduFatecie, 2020. p. 271-290.
- CHAGAS, Eduardo F. O pensamento de Marx sobre a subjetividade. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 36, n. 2, p. 63-84, maio/ago. 2013.
- COUTO, Maria Laura de Oliveira; KANTORSKI, Luciane Prado. Ouvidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes. **Psicologia USP**, v. 29, n. 3, p. 418–431, set. 2018.

COUTO, Maria Laura de Oliveira; KANTORSKI, Luciane Prado. Ouvidores de vozes de um serviço de saúde mental: Características das vozes e estratégias de enfrentamento. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, p. e219779, 2020.

CORSTENS, Dirk.; LONGDEN, Eleanor. The origins of voices: Links between life history and voice hearing in a survey of 100 cases. **Psychosis**, v. 5, n. 3, p. 270–285, 2013.

CORSTENS, Dirk; ROMME, Marius. [A personal diagnosis for patients who hear voices: symptoms can improve in a meaningful context]. **Tijdschr Psychiatr**, v. 58, n. 2, p. 132–9, 2016.

DAALMAN, K.; DIEDEREN, K. M. J.; DERKS, E. M.; VAN LUTTERVELD, R.; KAHN, R. S.; SOMMER, I. E. Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. **Psychological Medicine**, v. 42, n. 12, p. 2475–2484, 2012.

DAALMAN, Kirstin; DIEDEREN, Kelly. A final common pathway to hearing voices: Examining differences and similarities in clinical and non-clinical individuals. **Psychosis**, v. 5, n. 3, p. 236–246, 2013.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DAVIS, Paige; MEINS, Elizabeth; FERNYHOUGH, Charles. Individual differences in children's private speech: the role of imaginary companions. **Journal of Experimental Child Psychology**, v. 116, p. 561–571, 2013. doi: 10.1016/j.jecp.2013.06.010.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (Org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

DELARI JUNIOR, Achilles. Sentidos do “drama” na perspectiva de Vigotski: um diálogo no limiar entre arte e psicologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 181-197, abr./jun. 2011.

DEVYLDER, Jordan E.; OH, Hans; YANG, Lawrence; CABASSA, Leopoldo; CHEN, Fang-Pei; LUKENS, Ellen. Acculturative stress and psychotic-like experiences among Asian and Latino immigrants to the United States. **Schizophrenia research**, v. 150, n. 1, p. 223–228, 2013.

DORAHY, Martin J.; SHANNON, Ciarán; SEAGAR, Lenaire; CORR, Mary; STEWART, Kellie; HANNA, Donncha; MULHOLLAND, Ciaran; MIDDLETON, Warwick. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 197, n. 12, p. 892–898, 2009.

ESCHER, Sandra; HAGE, Patsy; ROMME, Marius. **Maastricht Voice Interview**. Maastricht: University of Maastricht, 1998. Disponível em <https://improvingmipractices.org/application/files/9615/6924/4250/Maastricht.Mine.pdf>

EL-ASHRY, Ayman Mohamed; ABD ELHAY, Eman Sameh; EL-SAYED, Mona Metwally. The phenomenology of auditory verbal hallucinations among clients with schizophrenia: The

association with acceptance and autonomous action responses. *Arch Psychiatr Nurs*, v. 44, p. 114–121, 2023.

FERREIRA, Giovana Ferracin. **Um estudo à luz da Psicologia Histórico-Cultural sobre a desagregação do pensamento conceitual na esquizofrenia e suas repercussões na estrutura da personalidade**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, 2017.

FERNANDES, Henrique Campagnollo Dávila; ZANELLO, Valeska. Vozes que denunciam opressões: estudos de gênero, saúde mental e alucinação auditiva. In: LEMOS, Flávia Cristina Silveira; *et al.* **Psicologia, história cultural e governamentalidades: racismo, etnicidade, gênero, sexualidades e corpos**. Curitiba: CRV, 2020. p. 241-260.

FERNYHOUGH, Charles. The dialogic mind: a dialogic approach to the higher mental functions. *New Ideas in Psychology*, v. 14, n. 1, p. 47–62, 1996.

FERNYHOUGH, Charles. Alien voices and inner dialogue: towards a developmental account of auditory verbal hallucinations. *New Ideas in Psychology*, v. 22, n. 1, p. 49–68, 2004.

FERNYHOUGH, Charles; BLAND, Kirsten; MEINS, Elizabeth; COLTHEART, Max. Imaginary companions and young children's responses to ambiguous auditory stimuli: implications for typical and atypical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 48, p. 1094–1101, 2007. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01789.x.

FERNYHOUGH, Charles; WATSON, Ashley; BERNINI, Marco; MOSELEY, Peter; ALDERSON-DAY, Ben. Imaginary companions, inner speech, and auditory verbal hallucinations: what are the relations? *Frontiers in Psychology*, v. 10, p. 1665, 30 jul. 2019. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01665. PMID: 31417448; PMCID: PMC6682647.

FISHER, Helen; MORGAN, Craig; DAZZAN, Paola; CRAIG, Thomas; MORGAN, Kevin; HUTCHINSON, Gerard; JONES, Peter; DOODY, Gillian; PARIANTE, Carmine; MCGUFFIN, Peter; MURRAY, Robin; LEFF, Julian; FEARON, Paul. Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, v. 194, p. 319–325, 2009. doi:10.1192/bjp.bp.107.047985.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 148 p.

FRIEDMAN, Lee; KENNY, John; WISE, Alexandria; WU, Dee; STUVE, Traci; MILLER, David; JESBERGER, John; LEWIN, Jonathan. Brain activation during silent word generation evaluated with functional MRI. *Brain and Language*, v. 64, n. 2, p. 231–256, 1998.

FUENTES-CLARAMONTE, Paola; SOLER-VIDAL, Joan; SALGADO-PINEDA, Pilar; GARCÍA-LEÓN, María Ángeles; RAMIRO, Nuria; SANTO-ANGLES, Aniol; TORRES, María Llanos; TRISTANY, Josep; GUERRERO-PEDRAZA, Amalia; MUNUERA, Josep; SARRÓ, Salvador; SALVADOR, Raymond; HINZEN, Wolfram; MCKENNA, Peter J.; POMAROL-CLOTET, Edith. Auditory hallucinations activate language and verbal short-term memory, but not auditory, brain regions. *Scientific Reports*, v. 11, p. 18890, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98269-1>. Acesso em: 3 nov. 2024.

FIALLA, Melissa dos Reis Pinto Mafra; LAROCCA, Liliana Müller; CHAVES, Maria Marta Nolasco; LOURENÇO, Rafaela Gessner. Matriz de processos críticos das violências contra e entre jovens universitários: a experiência da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

FOVET, Thomas; YGER, Pierre; LOPES, Renaud; DE PIERREFEU, Amicie; DUCHESNAY, Edouard; HOUENOU, Josselin; THOMAS, Pierre; SZAFFARCZYK, Sébastien; DOMENECH, Philippe; JARDRI, Renaud. Decoding Activity in Broca's Area Predicts the Occurrence of Auditory Hallucinations Across Subjects. **Biological Psychiatry**, v. 91, n. 2, p. 194–201, 15 jan. 2022. DOI: 10.1016/j.biopsych.2021.08.024.

FUNG, Hong Wang; CHAN, Chitat; ROSS, Colin. Clinical correlates of hearing voices among people seeking interventions for dissociation: a cross-cultural investigation. **Psychosis**, v. 12, n. 4, p. 328–338, 2020.

HAYWARD, Mark. Exploring the experience of hearing voices within an interpersonal framework. **Clinical Psychology**, n. 39, p. 30–33, 2004.

HAYWARD, Mark; SLATER, Luke; BERRY, Katherine; PERONA-GARCELÁN, Salvador. Establishing the “Fit” between the Patient and the Therapy: The Role of Patient Gender in Selecting Psychological Therapy for Distressing Voices. **Frontiers in psychology**, v. 7, p. 424, 2016.

HERIOT-MAITLAND, Charles; LEVEY, Valerie. A case report of compassion-focused therapy for distressing voice-hearing experiences. **Journal of Clinical Psychology**, v. 77, n. 8, p. 1821–1835, 2021.

HOFFMANN, Monika. Changing attitudes in clinical settings: From auditory hallucinations to hearing voices. In: **Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach**. [s.l.: s.n.], 2013, p. 17–26. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84919570298&partnerID=40&md5=041c93d2665dfb21b4b40b99cdd3b43e>>.

HOFFMAN, Ralph E.; FERNANDEZ, Thomas; PITTMAN, Brian; HAMPSON, Michelle. Elevated functional connectivity along a corticostriatal loop and the mechanism of auditory/verbal hallucinations in patients with schizophrenia. **Biological Psychiatry**, v. 69, n. 5, p. 407–414, 2011.

HONIG, Adriaan; ROMME, Marius; ENSINK, Bernardine J.; ESCHER, Sandra; PENNING, Monique; DEVRIES, Marten. Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 186, n. 10, p. 646–651, 1998.

JONES, Simon. Do we need multiple models of auditory verbal hallucinations? Examining the phenomenological fit of cognitive and neurological models. **Schizophrenia Bulletin**, v. 36, n. 3, p. 566–575, 2010.

KANTORSKI, Luciane Prado; MACHADO, Roberta Antunes; SANTOS, Cátia Gentile dos; COUTO, Maria Laura de Oliveira; RAMOS, Camila Irigónhé. Análise de gênero dos conteúdos das vozes que os outros não ouvem. **Psicol. Estud.** (Online), v. 25, p. e49973–e49973, 2020.

KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario; SALAMINA, Giuseppe; ALONZI, Claudia; TARANTINO, Chiara; WUNSCH, Carla Gabriela. Diálogo aberto: pontos críticos da implementação no cuidado à crise psicótica. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 29, n. 1, e190642, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190642>. Acesso em: 2 dez. 2024. Epub 30 mar. 2020. ISSN 1984-0470.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Autopoiese e reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2016.

LANGDON, R.; JONES, S. R.; CONNAUGHTON, E.; FERNYHOUGH, C. The phenomenology of inner speech: comparison of schizophrenia patients with auditory verbal hallucinations and healthy controls. **Psychological Medicine**, v. 39, n. 4, p. 655–663, 2009. DOI: 10.1017/S0033291708003978.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. 1982. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global Editora, v. 77, 1983.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEGG, Lesley; GILBERT, Paul. A pilot study of gender of voice and gender of voice hearer in psychotic voice hearers. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 79, n. 4, p. 517–527, 2006.

LEONTIEV, Alexis. **O desenvolvimento do psiquismo**. 2 ed. São Paulo: Centauro, 2004.

LØBERG, Else-Marie; GJESTAD, Rolf; POSSERUD, Maj-Britt; KOMPUS, Kristiina; LUNDERVOLD, Astri J. Psychosocial characteristics differentiate non-distressing and distressing voices in 10,346 adolescents. **European child & adolescent psychiatry**, v. 28, n. 10, p. 1353–1363, 2019.

LONGDEN, Eleanor; CORSTENS, Dirk; ESCHER, Sandra; ROMME, Marius. Voice hearing in a biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history. **Psychosis**, v. 4, n. 3, p. 224–234, 2012.

LONGDEN, Eleanor; SAMPSON, Maria; READ, John. Childhood adversity and psychosis: generalised or specific effects? **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 25, n. 4, p. 349–359, 2016.

LONGDEN, Eleanor; MADILL, Anna; WATERMAN, Mitch G. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. **Psychological bulletin**, v. 138, n. 1, p. 28–76, 2012.

LONGDEN, Eleanor. Listening to the Voices People Hear: Auditory Hallucinations Beyond a Diagnostic Framework. **Journal of Humanistic Psychology**, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2017-48648-002>. Acesso em: 09 fev. 2025.

LUHRMANN, Tanya M.; PADMAVATI, R.; THAROOR, Hema; OSEI, Akwasi. Hearing Voices in Different Cultures: A Social Kindling Hypothesis. **Topics in cognitive science**, v. 7, n. 4, p. 646–663, 2015.

LUHRMANN, Tanya Marie; ALDERSON-DAY, Ben; BELL, Vaughan; BLESS, Josef J.; CORLETT, Philip; HUGDAHL, Kenneth; JONES, Nev; LARØI, Frank; MOSELEY, Peter; PADMAVATI, Ramachandran; PETERS, Emmanuelle; POWERS, Albert R.; WATERS, Flavie. Beyond Trauma: A Multiple Pathways Approach to Auditory Hallucinations in Clinical and Nonclinical Populations. **Schizophrenia bulletin**, v. 45, n. 45 Suppl 1, p. S24–S31, 2019.

MARX, Karl. **O 18 de brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MAWSON, Amy; BERRY, Katherine; MURRAY, Craig; HAYWARD, Mark. Voice hearing within the context of hearers' social worlds: an interpretative phenomenological analysis. **Psychology and psychotherapy**, v. 84, n. 3, p. 256–272, 2011

McCARTHY-JONES, Simon; CASTRO ROMERO, Maria; McCARTHY-JONES, Roseline; DILLON, Jacqui; COOPER-ROMPATO, Christine; KIERAN, Kathryn; KAUFMAN, Milissa; BLACKMAN, Lisa. Hearing the Unheard: An Interdisciplinary, Mixed Methodology Study of Women's Experiences of Hearing Voices (Auditory Verbal Hallucinations). **Front Psychiatry**, v. 6, p. 181–181, 2015.

MCCARTHY-JONES, Simon; LONGDEN, Eleanor. Auditory verbal hallucinations in schizophrenia and post-traumatic stress disorder: common phenomenology, common cause, common interventions? **Frontiers in Psychology**, v. 6, p. 1071, 2015.

McGUIRE, Philip; SILBERSWEIG, D. A.; MURRAY, R. M.; DAVID, Anthony; FRACKOWIAK, Richard; FRITH, Chris. Functional anatomy of inner speech and auditory verbal imagery. **Psychological Medicine**, v. 26, n. 1, p. 29–38, 1996.

MENESES, Veronica; VANDERBILT, Douglas; BARNES, Linda; AUGUSTYN, Marilyn. “Footprints in the Bathroom”: The Role of Spirituality in Patient Diagnosis. **J Dev Behav Pediatr**, v. 38 Suppl 1, p. S79–S81, 2017.

MOERNAUT, Nienke; VANHEULE, Stijn; FEYAERTS, Jasper. Content Matters, a Qualitative Analysis of Verbal Hallucinations. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 1958, 2018.

MORO RIOS, Camila Fernanda; ROSSLER, João Henrique. Atividade principal e periodização do desenvolvimento psíquico: contribuições da psicologia histórico-cultural para os processos educacionais. Perspectivas em Psicologia: **Revista de Psicologia y Ciencias Afines**, v. 14, n. 2, p. 30-41, dezembro 2017.

MORAES, Renata Jacintho Siqueira. **Determinação social do consumo de drogas: estudo de histórias de vida em uma perspectiva marxista**. 2018. 297 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.

MORRISON, Anthony; PETERSEN, Tanya. Trauma, metacognition and predisposition to hallucinations in non-patients. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 31, n. 3, p. 235–246, 2003.

MOSELEY, Peter; FERNYHOUGH, Charles; ELLISON, Amanda. Auditory verbal hallucinations as atypical inner speech monitoring, and the potential of neurostimulation as a treatment option. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 37, p. 2794–2805, 2013.

MYERS, Neely; PAUSELLI, Luca; COMPTON, Michael. Hearing voices among indigenous maasai women in Tanzania: Implications for global mental health. *Schizophrenia Bulletin*, v. 44, n. (Myers N.) **Southern Methodist University**, United States, p. S178, 2018.

NÆSS, Julie Øverbø; HIRNSTEIN, Marco; KUSZTRITS, Isabella; LARØI, Frank. **An online survey on clinical and healthy individuals with auditory verbal hallucinations: Abuse did not lead to more negative voice content.** *Schizophr. res*, 2022. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2022.11.020>>.

NEWBURY, Joanne B.; ARSENEAULT, Louise; MOFFITT, Terrie E.; ODGERS, Candice L.; HOWE, Laura D.; BAKOLIS, Ioannis; REUBEN, Aaron; DANESE, Andrea; SUGDEN, Karen; WILLIAMS, Benjamin; RASMUSSEN, Line J. H.; TROTTA, Antonella; AMBLER, Antony P.; FISHER, Helen L. Socioenvironmental Adversity and Adolescent Psychotic Experiences: Exploring Potential Mechanisms in a UK Longitudinal Cohort. **Schizophrenia bulletin**, v. 49, n.4, p. 1042–1054. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad017>

NIKOLAEVA, V. V. S. Y. Rubinshteyn: sobre a contribuição ao desenvolvimento da patopsicologia. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Psicologia Clínica e Especial]*, n. 1, 2012. Disponível em: http://psy-journals.ru/files/49977/psyclin_2012_1_Nikolaeva_V.pdf. Acesso em: [data de acesso].

NIANIA, Wiremu; BUSH, Allister; EPSTON, David. He korowai o ngā tīpuna: Voice hearing and communication from ancestors. **Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists**, v. 27, n. 4, p. 345–347, 2019.

PAPA, Clara de Oliveira. **A cronicidade da esquizofrenia: considerações a partir da reforma psiquiátrica brasileira.** 2021. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, 2021.

PEARSON, David; BURROW, Andrea; FITZGERALD, Christina; GREEN, Kate; LEE, Gary; WISE, Nicola. Auditory hallucinations in normal child populations. **Personality and Individual Differences**, v. 31, p. 401–407, 2001. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00145-8.

PENTEADO, Vanessa de Oliveira Beghetto; TULESKI, Silvana Calvo. Análise histórico-cultural das hipóteses etiológicas da esquizofrenia. In: BELLENZANI, R.; CARVALHO, B. P. (Org.). **Psicologia Histórico-Cultural na Universidade: saúde mental, sofrimento psíquico e psicopatologia.** Vol. II. Campo Grande: Editora UFMS, 2023.

PENTEADO, Vanessa de Oliveira Beghetto. **Origem e formação das hipóteses etiológicas da esquizofrenia: uma reflexão à luz da Psicologia Histórico-Cultural.** 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, 2018.

PIZA, Helen da Costa Toledo. **Contribuições da psicologia histórico-cultural para o processo grupal com usuários com esquizofrenia nos Centros de Atenção Psicossocial**. 2022. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2022.

PIERRE, Joseph M. Hallucinations in nonpsychotic disorders: toward a differential diagnosis of “hearing voices”. **Harvard review of psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 22–35, 2010.

RATNER, Carl. Loucura. In: RATNER, Carl. **A psicologia sócio-histórica de Vygotsky: aplicações contemporâneas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ROMEO, Zaira; SPIRONELLI, Chiara. Hearing voices in the head: Two meta-analyses on structural correlates of auditory hallucinations in schizophrenia. **NeuroImage: Clinical**, v. 36, p. 103241, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2022.103241>. Acesso em: 09 fev. 2025.

ROMME, Marius; ESCHER, Sandra. Hearing voices. **BMJ. Clinical research** ed., v. 309, p. 670, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6955.670a>

ROMME, Marius; ESCHER, Sandra. **Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach**. 1. ed. New York: Routledge, 2012.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015. 160 p.

SCHLIER, Björn; SITARA, Xenia; STRAUSS, Clara; RAMMOU, Aikaterini; LINCOLN, Tania M.; HAYWARD, Mark. Can Gender Differences in Distress Due to Difficult Voices Be Explained by Differences in Relating? **Cognitive Therapy and Research**, v. 45, n. 4, p. 831–839, 2021.

SCHNACKENBERG, Joachim; FLEMING, Mick; MARTIN, C. R. Experience Focussed Counselling with Voice Hearers as a Trauma-Sensitive Approach. Results of a Qualitative Thematic Enquiry. **Community mental health journal**, v. 54, n. 7, p. 997–1007, 2018.

SANTOS, A. C. V. ; BURLAMAQUI, A. ; SILVA, B. M. C. ; TOMEIX, B. R. ; REIS, P. A. ; CASTRO, L. ; PENTEADO, V. O. B. ; TULESKI, S. C. A esquizofrenia é determinada biologicamente? Apontamentos acerca das consequências da fragmentação da unidade biológico-social. In: FRANCO, A. F.; TULESKI, S. C.; MENDONÇA, F. W. (Org.). **Ser ou não ser na sociedade capitalista: o materialismo histórico-dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de saúde e doença**. Goiânia: Phillos, 2020.

SHERGILL, Sukhi; BULLMORE, Edward T.; BRAMMER, M. J.; WILLIAMS, Steven C. R.; MURRAY, R. M.; McGUIRE, Philip. A functional study of auditory verbal imagery. **Psychological Medicine**, v. 31, n. 2, p. 241–253, 2001.

SILVA, Flávia Gonçalves da. O adoecimento psíquico na psicologia histórico-cultural: a patopsicologia. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 25, n. 2, ago. 2021. ISSN 1981-8076. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/71721/44737>>. Acesso em: 28 ago. 2024. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/riep.v25i2.71721>.

SILVA, Luana da. **A hipótese esquizofrênica da antipsiquiatria inglesa: uma análise da gênese social da esquizofrenia à luz da Psicologia Histórico-Cultural**. 2023. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, 2023.

SCOTT, Monique; ROSSELL, Susan L.; MEYER, Denny; TOH, Wei Lin; THOMAS, Neil. Childhood trauma, attachment and negative schemas in relation to negative auditory verbal hallucination (AVH) content. **Psychiatry research**, v. 290, p. 112997, 2020.

SCRUTTON, Anastasia Philippa. Can jinn be a tonic? the therapeutic value of spirit-related beliefs, practices and experiences. **Filosofia Unisinos**, v. 17, n. 2, p. 171–184, 2016.

SINHA, Nidhi; RANGANATHAN, Shubha. Living with voices: a thematic analysis of individuals' experiences of voice-hearing in India. **Psychosis**, v. 12, n. 2, p. 115–127, 2020.

SOUZA, Thylia Teixeira; UBESSI, Liamara Denise; KANTORSKI, Luciane Prado. Eventos Traumáticos e a experiência de ouvir vozes. **Saúde Redes**, v. 8, n. Sup 1, p. 235–247, 2022.

STRACHAN, Laura P.; PAULIK, Georgie; MCEVOY, Peter M. A narrative review of psychological theories of post-traumatic stress disorder, voice hearing, and other psychotic symptoms. **Clinical psychology & psychotherapy**, v. 29, n. 6, p. 1791–1811, 2022.

SUESSENBACHER-KESSLER, Stefanie; GMEINER, Andrea; DIENDORFER, Tamara; SCHRANK, Beate; UNGER, Annemarie; AMERING, Michaela. A relationship of sorts: gender and auditory hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. **Archives of women's mental health**, v. 24, n. 5, p. 709–720, 2021.

THOMAS, Neil; MORRIS, Eric; SHAWYER, Fran; FARHALL, John. Acceptance and Commitment Therapy for Voices. In: **Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis**, 2013, p. 95–111. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84886318101&doi=10.1002%2f9781118499184.ch7&partnerID=40&md5=cb3d38c7020247d0a92b0dba531ab201>>.

THOMAS, Philip; BRACKEN, Patrick; LEUDAR, Ivan. Hearing voices: A phenomenological-hermeneutic approach. **Cogn Neuropsychiatry**, v. 9, n. 1–2, p. 13–23, 2004.

TORAMAN, Merve Çavdar; ATAÖĞLU, Ahmet; KOCAGÖZ, Zehra Başar; YAZAR, Neslihan; ATAÖĞLU, Busra Bahar. Dissociative disorder after childhood trauma: A case report. **Psychiatry and Clinical Psychopharmacology**, Istanbul, v. 28, p. 223, 2018.

TONET, Ivo. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, p. 172-192, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução às ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TULESKI, Silvana Calvo. A Unidade do Psiquismo Humano para Vigotski e a Desagregação desta na Esquizofrenia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, p. e35424, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35424>. Acesso em: 2 dez. 2024.

VALLATH, Smriti; LUHRMANN, Tanya; BUNDERS, Joske; RAVIKANT, Lakshmi; GOPIKUMAR, Vandana. Reliving, Replaying Lived Experiences Through Auditory Verbal Hallucinations: Implications on Theories and Management. **Frontiers in psychiatry**, v. 9, p. 528, 2018.

VAN DEN BERG, David; TOLMEIJER, Eva; JONGENEEL, Alyssa; STARING, Anton B. P.; PALSTRA, Eline; VAN DER GAAG, Mark; HARDY, Amy. Voice phenomenology as a mirror of the past. **Psychological medicine**, v. 53, n. 7, p. 1–9, 2022.

VEIGA-MARTÍNEZ, Carlos; PÉREZ-ÁLVAREZ, Marino; GARCÍA-MONTES, José Manuel. Acceptance and commitment therapy applied to treatment of auditory hallucinations. **Clinical Case Studies**, v. 7, n. 2, p. 118–135, 2008.

VIGOTSKI, Lev Semenovich. **O desenvolvimento psicológico na infância**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VIGOTSKI, Lev Semenovich. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 7.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

VIGOTSKI, Lev Semenovich. **Pensamento e linguagem**. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

VYGOTSKI, Lev Semenovich. Thought in schizophrenia. In: **The Vygotsky Reader**. Oxford: Basil Blackwell, 1994. p. 313-326. Publicado originalmente em 1934, na Archives of Neurology and Psychiatry.

VIGOTSKI, Lev Semenovich. **Imaginação e criação na infância: ensaio psicológico: livro para professores**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

WILLIAMS, Ryan; OSTINELLI, Edoardo G.; AGORINYA, Joel; MINICHINO, Amedeo; DE CRESCENZO, Franco; MAUGHAN, Daniel; PUNTIS, Stephen; CLIFFE, Charlotte; KURTULMUS, Ayse; LENNOX, Belinda R.; CIPRIANI, Andrea. Comparing interventions for early psychosis: a systematic review and component network meta-analysis. **eClinicalMedicine**, v. 70, p. 102537, 2024.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em 04 de outubro de 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization; 2022.

ZANELLO, Valeska; BUKOWITZ, Bruna. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. **Labrys, études féministes/estudos feministas**, jul./dez. 2011.

ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238-246, set.-dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1483>.

ZANELLO, Valeska. **Prateleira do amor: sobre mulheres, homens e relações**. Curitiba: Appris, 2022.

ZEIGARNIK, Bluma Vulfovna. **Introduccion a la Patopsicologia**. Cuba: Editorial Científico Técnica, 1979.

ZEIGARNIK, Bluma Vulfovna. **Psicopatologia**. Madrid: Akal Editor, 1981. (Obra original publicada em 1976).

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

1) APRESENTAÇÃO ESPONTÂNEA

Me apresentar, falar um pouco de mim, meu percurso. Motivos pelos quais estou fazendo essa pesquisa.

Algumas coisas irei perguntar também, vou dialogando com você, pode ser? Pode ser mais devagar, no seu ritmo. Vou anotar algumas informações aqui neste papel, tudo bem para você?

Me fala um pouco sobre você.

2) HISTÓRIA DE VIDA

Me conta um pouco mais da sua história. De onde você é, onde você cresceu?

Como foi a sua infância? E a sua adolescência?

Você tem memórias sobre pessoas ou momentos importantes da sua vida?

O que você gostava de fazer?

Como é a relação com religião?

*Cuidado!! Ao identificar situações de violência, abuso ou ideação

3) FAMÍLIA

Como é sua família? Ou quem você considera sua família e como sua família vive?

Você considera figuras de apoio?

Como a família pode ter influenciado na expressão das vozes?

Como é que o meio reagiu a essa experiência?

Quais foram as mediações do meio após isso?

Como o meio deu suporte/ou não, quais foram as respostas nas relações sociais?

<p>4) SEXUALIDADE / RELAÇÕES AMOROSAS</p> <p>Me fala um pouco sobre sua sexualidade. Como você se autodefine? Com relação a identidade de gênero?</p> <p>Qual sua orientação sexual? Como são suas relações afetivo-sexuais hoje?</p> <p>Você acredita que as vozes passam a expressar questões da sua sexualidade?</p>
<p>5) TRABALHO NA RELAÇÃO COM MOMENTOS DE NÃO-TRABALHO (LAZER, DESCANSO, ETC...)</p> <p>Você comentou que atua com ... você trabalha? Estuda?</p> <p>Qual importância tem isso pra você?</p>
<p>6) SOFRIMENTO PSÍQUICO</p> <p>Se passou por um processo de sofrimento psíquico investigar em qual contexto aconteceu.</p> <p>Quais as relações próximas?</p> <p>Sobre a audição de vozes, me conta como foi esse processo, como começou?</p> <p>Você possui algum diagnóstico clínico? O que você pensa sobre isso?</p> <p>Teve algum acontecimento específico/ alguma crise?</p>
<p>7) CARACTERÍSTICAS, HISTÓRIA E ESTRATÉGIAS COM AS VOZES¹³</p> <p>Você pode me falar um pouco mais sobre as vozes que você ouve?</p>

¹³ Baseado no Maastricht Interview, tradução para o Português do Grupo de pesquisa da Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski da Universidade Federal de Pelotas.

Como você chama elas? (Episódio/ gatilho/ vozes / dom)

Como você vê isso? Como é para você?

Como elas são? São quantas vozes? femininas.. masculinas.

Quando elas aparecem? (gatilhos?)

Você lembra da primeira vez que ouviu?

Elas costumam ser positivas.. negativas?

Como você se sente quando elas aparecem?

E como você lida com elas?

Acredita que relações de gênero, raça e classe podem ser expressas nas vozes?

8) SERVIÇOS/PRÁTICAS DE CUIDADO

E nesse momento da sua vida, o que você acha importante no seu cuidado?

Como você lida com isso? (estratégias e permeabilidades do cuidado)

APÊNDICE 2 - IMAGENS DE DIVULGAÇÃO DA PESQUISA

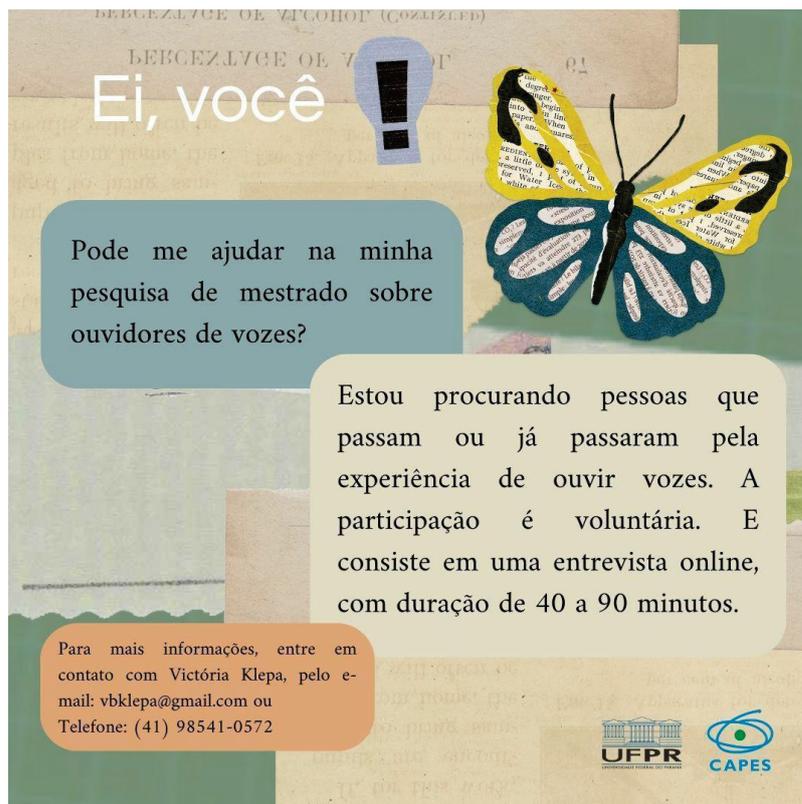


Figura 1 - Imagem de divulgação da pesquisa (1)

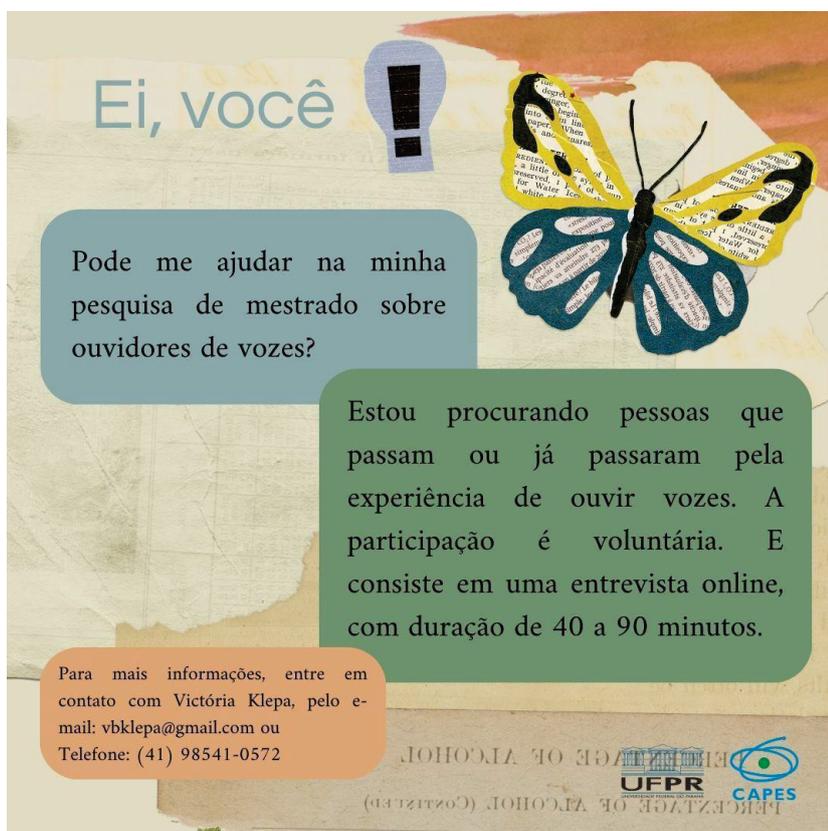


Figura 2 - Imagem de divulgação da pesquisa (2)

APENDICE 3 – QUADRO DE CIRCUNSTÂNCIAS DESAGREGADORAS E VIVÊNCIAS TRAUMÁTICAS

*VIVÊNCIAS E CIRCUNSTÂNCIAS DE VIDA MARCANTES - POTENCIALMENTE DESAGREGADORAS DO PSIQUISMO E/OU QUE APROFUNDARAM ABANDONO, ISOLAMENTO, FALTA DE APOIO EMOCIONAL, SOCIAL												
PERÍODO DO DESENVOLVIMENTO	EVENTOS CIRCUNSTÂNCIAS	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	
INFÂNCIA 0 A 12 ANOS	AUSÊNCIA DA FIGURA PATERNA			X			X	X		X	X	
	PASSAR POR SEPARAÇÃO DOS PAIS				X		X					
	SOFRER DIRETA OU INDIRETAMENTE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA						X	X				
	CONVIVER COM UM DOS RESPONSÁVEIS QUE É ALCOOLISTA				X							
	VIVENCIAR UMA RELAÇÃO FAMILIAR MARCADA PELA RIGIDEZ NA EDUCAÇÃO	X				X						
	SOFRER MAUS TRATOS E VIOLÊNCIAS FÍSICA E PSICOLÓGICA	X	X				X	X				
	PASSAR POR UMA TENTATIVA DE ABUSO SEXUAL (OU A IDEIA DE UM ABUSO NÃO CONFIRMADO)		X					X				
	INICIAR TARDIAMENTE OU INTERROMPER A ESCOLARIZAÇÃO							X	X	X	X	X

ADULTO JOVEM / MADURO 18 A 40 ANOS	USAR ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS		X		X			X	X		
	SOFRER ABORTO ESPONTÂNEO DURANTE UMA GRAVIDEZ DESEJADA						X				
	APRESENTAR UMA DOENÇA OU LIMITAÇÃO FÍSICA (COMO TROMBOSE, PARKINSON)						X			X	X
	SENTIR REJEIÇÃO ÀS FILHAS, POUCAS DEMONSTRAÇÕES DE AFETO										X
	PASSAR POR UM AFASTAMENTO DOS FILHOS	X				X					
	PASSAR POR UMA SEPARAÇÃO/ DIVÓRCIO	X				X	X	X			
	ESTAR EM RELACIONAMENTO AFETIVO-AMOROSO CONFLITUOSO / ABUSIVO				X		X				
	SOFRER ABUSO SEXUAL			X							
	SER AMEAÇADO, AGREDIDO POR POLICIAL								X		
	VIVENCIAR O TÉRMINO CONFLITUOSO DE RELACIONAMENTO AFETIVO-AMOROSO	X		X	X	X	X	X			
	VIVENCIAR CONFLITOS FAMILIARES DIVERSOS	X	X		X	X	X	X			
	PASSAR POR UM AFASTAMENTO/ DISTÂNCIA/ RUPTURA COM FAMILIARES/ RESPONSÁVEIS				X			X			X

VIVENCIAR MORTE DE ALGUM FAMILIAR POR SUICÍDIO	X									
VIVENCIAR MORTE DE ALGUM FAMILIAR				X				X		
TENTAR FUGIR DE CASA							X			
TER FILHO COM DOENÇAS OU ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA	X									
TER EXPERIÊNCIA DE TRABALHO INFORMAL / PRECÁRIO / INSEGURO / NÃO PAGO	X			X		X	X			X
VIVENCIAR SOBRECARGA NO TRABALHO		X		X						X
SER AFASTADA DO TRABALHO PELA CONDIÇÃO DE SAÚDE MENTAL	X			X	X		X	X		X
TER CRISES DE SAÚDE MENTAL E OUTRAS EXPRESSÕES DE SOFRIMENTO	X	X			X	X	X	X	X	X
SER DIAGNOSTICADA COM QUADROS PSIQUIÁTRICOS DIVERSOS E MEDICALIZAÇÃO	X		X	X	X	X	X	X	X	X
TER IDEIAÇÃO SUICIDA/ AUTOMUTILAÇÃO	X		X					X		
REALIZAR TENTATIVA DE SUICÍDIO			X					X		
SOFRER INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA						X	X	X	X	
VIVENCIAR EXPERIÊNCIA RELIGIOSA/ TERAPÊUTICO/ PROFISSIONAL TRAUMÁTICA		X	X		X	X			X	X

ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Renata Bellenzani professora, pesquisadora principal, do Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva e Melissa Rodrigues de Almeida, Rogério Miranda Gomes, Bruna Bones e Victória de Biassio Klepa, colaboradores e pesquisadores do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o Sr/Sra, usuárias(os) do serviço de saúde (SUS) a participar de um estudo intitulado “Saúde mental e sofrimento psíquico: estudo de sua determinação social a partir de trajetórias singulares”. A importância desta pesquisa se dá em vista da necessidade de compreender melhor a origem dos estados depressivos e ansiosos, e os estados alterados de consciência presentes no espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, ou enquanto experiências de audição de vozes, para a elaboração de estratégias terapêuticas e de cuidado no sistema de saúde.

a) O objetivo desta pesquisa é investigar os processos que constituem as determinações sociais da saúde mental de indivíduos em Curitiba-PR, atendidos pelo SUS ou que buscam grupos de apoio para pessoas que escutam vozes, e identificar quais os principais processos críticos ocorridos em seu cotidiano atual e progresso, que condicionam a expressão de determinadas formas de sofrimento psíquico.

b) Caso o Sr/Sra concorde em participar da pesquisa, será necessário realizar algumas entrevistas, com algumas perguntas sobre sua história de vida e o desenvolvimento do quadro depressivo, ansioso, ou da esquizofrenia; assim como as pesquisadoras irão realizar a observação de atividades terapêuticas.

c) Para tanto você deverá comparecer no CAPS ou UBS do seu território conforme os horários combinados com as pesquisadoras, para as entrevistas, o que levará de 2 a 5 sessões, com duração aproximada de 60 minutos. As entrevistas serão agendadas nos dias que você frequenta o serviço, para evitar custo extra de deslocamento, portanto, não haverá ressarcimento. Já àqueles que participam de grupos de apoio para pessoas que escutam vozes, as entrevistas serão online, agendadas conforme a disponibilidade do participante.

d) É possível que o Sr/Sra experimente algum desconforto, ao responder algumas das questões propostas, assim como as reflexões sobre a história de vida e narrativas pessoais podem evocar memórias desagradáveis ou mesmo produzir algum sofrimento psíquico.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo: sentir algum tipo de constrangimento ao responder algumas das questões propostas, assim como as reflexões sobre a história de vida e narrativas pessoais podem evocar memórias desagradáveis ou mesmo produzir algum sofrimento psíquico.

f) Caso a/o participante sinta a necessidade de suporte emocional, contará com o auxílio profissional das pesquisadoras, que são graduadas em Psicologia pela UFPR, durante todo o período da pesquisa. O suporte emocional pode ser feito a partir de atendimentos individuais psicoterapêuticos, acolhimento de demandas e escuta ativa. As pesquisadoras comprometem-se a se manter informadas sobre o estado de saúde mental dos participantes ao longo do curso da pesquisa. Caso seja um quadro de agudização do sofrimento psíquico a ser acompanhado em rede, as pesquisadoras levarão o caso à equipe multidisciplinar do serviço, delimitando os arranjos necessários coletivamente. Se o participante já estiver em acompanhamento em CAPS, serão acionados os profissionais de referência. Não será dada continuidade à pesquisa se os procedimentos oferecerem risco ao participante.

g) Os benefícios esperados com essa pesquisa são indiretos, podendo contribuir para o desenvolvimento e a construção de estratégias de cuidados comunitários e tratamentos coletivos voltados à saúde mental, e diretos ao desenvolver uma nova relação com o sofrimento psíquico, possibilitando formulações a partir de sua história de vida.

h) As pesquisadoras Bruna Bones e Victória de Biassio Klepa responsáveis por este estudo poderão ser localizadas na Rua Padre Camargo, 280, 3º andar. Alto da Glória, Curitiba. Telefone:(41) 3360-7271. Sob o email vbklepa@gmail.com e psibrunabones@gmail.com, no horário 08h00 às 12h00 para esclarecer eventuais dúvidas que o Sr/ Sra possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência o Sr/Sra também pode me contatar Victória, neste número, em qualquer horário: (41) 98541-0572.

i) A sua participação neste estudo é voluntária e se o Sr/Sra não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu tratamento no CAPS/UBS/ grupo de apoio está garantido e não será interrompido ou prejudicado de nenhuma forma caso o Sr/Sra desista de participar.

j) O material obtido para este estudo será utilizado unicamente para essa pesquisa e será armazenado pelo período de cinco anos após o término do estudo (Resol. 441/2011, 466/2012 e 510/2016).

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como a orientadora, Renata Bellenzani, sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

l) O Sr/Sra terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça seu nome.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade. Não há ressarcimento, pois são as pesquisadoras que irão se deslocar até o cenário de pesquisa. E o senhor/senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

n) Se o Sr/Sra tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o Sr/Sra pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h.às 16:00h. Ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde CEP/SMS/SME – Rua Atílio Bório, 680, Cristo Rei, Curitiba, PR – Telefone: (41) 3360-4961 – E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Victória de Biassio Klepa

Melissa Rodrigues de Almeida

Profª Dra. Renata Bellenzani

Bruna Bones

Rogério Miranda Gomes

ANEXO 2 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM, VOZ E DEPOIMENTOS PARA PESQUISA

Título do projeto: Saúde mental e sofrimento psíquico: estudo de sua determinação social a partir de trajetórias singulares

As pesquisadoras Renata Bellenzani, Melissa Rodrigues de Almeida, Rogério Miranda Gomes, Victória de Biassio Klepa e Bruna Bones do presente projeto de pesquisa, solicitam a utilização de imagem, som de voz e depoimentos para a pesquisa.

Este termo refere-se a autorização e liberação para realizarem fotos e/ou vídeos e/ou para colherem depoimento, com finalidade única e exclusiva de realização da pesquisa e do uso em publicações decorrentes desta pesquisa (livros, artigos e slides) e/ou em atividades acadêmicas correlatas (seminários, congressos, conferências, etc.). Esta autorização e liberação de uso não incorrerá em quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes e, neste caso, abdica-se dos direitos autorais abrangidos pela Lei 9.160/98 (Lei dos Direitos Autorais).

Não autorizo a utilização de minha imagem, som de voz e depoimentos para outros fins que não sejam exclusivamente relacionados a esta pesquisa.

Tenho ciência que a guarda e os demais procedimentos de segurança são de inteira responsabilidade dos pesquisadores, que se comprometem a fazer uso e divulgação das informações coletadas somente de forma anônima, garantindo-se o sigilo e a confidencialidade dos dados, nos termos expressos nas Resolução no 466/12, nº510/2016, nº580/2018 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde/MS vigentes na data presente.

Este documento foi elaborado em duas (2) vias, uma ficará com as pesquisadoras e outra com o(a) participante da pesquisa.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

Pesquisador responsável

Participante da pesquisa