

Audición de Voces: análisis de registros en prontuarios de un Centro de Atención Psicosocial

Voices Hearing: analysis of records in medical records of a Psychosocial Care Center

Audição de Vozes: análise de registros em prontuários de um Centro de Atenção Psicossocial

Luciane Prado Kantorski¹, Camila Irigonhê Ramos², Cátia Gentile dos Santos³, Maria Laura de Oliveira Couto⁴, Roberta Antunes Machado⁵, Michele Mandagará de Oliveira⁶

Resumen:

Antes del surgimiento de la psiquiatría, oír voces que otras personas no oyen era considerado una experiencia común. Sin embargo, a partir del siglo XIX, la psiquiatría trajo un nuevo significado para esa experiencia, clasificándola como un síntoma característico de diversos trastornos mentales. Sin embargo, en la década de 1980 surge en Holanda el Movimiento Internacional de Oyentes de Voces, que propone la elaboración de nueva interpretación para esa experiencia, permitiendo al (la) oyente nuevas estrategias para comprender y convivir con las voces sin, necesariamente, recurrir a psiquiatría, pues entiende las voces como parte de la subjetividad humana. Este estudio analizó el registro al respecto de la audición de voces hecho por trabajadores de un servicio de atención psicosocial. La colecta de datos ocurrió entre setiembre de 2017 y mayo de 2018. Fueron analizados 389 prontuarios de usuarios activos en el servicio, de los cuales 181 presentaron registro de audición de voces. Para análisis e interpretación de los datos fue realizada la lectura exhaustiva del material, a partir de la cual emergieron de los temas: a) audición de voces descrita a partir del conocimiento psiquiátrico; b) audición de voces descrita mientras experiencia humana. Los registros de los trabajadores de CAPS evidenciaron que hay una predominancia del conocimiento biomédico, por medio de diferentes formas de control del discurso de los usuarios. En ese sentido, es fundamental que el trabajador

¹Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. E-mail: kantorskiluciane@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. E-mail: mila85@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. E-mail: catia.gentiles@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. Rua General Osório 858/301. Pelotas/RS. E-mail: marialauradeoliveiracouto@gmail.com

⁵Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. ORCID: 0000-0002-9087-6457 E-mail: roberta.machado@riogrande.ifrs.edu.br

⁶Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. E-mail: mandagara@hotmail.com

(a) de la salud mental se movilice en el sentido de promover abordajes terapéuticos que permitan un diálogo emancipatorio, en el sentido de no cronificar el relato de oír voces en las primeras expresiones traídas por los (as) oyentes (as). Cuando bien registrado, el prontuario puede ser utilizado como un instrumento de comunicación entre los integrantes del equipo de salud, y también valorar la experiencia de los usuarios.

Palabras Clave:

Registros, Salud Mental, Psiquiatría, Atención al Paciente.

Abstract:

Listening to voices that other people do not hear was considered a common experience before the onset of psychiatry. However, from the nineteenth century, psychiatry brought a new meaning to this experience, classifying it as a characteristic symptom of several mental disorders. In the 1980s, however, the International Movement of Voice-hearers was created in the Netherlands, which proposes the elaboration of a new interpretation for this experience, allowing the hearer new strategies to understand and coexist with voices without necessarily resorting psychiatry, since it understands voices as part of human subjectivity. This study analyzed the record regarding hearing of voices made by the workers of a psychosocial care service. Data collection occurred between September 2017 and May 2018. A total of 389 medical records of active users in the service were analyzed, of which 181 presented voiced hearing records. In order to analyze and interpret the data, a thorough reading of the material was carried out, from which two themes emerged: a) hearing of voices described from psychiatric knowledge; b) hearing of voices described as human experience. The records of psychosocial care service workers showed that there is a predominance of biomedical knowledge, through different forms of user discourse control. In this sense, it is fundamental that the mental health worker operate to promote therapeutic approaches that allow an emancipatory dialogue, in the sense of not chronifying the report of hearing voices in the first expressions brought by the hearers. When well recorded, the medical record can be used as an instrument of communication among the members of the health team, and also value the experience of the service users.

Key Words:

Records, Mental Health, Psychiatry, Patient Care.

Resumo:

Antes do surgimento da psiquiatria, ouvir vozes que outras pessoas não ouvem era considerado uma experiência comum. Porém, a partir do século XIX, a psiquiatria trouxe um novo significado para essa experiência, classificando-a como um sintoma característico de diversos transtornos mentais. No entanto, na década de 1980 surge na Holanda o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, que propõe a elaboração de uma nova interpretação para essa experiência, permitindo ao (a)

ouvinte novas estratégias para compreender e conviver com as vozes sem, necessariamente, recorrer a psiquiatria, pois compreende as vozes como parte da subjetividade humana. Este estudo analisou o registro a respeito da audição de vozes feito pelos trabalhadores de um serviço de atenção psicossocial. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2017 e maio de 2018. Foram analisados 389 prontuários de usuários ativos no serviço, dos quais 181 apresentaram registro de audição de vozes. Para análise e interpretação dos dados foi realizada a leitura exaustiva do material, a partir da qual emergiram dois temas: a) audição de vozes descrita a partir do saber psiquiátrico; b) audição de vozes descrita enquanto experiência humana. Os registros dos trabalhadores do CAPS evidenciaram que há uma predominância do saber biomédico, por meio de diferentes formas de controle do discurso dos usuários. Nesse sentido, é fundamental que o trabalhador (a) da saúde mental movimente-se no sentido de promover abordagens terapêuticas que permitam um diálogo emancipatório, no sentido de não cronificar o relato de ouvir vozes nas primeiras expressões trazidas pelos (as) ouvintes (as). Quando bem registrado, o prontuário pode ser utilizado como um instrumento de comunicação entre os integrantes da equipe de saúde, e também valorizar a experiência dos usuários.

Palavras Chave:

Registros, Saúde Mental, Psiquiatria, Assistência ao Paciente.

Introdução

A loucura sempre foi acompanhada de certas características, e a mais marcante se refere à escuta de vozes. No entanto, esse fenômeno nem sempre esteve vinculado a loucura¹. Na Grécia Antiga ouvir vozes era considerado uma experiência comum às pessoas, e significava uma ponte comunicacional entre os deuses e os homens. Já na era Medieval, esse fenômeno estava associado à possessão demoníaca ou a santidade, conforme o conteúdo das vozes e a interpretação dada delas pela igreja católica¹.

A Modernidade trouxe a consciência como ponto crítico, pois não se deveria deixar persuadir pela imaginação e sentidos, visto que isso seria uma fonte de erro⁴. Dentro desse contexto, as vozes eram consideradas fantasiosas, logo um erro dos sentidos (percepção). Foi então no século XIX, com o advento da psiquiatria, que

ouvir vozes começou a ser associada à loucura, que passou a ser concebida como desrazão e descontrole, o que colaborou para estigmatizar o (a) louco (a). A partir da psiquiatria, ouvir vozes ganhou status de alucinação auditiva, um sintoma psiquiátrico relacionado a alguns transtornos mentais psicóticos, como por exemplo, a esquizofrenia^{2,1}.

Na década de 1980 na Holanda surgiu o Movimento Internacional de Ouvintes de Vozes, que propõe a elaboração de um novo significado para a experiência de ouvir vozes, permitindo ao (a) ouvinte uma estratégia para entender e conviver com essa característica sem necessariamente recorrer a psiquiatria, pois compreende as vozes como parte da subjetividade humana³.

Pesquisas mostram que há uma alta prevalência de pessoas que ouvem vozes^{4,5}. Os resultados

apresentaram que 8% dos homens e 12% das mulheres, de uma amostra de dezessete mil pessoas, já tinham experienciado alguma vivência de ouvir vozes⁴, e que em uma amostra de aproximadamente dezoito mil participantes, de 2 a 3% dessas pessoas ouviam vozes com frequência⁵. Atualmente a prevalência mundial de ouvintes de vozes é de 4% a 10%, enquanto a prevalência de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia é de aproximadamente 1% da população mundial².

Um estudo realizado em três países de diferentes culturas (Índia, Gana e Estados Unidos da América), os participantes mais propensos a serem rotulados dentro de um diagnóstico psiquiátrico, foram os norte-americanos, que descreveram as vozes como pensamentos irrealistas e intrusivos. Já os sujeitos de Gana e Índia compreendem e associam as vozes como um fenômeno positivo, sendo essas provedoras de orientações úteis e moralmente corretas e poderosas⁶.

Esta informação vai ao encontro do fato de que a audição das vozes ganha múltiplos atributos em diferentes culturas, os quais não se enquadram nas explicações da psicopatologia, estabelecendo outras formas de encará-las para além da medicação psiquiátrica¹.

Diante disso e considerando a importância desta temática, o presente estudo procurou analisar o registro feito pelos trabalhadores de um serviço de atenção psicossocial nos prontuários de usuários (as) ativos (as) a respeito da audição de vozes.

Aspectos Metodológicos

Este estudo é um recorte qualitativo de uma pesquisa intitulada: Ouvintes de vozes: novas abordagens em saúde mental, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade

de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer nº 2.201.138 de 2017. Foram analisados os registros de todos os prontuários de usuários (as) ativos (as) de um Centro de Atenção Psicossocial II, de um município do sul do Rio Grande do Sul. Obteve-se o total de 389 prontuários ativos. Destes, 181 apresentaram algum registro de audição de vozes e foram lidos na íntegra, com a finalidade de analisar de que forma foram feitos os registros pelos trabalhadores do serviço.

A coleta de dados ocorreu durante o período de setembro de 2017 a maio de 2018. Nos prontuários, os (as) coletadores (as), previamente treinados, buscaram informações que respondessem a seguinte questão norteadora: há registro de ouvir vozes? Em caso de resposta afirmativa, foram transcritos os registros.

Para análise e interpretação dos dados foi realizada a leitura exaustiva do material, a partir da qual emergiram dois temas: a) audição de vozes descrita a partir do saber psiquiátrico; b) audição de vozes descrita enquanto experiência humana. Esses temas darão sustentação para a explicação de como a audição de vozes é apresentada nos registros dos trabalhadores de saúde⁷. Preservou-se a identidade dos participantes. O estudo seguiu os preceitos éticos conforme a Resolução 466/2012.

Resultados e discussão

A partir da análise dos registros emergiram dois temas que serão apresentados e discutidos a seguir.

Audição de vozes descrita a partir do saber psiquiátrico.

Os registros nos prontuários dos usuários do CAPS evidenciaram que diante do relato sobre a

audição de vozes, alguns trabalhadores as interpretam como um sintoma psiquiátrico. Descrevendo-as em termos formais, breves e objetivos, que não consideram a experiência do sujeito em sua complexidade e contexto de vida, muitas vezes pautada no modelo biomédico.

Paciente com diagnóstico de F20.0 com abundante sintomatologia residual, principalmente sintomas negativos e persistente de alucinações auditivas simples e distúrbios de sono (Ouvidora 1)

Possui alucinações visuais e auditivas. (Ouvidor 1)

Refere sintomas de humor deprimido ansiedade e alucinações auditivas. Sintomas depressivos profundos com alucinações visuais e auditivas. (Ouvidora 2)

A paciente relata ter tido alucinações visuais e auditivas. (Ouvidora 3)

Alega ter alucinações visuais/auditivas/vultos e vozes semelhantes a uivos. (Ouvidora 4)

Apresenta sintomas psicóticos permanentes com alucinações auditivas. (Ouvidor 2)

Apresenta sintomas psicóticos (alucinações visuais e auditivas, ideias delirantes, persecutórias, insônia, rigidez afetiva) (Ouvidor 3)

Sinais e sintomas de esquizofrenia, muito agressiva, negativa, com alucinações auditivas e visuais. (Ouvidora 5)

Os registros acima são pautados no saber da psiquiatria, no qual o termo alucinações auditivas é utilizado no diagnóstico psiquiátrico e leva em consideração os sintomas apresentados pelo paciente, relacionando estes a uma patologia, a qual requer uma intervenção medicamentosa e

ou que demanda intensificação da permanência do sujeito no serviço.

Refere alucinações auditivas e visuais “ainda”. Sabe usar a medicação, usa certo, sabe conferir, está orientada. Solicita passar ao médico. (Ouvidora 6)

Relata alucinações auditivas persistentes, mas quando ingere medicações melhoram. Usuário estável, porém, com alucinação auditiva. (Ouvidor 4)

Paciente refere continuar com alucinações auditivas, visuais, insônia. Aumentado Haldol. (Ouvidora 7)

Relata internação em hospital psiquiátrico durante uma semana, pois estava muito “nervoso”, menciona alucinações visuais com a companheira que faleceu a um mês, segundo usuário. (Ouvidor 5)

Na psiquiatria, embora fatores presentes na vida do sujeito sejam reconhecidos como contribuintes para o adoecimento psíquico, são vistos como “pertencentes a uma ordem acessória e coadjuvante”, e o “portador de sofrimento mental tem sido encarado, exclusivamente, como alguém que traz em si um desarranjo neuroquímico, passível de ser regularizado através de uma intervenção medicamentosa.” (p. 1823)⁸.

Os trabalhadores ao registrarem a audição de vozes como um diagnóstico reforçam a categorização das pessoas em sofrimento psíquico, “o diagnóstico psiquiátrico é uma ferramenta científica com a finalidade de classificar doenças através de códigos e de uma variedade de sinais, sintomas e aspectos anormais” (p.59)⁹ chamando a atenção para o aumento de classificações diagnósticas, de forma que é possível incluir as mais sutis diferenças de comportamentos em relação às normas. Há uma tendência do discurso contemporâneo da psiquiatria em descrever os

fenômenos humanos a partir do funcionamento biológico, cujos diagnósticos são feitos sobre o relato pontual do sujeito, o que determina a classificação e intervenção. Os elementos do orgânico “são os objetos a partir dos quais a medicina estabelece seu saber e seu poder sobre os sujeitos na contemporaneidade”, e ao utilizar “estudos estatísticos e epidemiológicos, cumpre papel disciplinar sobre a população”, definindo também algumas das políticas em saúde mental (p. 158)¹⁰.

Uma pesquisa etnográfica¹¹ realizada em dois serviços de atenção à saúde mental no Rio de Janeiro, analisou relatos orais e escritos de pacientes, familiares e técnicos, sobre suicídio e sobre a experiência de ouvir vozes. Dentre outros aspectos, identificou diferenças entre o que vivenciou em campo no contato com os usuários e o que estava registrado nos prontuários sobre os mesmos. Nestes, existiam descrições de eventos, experiências traumáticas vividas pelos sujeitos e sintomas relacionados a diagnósticos, que os congelavam e davam forma a uma história sobre o sujeito, com concepções diferentes dos expressos nos relatos diretos dos sujeitos com a pesquisadora.

Isso vai ao encontro dos resultados encontrados no presente estudo, no qual verificou-se nos registros dos prontuários analisados que a descrição tem início na história do (a) usuário (a) porém, em seguida, o profissional classifica esse relato a partir do seu saber.

Nos últimos três meses tem alucinações visuais e auditivas (voz masculina que diz para pegar uma faca para se matar, homem de preto). (Ouvidora 8)

Tem história de início de sintomas alucinatorios e delirantes aos 16 anos. (Ouvidor 6)

Assim como na pesquisa etnográfica citada anteriormente¹¹, o discurso do profissional se sobrepõe ao do usuário, que não tem sua experiência valorada/apreciada e é classificada em uma doença, enquanto o discurso da (o) louca (o) vem sendo interdito, desde a Idade Média¹².

O registro realizado pelos trabalhadores nos prontuários, com a sobreposição do seu saber à experiência do usuário, marca o controle sobre o discurso. Este domínio é pautado no diagnóstico e sintomatização da audição de vozes e coloca em discussão como são acolhidas e trabalhadas as necessidades de saúde das pessoas em sofrimento psíquico.

Desta forma, mantém-se o papel e o simbolismo cultural do doente na sociedade que garante poderes aos profissionais, mas, também, a todo mecanismo político e econômico do estado. A constituição das profissões da saúde, em especial dos médicos, carrega uma construção social, que lhe dá poderes sobre o saber, e com isso, poder sobre os indivíduos. Assim, ocorre um controle sobre a saúde, por meio de diagnósticos, da medicalização da sociedade e pelo processo de diminuição e perda da autonomia dos indivíduos.

Em *Nemesis Médica*¹³, a medicina exerce um importante poder modelador sobre os sujeitos. Capacidade individuais, sociais e culturais para lidar com experiências que pertencem a vida, como o sofrimento, a doença e a morte, são substituídas por outras terapias e medicamentos, que assumem o papel de mercadoria na sociedade contemporânea. E dessa forma “o consumidor de cuidados da medicina torna-se impotente para curar-se ou curar seus semelhantes” (p. 6)¹³.

Audição de vozes descrita enquanto experiência humana

Ao contrário da abordagem pautado no modelo biomédico e na psiquiatrização, foram encontrados registros nos prontuários sobre a audição de vozes que vem ao encontro da compreensão da experiência de ouvir vozes desenvolvida pelo Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes e da proposta da Luta Antimanicomial. Deste modo, o foco das ações de saúde deixa de restringir-se à doença e passam a ser direcionados às pessoas e a sua relação com o território, seu contexto de vida e suas necessidades¹⁴.

A modificação no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico passa por uma mudança assistencial, que deve contemplar também uma alteração na formação dos trabalhadores que atuam no campo da saúde mental¹⁵. Somente essa reestruturação poderá garantir que os saberes e fazeres aprendidos nas universidades, ainda muito pautados no campo psiquiátrico tradicional, não sejam reproduzidos nos serviços que pretendem substituir a lógica manicomial¹⁵.

Neste estudo constatou-se alguns registros que indicam que o trabalhador (a) realizou uma abordagem terapêutica que possibilitou a compreensão do fenômeno da audição de vozes na perspectiva da experiência humana.

Alucinações auditivas persistentes. Tem vontade de “matar” as vozes, que segundo ela são de pessoas vivas. Paciente sente-se bem. Queixa-se ainda de algumas “vozes na cabeça”, mas sabe que não são reais e consegue ignorá-las. Fala sozinha e escuta os familiares falando. Esta vendo vultos dentro de casa, também tem enxergado cobra, jacaré. Por vezes ouve vozes dos fami-

liares que antes pegavam suas coisas (mãe e irmã). A mãe vive no meio da macumba e quer ficar com suas filhas. Tenta falar com as vozes (Ouvidora 9).

Menciona ouvir vozes e ver vultos de espíritos que a influenciam a ter discussões familiares. As alucinações auditivas são persistentes. Os familiares o levaram em centros espíritas por causa das alucinações. Relata que as manifestações auditivas se manifestaram aos 14 anos, iniciou tratamento aos 17 anos. Atualmente as alucinações (vozes de espíritos) dizem que ele vai morrer, interferem na interação do usuário com as pessoas. Ouve vozes mesmo com o uso de medicação, as vezes conversa com os espíritos, ri e briga com eles. Fala que os espíritos lhe deixam tanto agitado (Ouvidor 7).

Refere alucinações auditivas (pessoas o chamam ou lhe dizem que as coisas não irão dar certo porque irá morrer) também lhe dizem na igreja muitas coisas. O pastor orou por ele e disse que não escutaria as vozes. A voz diz para ele se matar em alguns momentos (Ouvidor 8).

A complexidade de promover um cuidado integral está em reconhecer e colocar o sujeito no centro deste processo; compartilhar e romper com a lógica hierárquica dos saberes, identificar as necessidades físicas, emocionais, sociais e os determinantes que compõem e influenciam na vida - individual e coletiva - deste sujeito, além de possibilitar que as/os usuárias/os possam compreender o que essas vozes representam para si e a partir disso ressignificá-las de acordo com suas próprias concepções sobre o fenômeno.

Faz oito meses que sua avó faleceu e foi muito estressante, ficou internada no hospital uns 40 dias, ela ficou muito sobrecarregada, desde então tem um barulho nos ouvidos e vê luzes na frente dos olhos e estas luzes vão aumentando, as luzes dos carros ela tem medo, porque são luzes enormes. Agora ela relatou que após a morte da avó ela começou a ouvir zumbido no ouvido. Em agosto desse ano que o zumbido começou. Isso tem causado muito estresse para ela. A noite ela vê alguns reflexos nos carros e poste (Ouvidora 10).

O surgimento das vozes gera sentimentos e emoções diversas, sendo as mais comuns: o medo, a raiva, a depressão, tristeza, insegurança, produzindo nos (as) ouvintes comportamento como o isolamento social e reações que não correspondem ao seu padrão de costumes, chegando a prejudicar inclusive as atividades da vida diária¹⁶.

Quando o (a) trabalhador (a) se propõe a compreender a audição das vozes para além do saber psiquiátrico, considerando o ouvitor como um expert por experiência, dá-se início uma relação terapêutica horizontal, onde será permitido a construção coletiva de estratégias de enfrentamento das vozes, viabilizando ao (a) ouvitor (a) uma boa convivência com elas, o que consequentemente refletirá positivamente na relação desses com outras pessoas¹⁵.

Refere alucinações auditivas. Participa do grupo de ouvidores. Refere ouvir vozes que cochicham, falam baixo, quase de modo incompreensível, porém que ela identifica como de pessoas falando a seu respeito. Pensa que são vozes dos vizinhos falando mal dela. São vozes que

falam que ela pode estar sendo traída pelo namorado e que ela está feia. Não identifica essa voz, não sabe dizer se é feminina ou masculina, mas associa a suas vizinhas. Sente-se incomodada com elas. Gosta de se deitar e dormir, se tapar bem e não pensar em ouvir nada (Ouvidora 11).

Ainda que o registro tenha começado com a descrição de um sintoma psiquiátrico, o (a) trabalhador (a) utilizou uma abordagem que privilegiou a escuta e o acolhimento da usuária, pois na sequência buscou investigar o conteúdo, a identificação e o sentido das vozes para a mesma. Inclusive, ao final do registro é possível identificar uma estratégia de enfrentamento utilizada pela usuária, que é dormir para não pensar sobre as vozes.

Estudos^{18,19}, falam sobre diferentes estratégias para lidar com as vozes, principalmente as de fuga, que acabam fazendo com que o ouvitor adie o enfrentamento das vozes. Assim, a recuperação pode acontecer de diferentes formas, tanto através do empoderamento dos sujeitos frente à experiência, quanto a partir de uma hibernação protetora¹⁸, como no caso da entrevistada ouvidora 11 que aproveita todos os recursos possíveis para abater a experiência de ouvir vozes. Essas estratégias de fuga também podem ser chamadas de comportamentos de segurança, os quais desempenham um importante papel de manter as crenças disfuncionais sobre a origem das vozes¹⁹.

Quando esse tipo de estratégia é relatado ao (a) trabalhador (a) durante o atendimento, esse tem a possibilidade de intervir, mostrando a existência de outras mais eficientes e saudáveis, além de permitir que o (a) próprio (a) ouvitor (a) pense e construa suas próprias técnicas para trabalhar com as suas vozes, pois falar sobre a própria his-

tória permite que o sujeito ocupe um lugar em sua narrativa, possibilitando novos insights sobre o assunto em questão²⁰.

Outro aspecto que faz pensar sobre a importância de se trabalhar com o discurso e a expertise dos próprios ouvidores, é o fato de que a maioria não está vinculada à serviços de saúde, sendo indivíduos saudáveis sem nenhum diagnóstico²¹. Vozes com conteúdos positivos e neutros geralmente não produzem sofrimento naqueles (as) que as escutam, sendo assim, em geral essas pessoas não buscam pelos serviços de saúde mental para tratá-las²² pois a percepção sobre elas não é de doença, sendo muitas vezes percebidas como um fenômeno de ordem espiritual. Assim, a religiosidade pode ajudar a dar sentido para as vozes quando este não se sentiu contemplado por nenhuma outra explicação, como pode ser evidenciado no registro a seguir:

Acha que são vozes de Deus, em função da oração, não percebe as vozes como problema (Ouvidor 9)

Diz ter gritado muito para as vozes irem embora (orou). Está confiante que não escutará mais as vozes por estar orando. Frequentemente igreja (Ouvidor 10)

No registro do ouvidor 10 o (a) trabalhador (a) considerou o sentido atribuído às vozes pelo próprio usuário. Não fez uso de termos técnicos para complementar o relato do mesmo, registrando apenas o que foi trazido pelo ouvidor sobre essa experiência. Neste caso, pode-se pensar que não houve disputa entre o saber do usuário com o saber do (a) trabalhador (a), no entanto o controle do discurso nem sempre ocorre de maneira explícita. A palavra do louco, na atualidade, não é mais nula, é aceita e busca-se nela um sentido¹². Mas, isso não prova que o controle mudou, já que este pode estar sendo exercido em

novas instituições e com efeitos que não são mais os mesmos do modelo asilar do Século XVIII¹². Além do mais, uma outra forma de controle do discurso: trata-se de determinar as condições de seu funcionamento, de impor aos indivíduos que os pronunciam certo número de regras e assim de não permitir que todo mundo tenha acesso a eles¹².

Rarefação, desta vez, dos sujeitos que falam; ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo. Mais precisamente: nem todas as regiões do discurso são igualmente abertas e penetráveis; algumas são altamente proibidas (diferenciadas e diferenciantes), enquanto outras parecem quase abertas a todos os ventos e postas, sem restrição prévia, à disposição de cada sujeito que fala (p. 37)¹².

Tomando como base, ainda o registro do ouvidor 10, pode-se pensar que apesar do acolhimento ao sentido que o ouvidor atribuiu as suas vozes, não houve um aprofundamento na experiência. Dessa forma o trabalhador continua exercendo poder sobre o que é registrado e discutido sobre as vozes no serviço, já que não oferece outras possibilidades de significação das vozes, não explorando a experiência de ouvi-las.

Com a criação do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, essa experiência começou a receber novos olhares, passando a ser analisada por diferentes perspectivas, como a partir de traumas e experiências dolorosas que o sujeito possa ter vivenciado ao longo da vida, podendo ser estas responsáveis pelo surgimento das vozes.

Um outro exemplo de experiência que pode dar origem as vozes é a situação de perda e o processo de luto, que “é vivenciado de forma particular

para cada indivíduo e pode ser influenciado pelas características do sistema familiar, o qual pode vir a potencializar ou prejudicar esse processo” (p.8)²³.

Comenta que após a morte do pai passou a ter alucinações auditivas e visuais, fragilizada, não conseguindo parar de pensar nele. Relata que faz uma semana, cessou (às alucinações), mas durante o relato chora pela lembrança do pai (Ouidora 12).

Medos, ouve vozes. Sintomas de pânico. Sintomas psicóticos, alucinações visuais e auditivas. Pânico. Há três meses ouvindo vozes. A voz dizia que ela matar suas filhas e ela própria. Com alucinações contínuas devido vozes. Ouve vozes e elas dizem que ela fez coisas, que ela não fez. Ela responde para a voz porque pensa que são espíritos. As vozes lhe acusam, ela argumenta e se defende das vozes. Muita desconfiança. Consegue ficar só agora, não abria a porta para ninguém, estava com medo de si. Refere muitas coisas sobre as vozes, elas apareceram quando o marido faleceu. E ela teve que mudar toda a sua vida (Ouidora 13).

Nos registros sobre a ouvidora 13 pode-se perceber que mesmo quando o trabalhador (a) utilizou termos técnicos para registrar a audição das vozes, este (a) considerou o que a usuária relatou como gatilho para o surgimento do evento, neste caso, as perdas de pessoas importantes. Além disso, o profissional observou que a fragilidade da ouvidora estava relacionada com o luto pelo qual ela estava passando, sem patologizar esse sofrimento que faz parte da experiência humana. É fundamental que o trabalhador (a) da saúde

mental movimente-se no sentido de promover abordagens terapêuticas que permitam um diálogo emancipatório, no sentido de não cronificar o relato de ouvir vozes nas primeiras expressões trazidas pelos (as) ouvidores (as).

Considerações Finais

Os CAPS são um serviço provenientes da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica. Os quais, pregam por um cuidado que valoriza a subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico levando em conta as diferentes realidades sociais, culturais e não apenas doença. No entanto, os registros dos prontuários analisados neste estudo, evidenciaram que há uma predominância do saber biomédico, por meio de diferentes formas de controle do discurso dos usuários.

Também foi possível identificar como a equipe compreende e interpela a audição de vozes referidas pelos usuários (as), uma vez que a redação do prontuário é realizada coletivamente. Quando bem registrado, o prontuário pode ser utilizado como um instrumento de comunicação entre os integrantes da equipe de saúde, pois, por meio da escrita ele informa como está se desenvolvendo o projeto terapêutico singular dos (as) usuários (as), melhorando a qualidade e a eficácia do cuidado em saúde mental.

Referências

1. Fernandes HCD. Alucinação auditiva: sintoma de doença ou possibilidade de ser doente?. *Polêmos* 2017; 6(12):48-67.
2. Baker P. Abordagem de ouvir vozes: treinamento no Brasil. São Paulo: CENAT; 2016.
3. Sorrell E, Hayward M, Meddings S. Interpersonal processes and hearing voices: a study of the association between relating to voices and distress in clinical and nonclinical hearers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2010; 38(2):127-40.
4. Sidgwick H, Johnson A, Myers FWH, Podmore F, Sidgwick EM. Report on the census of hallucinations. In: *Proceedings of the society for psychical research*. London: Trübner; 1894. p. 25-394.
5. Tien AY. Distribution of hallucinations in the population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1991; 26(6):287-92.
6. Luhrmann TM, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based study. *The British Journal of Psychiatry* 2015; 206(1):41-4.
7. Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13a. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
8. Menezes MP, Yasui S. A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber? *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(6):1817-26.
9. Severo AKS, Dimenstein M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia* 2009; 14(1):59-67.
10. Guarido RA. Medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa (São Paulo)* 2007; 33(1):151-61.
11. Monnerat S. Relatos sobre suicídio e vozes: um estudo etnográfico. *Equatorial (Natal)* 2017; 4(7):161-72.
12. Foucault M. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 22.ed. São Paulo: Edições Loyola; 2012.
13. Illich IA. *Expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
14. Mângia EF, Barros JO. Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* 2009; 20(2):85-91.
15. Amarante P. *Saúde mental: formação e crítica*. Rio Janeiro: LAPS; 2008.
16. Couto ML, Kantorski L. Ouvidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes. *Psicologia USP* 2018; 29(3):418-31.
17. Hayward M. Interpersonal relating and voice hearing: to what extent does relating to the voice reflect social relating?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2003; 76(4):369-83.
18. Jager A, Rhodes P, Beavan V, Holmes D, McCabe K, Thomas M, et al. Investigating the lived experience of recovery in people who hear voices. *Qualitative Health Research* 2016; 26(10):1409-23.

19. Chaix J, Ma E, Nguyen K, Ortiz Collado MA, Rexhaj S, Favrod J. Safety-seeking behaviours and verbal auditory hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Research* 2014; (220)1-2:158-62.
20. Place C, Foxcroft R, Shaw J. Telling stories and hearing voices: narrative work with voice hearers in acute care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011; 18(9):837-42.
21. Ritsher JB, Lucksted A, Otilingam PG, Grajales M. Hearing voices: explanations and implications. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27(3):219-27.
22. León-Palacios MG, Úbeda-Gómez J, Escudero-Pérez S, Barros-Albarán MD, López-Jiménez AM, Perona-Garcelán S. Auditory verbal hallucinations: can beliefs about voices mediate the relationship patients establish with them and negative affect?. *The Spanish Journal of Psychology* 2015; 18(e76):1-8.
23. Kantorski LP, Cardano M, Couto MLO, Silva LSSJ, Santos CG. Situações de vida relacionadas ao aparecimento das vozes: com a palavra os ouvidores de vozes. *Journal of Nursing and Health* 2018; 8(esp):1-11.
24. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde de Brasil.

Agradecimentos

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) por conceder a liberação para RAM cursar o seu doutoramento.

Recibido: 29/05/2019

Aceptado: 27/06/2019