



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS - CCH  
CURSO DE PSICOLOGIA - DEPSI

**YANNE MICHELLE ARAÚJO NASCIMENTO**

**OUVIR VOZES PARA ALÉM DA PATOLOGIA:  
repensando a lógica diagnóstica com a Psicanálise, a Esquizoanálise e o Movimento de  
Ouvidores de Vozes.**

São Luís  
2020

**YANNE MICHELLE ARAÚJO NASCIMENTO**

**OUVIR VOZES PARA ALÉM DA PATOLOGIA:  
repensando a lógica diagnóstica com a Psicanálise, a Esquizoanálise e o Movimento de  
Ouvidores de Vozes.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia na Universidade Federal do Maranhão, critério para obtenção do título de Formação do Psicólogo e Bacharel em Psicologia.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Me.<sup>a</sup> Lorena Rodrigues Guerini

São Luís  
2020

**YANNE MICHELLE ARAÚJO NASCIMENTO**

**OUVIR VOZES PARA ALÉM DA PATOLOGIA:  
repensando a lógica diagnóstica com a Psicanálise, a Esquizoanálise e o Movimento de  
Ouidores de Vozes.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia na Universidade Federal do Maranhão, critério para obtenção do título de Formação do Psicólogo e Bacharel em Psicologia.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Me. Lorena Rodrigues Guerini

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Me. Lorena Rodrigues Guerini**  
Orientadora

---

**Prof.<sup>o</sup> Dr. Carlos Antonio Cardoso Filho**  
Avaliador

---

**Me. Janete Valois Ferreira Serra**  
Avaliadora

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Júlia Maciel Soares- Vasques**  
Avaliadora (suplente)

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Nascimento, Yanne Michelle Araújo.

OUVIR VOZES PARA ALÉM DA PATOLOGIA: : repensando a lógica diagnóstica com a Psicanálise, a Esquizoanálise e o Movimento de Ouvidores de Vozes / Yanne Michelle Araújo Nascimento. - 2020.

80 f.

Orientador(a): Lorena Rodrigues Guerini.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2020.

1. Alucinações auditivas. 2. Esquizoanálise. 3. Grupo de apoio. 4. Psicopatologia. I. Guerini, Lorena Rodrigues. II. Título.

## DEDICATÓRIA

A fé foi crucial para iniciar e sustentar o sonho da graduação em Psicologia apesar do caos pandêmico. Por esse motivo dedico esta construção a Deus, quem eu creio ter me dado a vida e quem preenche a dimensão espiritual da minha caminhada.

Dedico à minha mãe, Lila Araújo, que me apoiou em todas as decisões difíceis durante esta graduação e acreditou no devir psicóloga de sua filha.

A Gabriel Hadad, por toda parceria em amor dos últimos seis anos e por sempre ser um ponto de paz em meio ao caos.

Aos meus sobrinhos João Guilherme, Carlitos, Alexandre, Joaquim e Murilo, que representam minha esperança na humanidade.

Ao Coletivo de Luta Antimanicomial Coração da Loucura, pois acredito muito em nós.

À Associação Brasileira de Saúde Mental - Coletivo ABRASME -MA, cada passo que damos é uma semente. Sou feliz em participar desta semeadura no Maranhão.

E, em especial, ao meu pai, Miguel Brasil, que através de sua excentricidade me inspirou a reconhecer e investigar os diferentes modos de ser no mundo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Lorena Guerini pela satisfatória orientação, assim como pela ética e dedicação que sempre conduziu seu trabalho. Você suscita em mim bons afetos e quero registrar minha gratidão pelos significativos ensinamentos ao longo desses anos.

Agradeço também ao Carlos Cardoso e à Janete Valois por aceitarem compor minha banca examinadora. É um privilégio ter minha pesquisa acrescentada por considerações de pessoas que eu tenho profunda admiração.

Agradeço à minha mãe, Lila Araújo, que me auxiliou nos momentos de crise e contribuiu para minha persistência no curso.

À minha madrinha, Mara Magalhães, que sempre me instruiu com os conselhos mais funcionais que uma mulher poderia receber.

Agradeço a Gabriel Hadad, por ler minha produção, opinar sobre minha escrita e incentivar meus projetos acadêmicos.

Aos colegas da Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental pelo espaço possibilitado para partilhar e suscitar questões necessárias.

À psicóloga Larissa Nunes, pela acolhida dos projetos da LAMP em seu meio profissional. Gratidão por ter encarado uma viagem figurativa e literalmente sobre as vozes.

À equipe do CENAT, que tem feito um trabalho incrível de disseminação de informação sobre novas abordagens em saúde mental, além de sempre ter se mostrado disponível para diálogo. Este trabalho foi semeado em um de seus eventos. Em especial ao Pablo Valente e Leonardo Bastos, que de bom grado contribuíram com informações riquíssimas sobre o Movimento de Ouvidores de Vozes no Brasil.

Agradeço à Carlla Miranda e à Valentina Abreu que se dispuseram a ler e opinar no processo de escrita deste trabalho. Foi muito importante e enriquecedor ouvir a opinião de vocês. Bem aventurada sou por esse vínculo afetivo.

À minha preciosa amiga Andreia Lima que, além de sempre creditar meus sonhos com afeto, me ajudou na correção do abstract deste trabalho.

Gratidão registro também pela amizade do Cleverton, pelas divertidas e instigantes caronas e conversas sobre a vida e os seus afetos inomináveis. E pela amizade do Fillipe, que quase sempre suavizava as chatices da rotina acadêmica com piadas aleatórias, o bom afeto ficou.

Agradeço às parcerias e afetos trocados por cada colega e professor da UFMA, existe uma Yanne instigada, transformada e feliz por cada encontro. Quando eu falo de gratidão aos professores em geral é para não ser injusta

E, por fim (e mais importante), agradeço a mim mesma que, mesmo com todas as limitações, mantive a fé, a paciência e a persistência para sustentar o desejo de chegar até aqui. Em plena pandemia e aqui está o selo desta última etapa da graduação que ocupou os últimos sete anos da minha vida.

Há um pássaro azul em meu peito que quer sair  
mas sou duro demais com ele,  
eu digo, fique aí, não deixarei que ninguém o veja.

Há um pássaro azul em meu peito que quer sair  
mas eu despejo uísque sobre ele e inalo fumaça de cigarro  
e as putas e os atendentes dos bares e das mercearias nunca  
saberão que ele está lá dentro.

Há um pássaro azul em meu peito que quer sair  
mas sou duro demais com ele,  
eu digo, fique aí, quer acabar comigo?  
quer foder com minha escrita?  
quer arruinar a venda dos meus livros na Europa?

Há um pássaro azul em meu peito que quer sair  
mas sou bastante esperto,  
deixo que ele saia somente em algumas noites quando  
todos estão dormindo.  
eu digo, sei que você está aí, então não fique triste.

Depois o coloco de volta em seu lugar,  
mas ele ainda canta um pouquinho lá dentro,  
não deixo que morra completamente  
e nós dormimos juntos assim com nosso pacto secreto  
e isto é bom o suficiente para fazer um homem chorar,  
mas eu não choro,  
e você?"

- Charles Bukowski

## RESUMO

Embora o fenômeno de ouvir vozes seja composto por uma multiplicidade de sentidos, podendo variar de acordo com a cultura, contexto social e história de vida de cada sujeito, na cultura ocidental é comumente associado a desordens mentais. O avanço dos manuais diagnósticos de transtornos mentais, em consonância com a evolução das neurociências e indústria farmacêutica, mostrou-se como um cenário perfeito para a vulgarização do diagnóstico em Saúde Mental. À vista disso, esta pesquisa nos convida a repensar a lógica diagnóstica com a Psicanálise, a Esquizoanálise e o Movimento de Ouvidores de Vozes por meio de uma revisão bibliográfica, com viés qualitativo, de caráter exploratório e mediante literatura sistematizada sobre o fenômeno de ouvir vozes em suas dimensões biológica-histórica-política-social. Como suporte teórico, optou-se pela teoria psicanalítica somada às contribuições da esquizoanálise e considerando as abordagens terapêuticas propostas pelo Movimento de Ouvidores de Vozes, movimento que se destaca como um instrumento significativo na disseminação da perspectiva não patológica desse fenômeno. As considerações desta pesquisa evidenciam a teoria psicanalítica, com Freud e Lacan, como possibilidade de pensar o indicativo ouvir vozes para além do diagnóstico psiquiátrico. Apesar das limitações apresentadas, entende-se que a Psicanálise nos permite resistir à medicalização da diferença através de uma abordagem crítica com implicação ética e política, atitude viabilizada com as contribuições de Deleuze Guattari pela via da Esquizoanálise.

**Palavras-chave:** Alucinações auditivas; Esquizoanálise; Grupo de apoio; Psicopatologia.

## ABSTRACT

The phenomenon of hearing voices is composed of a multiplicity of senses, and can vary according to the culture, social context and life history of each subject. In western culture it is commonly associated with mental disorders. The advancement of manual diagnostics of mental disorders in line with the evolution of neurosciences and pharmaceutical industry has proved to be a perfect scenario for the vulgarization of the diagnosis in Mental Health. This research invites us to rethink the diagnostic logic with Psychoanalysis, Schizoanalysis and the Voice Hearing Movement, by means of a bibliographic review with a qualitative bias of an exploratory nature and through systematized literature on the phenomenon of hearing voices in their biological-historical-political-social dimensions. We opted as a theoretical support for psychoanalytical theory added to the contributions of schizoanalysis and considering the therapeutic approaches proposed by the Movement of Hearing of Voices, a movement that stands out as a significant instrument in the dissemination of the non-pathological perspective of this phenomenon. The considerations of this research highlight psychoanalytic theory with Freud and Lacan as a possibility of thinking the indicative hearing voices beyond the psychiatric diagnosis. Despite the limitations presented we understand that Psychoanalysis allows us to resist the medicalization of difference through a critical approach with ethical and political implication, an attitude made possible by the contributions of Deleuze and Guattari through Schizoanalysis.

**Key-words:** Auditory Hallucinations; Schizoanalysis; Support Group; Psychopathology;

## LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial infantil

CENAT - Centro de Ensino em Novas Abordagens Terapêuticas

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CsO - Corpo sem Órgãos

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, título em inglês para Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

LAMP - Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental

LGBTQ+ - Sigla representativa de pessoas que não se expressam conforme o modelo heteronormativo. Podendo englobar gays, lésbicas, bissexuais, transsexuais, queer ou genderqueer + ou qualquer outra classificação não heteronormativa.

MOV - Movimento de Ouvidores de Vozes; sigla criada para a tradução de: HVM - Hearing Voice Movement

OMS- Organização Mundial da Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>MOVIMENTO DE OUVIDORES DE VOZES: DA HOLANDA AO BRASIL .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Surgimento do Movimento de Ouvidores de vozes .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Chegada do Movimento de Ouvidores de Vozes no Brasil .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3</b>	<b>Movimento social x Atenção Psicossocial: realidade brasileira .....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>DESDOBRAMENTOS DO DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>Padronização de linguagem, coerção de corpos e diagnóstica social.....</b>	<b>29</b>
<b>3.2</b>	<b>Alternativas ao reducionismo diagnóstico.....</b>	<b>44</b>
<b>3.3</b>	<b>Análise de auto relatos dos participantes do Movimento de Ouvidores de Vozes.....</b>	<b>48</b>
<b>4</b>	<b>REPENSANDO A LÓGICA DIAGNÓSTICA.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1</b>	<b>O diagnóstico em Psicanálise .....</b>	<b>54</b>
<b>4.2</b>	<b>Contribuições esquizoanalíticas .....</b>	<b>60</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como problemática central investigar como o fenômeno de ouvir vozes pode ser pensado para além da patologia. Tomamos como ponto de partida o trabalho desenvolvido pelo Movimento de Ouvidores de Vozes a partir da literatura e considerando a realidade do cenário brasileiro de cuidados à saúde mental. Para isso, como objetivo geral, propomos explorar o fenômeno de ouvir vozes por uma perspectiva não patológica com base na teoria psicanalítica somada às contribuições da esquizoanálise. O trabalho foi segmentado a partir dos seguintes objetivos específicos: 1- Traçar o contexto histórico e político do Movimento de Ouvidores de Vozes (da Holanda ao Brasil), bem como apresentar a visão do movimento sobre o fenômeno em análise; 2- Problematizar a psiquiatrização do fenômeno de ouvir vozes a partir de reflexões críticas e históricas sobre o diagnóstico; e 3- Apresentar uma perspectiva alternativa, não patologizante, com fundamento na teoria psicanalítica e considerações da esquizoanálise.

Donna Haraway (2009) e Djamila Ribeiro (2017) demonstram afinidade epistemológica ao falarem sobre a responsabilidade da posição de onde cada sujeito narra sua interpretação de mundo. A partir dos estudos dessas autoras, compreende-se que somos responsáveis pela maneira como aprendemos a ver e estar no mundo na proporção que admitimos que nosso modo de vida é baseado em saberes parciais. Desse modo, julgo importante demarcar que não ouço vozes e por mais próxima que eu sinta estar do tema, pelos atravessamentos em vivências pessoais, reconheço o lugar da minha fala, não como de alguém que sabe do sofrimento e segregação advindos de uma rotulação psiquiátrica por experiência própria, mas sim da perspectiva de aliada daqueles a quem têm sido negado o direito de falar em nome próprio e de serem legitimamente escutados.

Firmo dizer que a construção deste trabalho foi localizada e parcial, tendo em vista que minha posição aqui é de acadêmica do curso de Psicologia e, nesta ocasião, o rigor científico também parcializa seu desdobramento. Cabe dizer ainda que não tenho a pretensão de construir um caminho à verdade, tampouco tornar os sujeitos que já passaram pela experiência em análise como meros objetos de estudo. Contudo, reconheço como inevitável neste trabalho a produção de um olhar diferente, inclusive da perspectiva proposta pelo

Movimento de Ouvidores de Vozes, pois o saber parcial em si é composto e compõe diferentes pontos de vista, criando um novo saber.

Pela condição de filha, sobrinha, prima e amiga de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves, o interesse pelo tema nasceu ao perceber uma relação da história de vida dessas pessoas com os sintomas que as conduziram ao tratamento psiquiátrico. A curiosidade se desenvolveu na graduação ao ser mobilizada por discussões em saúde mental, com falas de profissionais que validaram a experiência subjetiva do sofrimento psíquico para além das codificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e/ou da Classificação Internacional de Doenças (CID).

A decisão em explorar mais o campo foi intensificada a partir do I Fórum Internacional das Novas Abordagens em Saúde Mental na cidade de São Luís - MA, ocorrido em abril de 2018, onde foi apresentada uma perspectiva diferente do fenômeno de ouvir vozes. Neste evento conheci o Hearing Voices Movement (HVM) ou Movimento de Ouvidores de Vozes (MOV), onde foi evidenciado alguns dos desdobramentos na vida de seus membros. A partir de então, através da extensão da Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental (LAMP), foi possível realizar um grupo no Hospital Nina Rodrigues<sup>1</sup> com os pacientes judiciários que ouviam vozes - aqueles privados de liberdade por terem cometido delito decorrente de um transtorno psiquiátrico. Com as narrativas, daqueles participantes, ficou claro que o conteúdo que as vozes apresentavam tinha relação com eventos da história de vida dos sujeitos que, inclusive, eles faziam questão de evidenciar. Foi possível verificar também que a maneira como cada um lidava com as vozes interferia no comportamento diário e na relação com os colegas de enfermagem. O fato de todos serem medicados há meses, até anos, e ainda assim continuarem a ouvir vozes instigou várias reflexões. Os encontros com ouvidores motivaram a decisão de investigar, enquanto objeto de pesquisa para o trabalho de conclusão de curso, o fenômeno de ouvir vozes para além do diagnóstico psiquiátrico.

Este trabalho mostra-se relevante na medida em que somará para haver mais investigações qualitativas sobre experiências que muitos sujeitos vivenciam de maneira tão peculiar e que, por vezes, são reduzidas à sintomatologia de uma psicopatologia. Além do mais, ressalto a importância da esquizoanálise, perspectiva clínico-política criada por Deleuze

---

<sup>1</sup> Referência estadual em emergência psiquiátrica no Maranhão. Trata-se de um complexo de saúde especializado no atendimento multiprofissional aos portadores de transtornos mentais. O Nina Rodrigues é um Hospital Psiquiátrico e conta com uma unidade interna para o funcionamento de um Manicômio Judiciário.

e Guattari, como alternativa de suporte suplementar ao fundamento teórico psicanalítico para pensar o processo de despatologização do fenômeno de ouvir vozes. Essa perspectiva se mostra muito pertinente, embora ainda pouco explorada dentro desse recorte teórico-temático. Na biblioteca digital de monografias da Universidade Federal do Maranhão, por exemplo, até o momento ainda não se tem registrado estudo algum sobre esse tema. E há de se concordar que, ao viabilizar espaços de aprofundamento teórico acerca dessas reflexões, amplia-se o entendimento para pensar estratégias de despatologização dos modos atípicos de ser no mundo, além de ser uma alternativa de respaldo para práticas de cuidado que aposte, com efeito, no protagonismo desses sujeitos como potencial agenciador de transformações no campo da saúde mental brasileira.

Por toda parte do mundo existem pessoas que têm ou já tiveram a experiência de ouvir uma ou mais vozes. Paul Baker (2009) em sua obra “The Voice Inside” informa que entre 4 e 10% das pessoas ao redor do mundo ouvem vozes e, destas, 70 a 90% sofreram algum evento traumático que na maioria das vezes está relacionado ao conteúdo que as vozes apresentam. O sentido que é dado a essa experiência varia de acordo com a cultura, contexto social e história de vida do sujeito. As vozes podem ser de sexo feminino, masculino ou não binário, podem ser figuras humanas (adulto ou criança), animais, seres inanimados ou até objetos do dia a dia. Em alguns lugares as pessoas relacionam as vozes a uma função social, inclusive muito valorizada; em outros é dado um sentido transcendental, como é o caso dos líderes xamânicos; em outros ainda o fenômeno de ouvir vozes é considerado um dom divino. Independente do perfil que as vozes podem carregar, não é raro notar a relação do conteúdo que elas anunciam com o estado emocional e sistema de valores dos ouvidores (INTERVOICE, 2019).

No Brasil, que é profundamente marcado pela cultura ocidental e cuja população é predominantemente cristã, quando alguém diz escutar vozes é fácil haver uma associação ou a um transtorno mental, ou a uma experiência com seres espirituais. Devido ao fato de que na cultura ocidental existe uma tendência à explicação científica dos fatos, sendo a ciência médica proeminente, não é raro haver uma ligação do fenômeno de escutar vozes a um quadro psicopatológico, tal como definido nos manuais de psiquiatria. Entretanto, estudos recentes apontam para a possibilidade de construir uma nova abordagem dessas experiências. Pois o uso do diagnóstico psicopatológico, que reforça um estereótipo sociocultural associando a experiência de escutar vozes ao comprometimento da sanidade mental do sujeito, contribui para a negação da complexidade do fenômeno e de suas sensações, o que repercute

diretamente sobre a subjetividade e estado emocional da pessoa afetada (INTERVOICE, 2019; FERNANDES, 2017).

A partir dessa perspectiva psicopatológica, são desenvolvidos psicofármacos para tratamento de transtornos mentais que atuam sobre as aparições denominadas pela psiquiatria como sintomas positivos, sendo os mais comuns as alucinações e os delírios (DALGALARRONDO, 2008). Porém, além dos efeitos colaterais agressivos, nem sempre é possível eliminar as vozes, compreendidas nesse contexto como alucinações auditivas. Em muitos casos, o paciente psiquiátrico aprende que quanto menos demonstrar escutar vozes, menos doente será considerado pelos profissionais da saúde mental, familiares e sociedade como um todo. Este posicionamento o leva a simular uma recuperação das alucinações auditivas verbais, chegando ao ponto de figurar não mais escutar as vozes a fim de receber alta de seus tratamentos psiquiátricos, em casos de pacientes asilares, ou de, pelo menos, não ter suas doses diárias de medicamentos aumentadas (BAKER, 2009; FERNANDES; ZANELLO, 2018).

As abordagens acerca do fenômeno de ouvir vozes vão comparecer de formas diferentes a depender do país e da época a serem analisadas. Enquanto no Brasil discutia-se a implantação de um novo sistema de Saúde Mental com fins de desinstitucionalizar pacientes psiquiátricos, países como Holanda e Inglaterra, no final da década de 1980, passaram a receber pessoas que ouvem vozes por uma abordagem diferente à lógica biomédica regente e, com alternativas diferentes da medicalização, “obtiveram resultados melhores em comparação ao modelo tradicional (que tinha a medicalização como foco)” (FERNANDES, 2017, pg. 12). A reunião de pessoas para o compartilhamento de suas experiências com as vozes se tornou um dispositivo de referência para compreender as ditas alucinações auditivas para além do sintoma. A partir de então, formou-se o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes (Hearing Voice Movement - HVM), que se expandiu para vários países, inclusive para o Brasil (INTERVOICE, 2017).

Com o intuito de fundamentar cientificamente esta investigação, optou-se pelo procedimento de pesquisa bibliográfica, com revisão sistematizada de materiais que dessem suporte à perspectiva não patologizante do fenômeno de ouvir vozes. Para tanto, foram consultadas algumas bases de dados online, tais como o portal de periódicos da CAPES, LILACS, PubMed, PEPSIC e Scielo, através dos marcadores “Saúde Mental”, “Ouvidores de vozes”, “Psicose”, “Alucinações auditivas” e “Alternativas terapêuticas”. Além de livros de

autores clássicos que falam sobre o tema como Foucault (1978/2014), Freud (1893; 1915; 1924), Schreber (1905), Baker (2009; 2016), Amarante (2007), Canguilhem (2009) e Deleuze e Guattari (1972/2010, 1980/2012), a busca foi direcionada a publicações de dissertações, teses e artigos que pleiteassem o assunto.

A partir de fichamentos dos materiais encontrados, o processo de escrita teve o intuito de explorar as produções já existentes em articulação com o planejamento deste estudo para o alcance dos objetivos estabelecidos. Para isso, entendendo a complexidade da temática, zelou-se por uma abordagem qualitativa dos achados e o parâmetro seguido para escolha dos materiais foi temporal, abarcando os últimos 20 anos, período em que o Movimento de Ouvidores de Vozes recebeu mais destaque, mas com preferência de estudos publicados entre o ano de 2010 até a data o ano atual.

Para alcançar os objetivos, esta pesquisa foi dividida em quatro sessões teóricas, sendo três capítulos para aprofundamento e um para as considerações finais. Como primeiro ponto, para contextualização desta perspectiva, o histórico do Movimento de Ouvidores de Vozes (da Holanda ao Brasil) foi descrito, com sequência da exposição do contexto nacional da rede de saúde mental, que foi a porta de entrada do movimento no Brasil.

No capítulo dois, apoiado na literatura sobre a função que o diagnóstico exerce na sociedade, foi apresentado o histórico dos manuais diagnósticos atravessados pelas problemáticas advindas de uma abordagem estritamente psiquiátrica do fenômeno de ouvir vozes. Neste mesmo capítulo, foram elucidadas algumas terapêuticas alternativas ao reducionismo psiquiátrico, além de algumas considerações sobre os relatos de experiências de ouvidores de vozes que passaram pela psiquiatrização.

No terceiro capítulo, como convite a repensar a lógica diagnóstica, foi desenvolvida uma explanação sobre a perspectiva da teoria psicanalítica com contribuições esquizoanalíticas a respeito do tema em questão. À guisa das considerações, foram pontuadas questões sobre os achados desta pesquisa e expectativa para os próximos estudos sobre o tema.

No mais, visando colaborar para o desenvolvimento de novas investigações sobre o tema e, claro, para o cumprimento da função científica e social de uma pesquisa, depois de avaliado, aprovado e feita as sugeridas correções da banca examinadora, pretende-se submeter este trabalho para publicação.

## 2 MOVIMENTO DE OUVIDORES DE VOZES: DA HOLANDA AO BRASIL

A experiência de ouvir vozes é um fenômeno muito mais antigo do que se imagina, é anterior às próprias ciências que se propõem a tratá-lo enquanto sintoma. A Farmacologia, a Psicologia e a Psiquiatria são posteriores aos primeiros fatos que se tem registrado sobre este fenômeno. Basta resgatar na história dos rituais religiosos, a começar pelos povos egípcios e hebraicos na mesopotâmia, ou pela idade média que atribuía às vozes santidade ou possessão, ou mesmo o papel do Xamã, líder mediador do contato entre o mundo espiritual (através das vozes que ouve) e o povo de cultura xamânica<sup>2</sup>. E como exemplo mais próximo da nossa cultura ocidental, temos o cristianismo que tem por fundamento os mandamentos de uma voz: a de Deus (BAKER, 2009; CARDANO, 2018; SILVA; GIUMBELLI; QUINTERO, 2018).

Além de ser antigo, é um ocorrido muito mais prevalente do que se considera no imaginário social. De acordo com Cardano (2018), aproximadamente 10 a 15% das pessoas ao redor do mundo já tiveram a experiência de ouvir vozes. Nobre, Cortiana e Andrade Fiho (2013) presumem que entre 7% e 30% das pessoas nas fases da infância e da adolescência têm episódios de alucinações, especialmente as auditivas. O Intervoice (2017) estimou que a incidência mundial de pessoas que passam por essa experiência, gira em torno dos 4%. Nesta estimativa, a cada três pessoas ouvidoras de vozes, uma busca ajuda profissional. As que não se tornam pacientes psiquiátricos naturalmente desenvolvem outras estratégias para lidar com esta vivência de forma adaptativa (BAKER, 2009).

Embora as alucinações auditivas sejam muito associadas à esquizofrenia, já existem diversos estudos que apontam para a presença desta experiência em quadros não psiquiátricos, inclusive com estatística superior ao índice nos casos combinados de transtornos psicóticos. Uma pesquisa citada pelo Intervoice (2019) revelou que, de uma amostra da cidade de Baltimore (EUA) com quinze mil pessoas, entre 10-15% afirmaram que ouviram vozes por um longo período e desses, apenas 1/3 se queixaram de decorrências aversivas. Baker (2009) referencia um estudo que mostra que pessoas sem indício de transtorno mental têm alucinações durante 80% dos casos de tortura e das situações de navegações de longo período.

---

<sup>2</sup> Os primeiros povos Xamânicos identificados são objetos de relatos desde os século XVII, oriundos do Leste da Sibéria, práticas de Xamã compreende um composto de ideais somado à práticas religiosas, a fim de fazer contato com seres do mundo espiritual. Engloba também expressões socioculturais como mediação simbólica e rituais associadas a concepções cosmo-ontológicas (SILVA; GIUMBELLI; QUINTERO, 2018).

Outro estudo (ROMME *et al.*, 2009) com ouvidores de vozes, um grupo com usuários e outro grupo com não usuários de serviços de saúde mental, mostrou que ambos ouviam vozes perturbadoras e não perturbadoras aproximadamente na mesma proporção. O que diferenciou os grupos foi especialmente a reação de cada um às vozes que ouviam: o grupo de não usuários apresentavam bem menos medo e aborrecimento derivados da experiência com as vozes em relação ao grupo de usuários da rede de serviços em saúde mental. Esses dados apontam para a possibilidade que há em viver com as vozes sem prejuízos significativos, mesmo nos casos em que elas são apresentadas como perturbadoras. De acordo com Romme *et al.* (2009), considerando parcela razoável desses casos, após o enfrentamento de traumas e a estabilização de emoções, os sujeitos costumam ser menos afetados pelas vozes e/ou deixam de escutá-las. Isso abre precedentes para tornar questionável a afirmativa de que ouvir vozes é um sintoma psicopatológico (BAKER, 2009; CARDANO, 2018; INTERVOICE, 2017).

O sentido dado às vozes depende do contexto que envolve cada cultura. No caso da cultura ocidental, os discursos mais comuns perpassam a ordem biomédica, a qual comumente associa o fenômeno a um indício de loucura; ou a um estado de inspiração transcendental que é relacionado diretamente com o antecedente religioso e/ou espiritual praticado por cada sujeito. A maneira como a sociedade reage, bem como as práticas profissionais que se estabelecem, advém de uma percepção do corpo social sobre o episódio em questão. Todavia, essas relações sociais que instituem pressupostos enquanto verdades são passíveis de reformulações. Portanto, na medida em que se permite abrir caminho para construção de novas visões de mundo, práticas inovadoras também ganham espaço nas estratégias de cuidado (CARDANO; 2018; SPINK; MEDRADA, 2004).

## **2.1 Surgimento do Movimento de Ouvidores de vozes**

Foi a partir da compreensão de multiplicidade de sentidos do fenômeno de ouvir vozes que o Movimento de Ouvidores de Vozes (MOV) se constituiu. O MOV iniciou na Holanda, a partir da experiência do psiquiatra Marius Romme com sua paciente Patsy Hage, que entrou em contato com uma obra do psicólogo americano Julian Jaynes (1920-1997) "*The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*" (1976) – a obra trabalha a origem da consciência humana numa perspectiva de mente bicameral. Além de trabalhar a noção de consciência, a obra de Jaynes (1976) perpassa a história das antigas

civilizações, numa época em que as ações do homem eram direcionadas por vozes de deuses e ainda não havia a ideia de consciência humana tal como conhecemos hoje. Em certa época, eram os discursos dos deuses que determinavam os planos e ações dos viventes e, para isso, algumas pessoas que eram capazes de manter contato com esses seres faziam a mediação dessa comunicação (FERNANDES, 2017).

Hage questionou Marius sobre o porquê que as vozes que ela ouvia (e era afetada diariamente) tinham de ser desconsideradas e eliminadas, se outras pessoas acreditavam em um ser divino nunca visto ou escutado. Essa indagação despertou Marius para uma abordagem diferenciada da biomédica. Tomar a experiência com as vozes como algo passível de ser elaborado, e não apenas verificado como um sintoma positivo de um transtorno mental grave, foi inovador na década de 1980 porque as ciências biomédicas estavam em ascensão juntamente com a indústria farmacêutica, que já podia lhe dar suporte medicamentoso para quaisquer eventos disfuncionais. Verificar a presença do conjunto de sinais e sintomas, chegar a uma conclusão diagnóstica e receitar psicotrópicos para a eliminação dos sintomas já fazia parte da tradição psiquiátrica emergente naquele momento (INTERVOICE, 2017; ROMME *et al.*, 2009).

O psiquiatra Marius reconheceu que foi Patsy Hage quem o despertou para a ineficácia da abordagem estritamente biomédica. Durante uma declaração, Romme admitiu ser fruto de uma psiquiatria que propõe o treino de um olhar clínico, sobretudo academicista, que tem por foco a apuração de sinais alucinatórios associados a outros indicativos com o objetivo de detectar psicopatologias. O corte produzido em Patsy, através do contato com a teoria de Julian Jaynes, a impulsionou a investigar o domínio das vozes sobre seus afetos, comportamentos e crenças. O evento significativo para o movimento foi o que Patsy elaborou com a leitura da obra de Jaynes, que traçou uma visão diferente sobre as vozes até então consideradas patológicas (BAKER, 2009; INTERVOICE, 2017).

É muito válido ressaltar os benefícios que o Movimento de Ouvidores de Vozes (MOV) produziu enquanto movimento social. Conquanto, é oportuno dizer que esta experiência de Patsy Hage mobilizou no seu psiquiatra uma percepção diferente, mas que, de alguma forma, foi um retorno à psiquiatria de períodos anteriores, de quando se tinha práticas embasadas pela ética psicanalítica, não no sentido analítico do fazer psiquiátrico, mas na ética do cuidado ao escutar o paciente, ou, minimamente a sua tentativa. A escuta pode produzir

efeitos inimagináveis, ainda mais considerando que o sintoma é expressão de um investimento que sinaliza a necessidade de uma solução para aquilo que não parece bem.

O relato desta experiência provocou em Hage um olhar de comparação às experiências dos heróis da Grécia Antiga, que tomavam o fenômeno de ouvir as vozes dos deuses como sinal de prestígio. A constatação por parte de Romme, de que o ato de atribuir uma origem para as vozes tenha gerado satisfação em Hage, o incitou a questionar se o compartilhamento das experiências de sua paciente não poderia ser proveitoso para outras pessoas. Desde então, tanto Romme quanto Hage, passaram a participar de colóquios sobre o tema e compartilharam a condução de um programa televisivo para maior visibilidade do assunto na Holanda, inclusive foi reconhecido como um meio de referência para esclarecimentos sobre a experiência de ouvir vozes. Foi nesse contexto que as pessoas que já haviam vivenciado o fenômeno foram mobilizadas a iniciar o compartilhamento de suas experiências entre pares (BIEN; REIS, 2017; CARDANO, 2018).

Em 1987, no dia 31 de outubro, aconteceu uma conferência com 360 das 700 pessoas que responderam às mobilizações de Romme e Hage, todos eram ouvidores de vozes. A conferência foi o primeiro momento público de partilha mútua da experiência de ouvir vozes. Logo depois, Romme e Sandra Escher, também pesquisadora, foram a uma conferência na Itália, lugar onde aconteceu o encontro com Paul Baker, militante do Movimento Britânico de Usuários e Sobreviventes da Psiquiatria (MBUS)<sup>3</sup>. Baker se interessou pelos resultados das pesquisas holandesas e sem demora envolveu-se com a temática. Ainda em 1987 participou como convidado da conferência organizada pela Resonance Foundation<sup>4</sup> (em Maastricht na Holanda), em parceria com o Departamento de Psiquiatria Social da Universidade de Limburg e intitulada “Pessoas que ouvem vozes” (CARDANO, 2018; INTERVOICE, 2017).

Segundo Kantorski *et al.* (2017), do interesse e da empolgação demonstrados por Paul Baker, surge então um convite para que ele fizesse o mesmo na Inglaterra e assim, gradativamente, cada país pudesse constituir grupos que possibilitasse a troca de experiências

---

<sup>3</sup> O MBUS surge na década de 1960, em meio às transformações das práticas asilares hegemônicas da medicina psiquiátrica na Inglaterra. Trata-se de um movimento social protagonizado por usuários da rede de Saúde Mental, apesar de também contar com o apoio e participação de outros interessados como profissionais e familiares. É marcado pela luta pelo direito dos usuários de serem atores políticos no que diz respeito às políticas de Saúde Mental, pelo direito de falar de si por si e de ressocializar mesmo depois do longo período de internação. Conhecer a história do MBUS ajuda compreender as diferenças entre o perfil do usuário de Saúde Mental britânico e o usuário da rede em Saúde Mental no Brasil (COSTA, 2017).

<sup>4</sup> Trata-se de uma organização de auto e mútua ajuda entre ouvidores de vozes.

entre ouvidores de vozes. O objetivo dos grupos foi apresentado como instrumento de emancipação do ouvidor em relação aos cuidados básicos de seus familiares e aos profissionais da psiquiatria tradicional. Isto seria possível na medida que os sujeitos fossem capazes de elaborar suas próprias vivências com as vozes que ouviam, desenvolvimento facilitado por um grupo de mútua e auto ajuda. Baker, por sua vez, toma a frente e intensifica as ações em prol da expansão dos estudos de Romme e Escher e, conseqüentemente, da rede de ouvidores. Os primeiros encontros aconteceram na Holanda e Inglaterra e, atualmente, pelo menos 21 países ao redor do mundo já contam com o MOV (CARDANO, 2018; KANTORSKI *et al.*, 2017).

## 2.2 Chegada do Movimento de Ouvidores de Vozes no Brasil

O movimento chega ao Brasil oficialmente em 2017, através do I Congresso de Ouvidores de Vozes, ocorrido nos dias 20 e 21 de outubro no Rio de Janeiro. O evento foi organizado pelo Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas (CENAT)<sup>5</sup>. Até 2019, 31 Grupos de Ouvidores de Vozes (GOV) estavam registrados no Brasil, com funcionamento apoiado na iniciativa holandesa de compartilhamento de experiências como suporte de tratamento e fortalecimento de autonomia, especialmente, mas não apenas, no que se refere ao autocuidado (INTERVOICE, 2019; KANTORSKI *et al.*, 2017).

O Intervoice (2019) frisa que é legítima a variedade de discursos a respeito do fenômeno de ouvir vozes e não há interesse do movimento em sobrepor um discurso ao outro, pois se entende que um não elimina o outro e os sentidos coexistem necessariamente nos espaços. O interesse em ouvir o que a voz tem a dizer é um passo importante, mas ressalta-se aqui a necessidade de cuidar para não adotar um sentido em detrimento de outro. A multiplicidade de sentidos das vozes pode ser uma vantagem na medida em que se abre possibilidade de lançar mão de várias práticas e saberes no ato da partilha por algo que funciona. A ideia é que o ouvidor sinta-se encorajado a assumir a perspectiva que faz sentido para ele, e, ainda assim, conseguir desenvolver estratégias para decidir como se comportar perante as vozes (INTERVOICE, 2019; KANTORSKI, 2017).

---

<sup>5</sup> Sigla do Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas em Saúde Mental, é uma organização brasileira que tem como missão levar novas propostas de abordagens terapêuticas para casos de adoecimento mental através da organização de cursos, fóruns e congressos.

Segundo informações colhidas com Leonardo Duart Bastos (2019), responsável direto pela articulação do Movimento Brasileiro de Ouvidores de Vozes, foi realizado um censo (2018) sobre a situação dos grupos nacionais, baseado naqueles que mantêm contato com o CENAT. Dentre os grupos registrados e ativos, existem 15 grupos comunitários, 6 ligados a universidades e 10 articulados com as atividades de CAPS. Todos os grupos são mistos, o que significa dizer que nenhum é composto apenas por ouvidores – profissionais, acadêmicos e familiares podem compor os encontros.

Por terem a liberdade de saírem da lógica da medicalização e terem maior abertura para uma relação horizontal, os grupos comunitários são os que funcionam de forma mais próxima do movimento Intervoice. Ainda segundo informações de Bastos (2019), a maior parte dos grupos nacionais é mediada por profissionais, na maioria das vezes psicólogas. Mas também participam como facilitadores psiquiatras, enfermeiros e terapeutas ocupacionais. Alguns grupos em Campinas possuem uma característica particular: a facilitação flutuante, ou seja, em cada reunião facilita quem se sente mais à vontade no momento, sendo ouvidor ou não (INTERVOICE, 2017).

Percebe-se que a realidade dos grupos de ouvidores de vozes no Brasil é bem híbrida, o que chama muita atenção, pois se distancia da proposta original do Intervoice. Sem embargo, pode-se afirmar que há uma forte ligação desta realidade com a historicidade política brasileira no tocante às iniciativas de movimentos sociais no campo da saúde mental. Enquanto que na Europa os usuários se articulavam em frentes de movimentos sociais, no Brasil, o movimento de maior peso para transformações efetivas no sistema de cuidado à saúde mental foi protagonizado por trabalhadores da saúde mental. É indiscutível que os fatores sócio-políticos têm peso significativo nessa conjuntura onde o lugar do profissional está, na maioria das vezes, sobreposto ao lugar do usuário. Esse fato é intensificado quando o usuário em questão é considerado menos capaz por sua condição de adoecimento mental (AMARANTE, 2007; COSTA, 2017).

Nos GOV's, a experiência de ouvir vozes é descrita como uma experiência necessariamente particular, portanto, considera-se capaz de se relacionar com o fenômeno somente a pessoa que o vivencia. Ainda que um terceiro queira se familiarizar com a voz do outro pela mediação do ouvidor, o endereçamento sempre será do sujeito ouvidor para as vozes que ele escuta. Reconhecer esta dinâmica esclarece sobre a posição do ouvidor em um grupo de auto e mútua ajuda, como o GOV (BAKER, 2009; CARDANO; 2018).

É importante assinalar que o objetivo do grupo não passa pela pretensão de ser um grupo terapêutico para tratamento das vozes, embora seja muito articulado com práticas de profissionais de saúde mental. De acordo com Romme *et al.* (2009), a ideia é auxiliar na recuperação da cidadania, sem a intenção de modelar a perspectiva dos ouvidores, apesar dessa possibilidade não ser negada, já que o compartilhamento entre pares pode atravessar e efetuar mudanças na visão de mundo dos membros do grupo.

À vista disso, entende-se que a presença em si de um profissional nos grupos e no MOV já provoca diferença, tanto por cindir a proposta de compartilhamento entre pares, quanto pelo fato das relações entre especialistas e pacientes serem verticalizadas, fatores que acabam por fortalecer a cultura de relação de poder por expertise teórica. Por outro ponto de vista, é cabível apontar que a participação de categorias de profissionais da Saúde Mental no MOV, de maneira autocrítica e localizada, pode representar o fortalecimento do movimento de usuários, uma vez que o profissional pode usar seu lugar de especialista para aguçar a desconstrução de tabus e amplificar meios de fortalecimento da causa.

Ademais, o Código de Ética da Psicologia prevê que o profissional “[...]trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”(CFP, 2005, p.7). Não que essa seja uma normatização para o profissional da psicologia, mas, é válido fazer um retorno aos princípios da categoria como convite para maior reflexão ética sobre possíveis contribuições da classe para o movimento, uma vez que a despatologização de uma vivência subjetiva pode ser potencial promotora de fortalecimento de cidadania e de autonomia dos sujeitos em questão. Isso também diz sobre a promoção em saúde mental.

A intenção do apelo ao código de ética é na tentativa de provocar reflexões críticas sobre o lugar social que a Psicologia pode alcançar enquanto ciência e profissão. Esse é apenas um convite para pensar a psicologia mais além da labuta remunerada. De todo modo, há de se concordar que é ingênuo pensar a presença de profissionais no MOV, mesmo a da psicologia, como garantia de acolhimento da diferença. O trabalho é muito mais custoso. Por mais crítica, holística e humanizada que seja a formação dos trabalhadores, a mera inclusão deles em movimentos sociais, como o MOV, não é o suficiente para findar com os vários tipos de violência historicamente direcionadas contra a diferença. Para isso seria necessário

desconstruir tudo o que a sociedade estruturou em sua organização, mas, pensar isso como mais prático mostra-se ainda mais ingênuo.

### **2.3 Movimento social x Atenção Psicossocial: realidade brasileira**

Em países economicamente desenvolvidos como Holanda e Inglaterra, os movimentos sociais no âmbito da Saúde Mental não só contaram com a participação, como foram protagonizados por usuários da rede de saúde mental. Já em outros países, os que fazem uso desses dispositivos aparecem mais como coadjuvantes e o protagonismo é exercido por trabalhadores. Embora o MOV tenha sido resultante de um protagonismo terapêutico de uma paciente psiquiátrica, observa-se até aqui que seu alcance e seu desdobramento só foi possível porque um profissional validou seu relato e o movimento ganhou mais ativistas usuários por causa da realidade política, econômica e cultural da região em que foi gerado.

Ora, o contexto político, econômico e social brasileiro durante a chegada do MOV se diferencia drasticamente da realidade europeia, o que logicamente impacta sobre a dinâmica e repercussão do movimento nacional. Por esse motivo, para facilitar a compreensão do panorama nacional e possibilidades efetivas desta perspectiva sobre o fenômeno de ouvir vozes no Brasil, julga-se necessário relatar a construção do que hoje temos por Saúde Mental brasileira enquanto campo de políticas públicas, que foi principal porta de entrada do movimento no país.

Essa história começa com o processo de redemocratização do Brasil, ocorrido na segunda metade da década de 1970, que é um dos principais marcos de transformação na assistência em Saúde com a Reforma Sanitária, e em Saúde Mental com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Responsáveis por intensificar a luta por mudanças, os movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica tornam-se mais visíveis com a inserção de pesquisadores, familiares, usuários, militantes de Direitos Humanos, sindicatos, associações, além dos trabalhadores de Saúde Mental. Como evidência histórica para a institucionalização do SUS e marco crucial para a Reforma Sanitária - a qual gerou impacto para as mudanças no campo da Saúde Mental - tem-se a VIII Conferência de Saúde, que foi a primeira com reivindicação de mudanças no setor da Saúde e com participação popular (AMARANTE, 2007; PITTA, 2011).

Enquanto símbolo para Luta Antimanicomial, tem-se o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que denunciava os maus tratos nos manicômios anunciando a emergência de uma reconfiguração no padrão de tratamento psiquiátrico. Outro evento importante para a concretização de políticas públicas em Saúde Mental foi o Congresso dos Trabalhadores de Bauru em 1987, intitulado “Por uma sociedade sem manicômios”, que articulou movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica em diferentes regiões. No mesmo ano foi instituído o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Luiz Cerqueira), em São Paulo, que, sem demora, tornou-se modelo de assistência à saúde mental de pessoas em sofrimento psíquico grave. E logo depois virou referência da proposta para substituição dos antigos hospícios e realização do cuidado em liberdade de pacientes psiquiátricos (AMARANTE, 2007; PITTA, 2011).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, reconhecido como um processo de transformação social complexo e progressivo que tem forte influência dos princípios da Psiquiatria Democrática italiana, envolve o Movimento da Luta Antimanicomial, a própria sociedade civil, os usuários e seus familiares, o Estado e as instituições formadoras. A união de atores de diferentes setores colaborou para a Reforma legal sob a aprovação da Lei nº 10.216 de 2001, que prevê a reconfiguração do modelo de tratamento em saúde mental e garante direitos para pessoas em sofrimento mental grave (BRASIL, 2001; BRASIL, 2017; PITTA, 2011).

Em 2002, com as portarias de nº 336 e nº 189; em 2011, com a portaria de nº 3.088 que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e em 2017, com a portaria de nº 3.588, são estabelecidos mais marcos legais responsáveis por organizar, redirecionar e instaurar os dispositivos para a gradativa substituição do modelo asilar hospitalocêntrico de cuidado por uma rede de serviços de base comunitária, a fim de promover a reinserção psicossocial dos sujeitos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2002a, 2002b, 2011, 2017; PITTA, 2011). Os CAPS são instituídos e expandidos por modalidades em ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme mostra o quadro a seguir:

#### **Quadro 1 - Caracterização dos CAPS por modalidade**

<b>MODALIDADE</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO</b>
CAPS I	Centro de apoio psicossocial para regiões ou cidades de, no mínimo, 15 mil habitantes.

CAPS II	Centro de apoio psicossocial para regiões ou cidades de, no mínimo, 70 mil habitantes.
CAPS III	Centro de apoio psicossocial para regiões ou cidades de, pelo menos, 150 mil habitantes, com leitos de permanência e observação com funcionamento de 24 horas/ dia.
CAPS IV	Centro de apoio psicossocial para regiões ou cidades com população acima de 500 mil habitantes, específico para casos de sofrimento intenso devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, com funcionamento de 24 horas.
CAPSI	Centro de apoio psicossocial destinado ao atendimento de demandas relacionadas a transtornos mentais graves de crianças e adolescentes (até 17 anos e 11 meses). As possibilidades de funcionamento variam de acordo com a lógica do território, podendo ser nas modalidades de CAPS II ou CAPS III.
CAPSAD	Modalidade proposta para atender demandas psiquiátricas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Conta com leitos para desintoxicação e pode funcionar na modalidade de CAPS II, III ou IV, a depender da necessidade do território.

Fonte: Brasil (2002a, 2002b, 2011, 2017).

A RAPS integra ao Sistema Único de Saúde (SUS) e propõe assistência especializada no processo de reinserção social de pessoas que necessitam de atenção à saúde mental. De forma territorializada e alicerçada na livre circulação dos usuários pelos serviços, dispõe-se na garantia de acesso ou resgate da cidadania por meio de ações em saúde voltadas para os diferentes níveis de complexidade. Os Centros de Atenção Psicossocial compõem os dispositivos da RAPS, sendo um dos principais serviços de acolhimento de demandas em saúde mental que intenta a responsabilização do próprio usuário com seu tratamento, em autonomia e liberdade (BRASIL, 2011).

Apesar das políticas que compõem a reforma representarem uma significativa porta de entrada para uma inovação nos cuidados com o sujeito em adoecimento mental, não deixa de ser uma rede integrante de um sistema de saúde que ainda enfrenta desafios para superar o consolidado modelo biomédico, e com o agravante de estar em uma realidade econômica e social pouco favorável às mudanças que se deseja. É nesse compasso que a reforma do sistema de saúde mental caminha a passos lentos, e ainda tem que vencer os impasses advindos dos arcaísmos da formação de profissionais do campo e da conjuntura política dominante. Circunstâncias claramente limitadoras da luta em prol do processo de despatologização das subjetividades e, conseqüentemente, do protagonismo de usuários em frentes de lutas sociais (AMARANTE; NUNES, 2018; PITTA, 2011).

Falar de exercício de cidadania em saúde mental sem citar a interseccionalidade das diversas facetas envolvidas no conceito ampliado de saúde é cometer um engano. No Brasil, segundo Amorim e Severo (2019) há enorme prevalência de uma população pobre (sem acesso a recursos básicos para a sobrevivência) entre os usuários de serviços públicos de saúde, especialmente na região norte/nordeste, onde são poucos os incentivos para economia solidária. Diante dessa realidade, como exigir cidadania ativa a quem é negado direitos básicos de vida? Quando não se tem a garantia do mínimo para uma vida digna, fazer luta social se torna mais complexo. Esse é um expressivo marcador de diferença entre um militante de um país economicamente desenvolvido e um militante de um país economicamente subdesenvolvido. Um fator visto como importante e que deve ser levado em consideração ao contar os desdobramentos do MOV no Brasil.

Contudo, existe algo que o MOV europeu tem em comum com MOV brasileiro, que é a aposta na mudança de termo como tentativa de deslocamento do sentido patológico da alucinação auditiva, para o pretendido sentido não patológico da experiência de ouvir vozes. Essa necessidade de mudança de enunciado espelha não apenas uma experiência humana inquietante por seu caráter inabitual, ela carrega em si uma arcabouço histórico de desonras aos ouvidores. Mas de onde vêm os estigmas em relação às vozes e por que é considerado sinônimo de doença mental? Esse questionamento se apresenta como convite para percorrer o histórico do diagnóstico.

### **3 DESDOBRAMENTOS DO DIAGNÓSTICO**

A palavra diagnóstico tem origem no grego *diagnostikós* (dia = “através de” + gnosis = “capaz de conhecer”) e remete a prática de ter conhecimento de algo através de seus sinais, tal como definido pelo dicionário: “Conhecimento ou determinação duma doença pelos seus sintomas, sinais e/ou exames diversos” (AURÉLIO, 2010, p. 234). É um termo usado para mencionar características de uma circunstância em diferentes situações com amparo em verificação de sintomas. Os efeitos do uso dessa palavra no âmbito da saúde mental tornam-se progressivamente mais evidentes diante do acelerado desenvolvimento tecnológico e da globalização. As concepções de doença, patologia e transtorno estão sendo crescentemente concebidas pela psiquiatria enquanto falhas no suposto funcionamento normal, mantendo distante qualquer perspectiva não patologizante. Estes avanços tecno-estatísticos tornam cada

vez mais comum prever riscos de patologias, nos mais diversos graus, que ainda não se manifestaram, influenciando diretamente na escolha do tipo tratamento a ser priorizado (BEZERRA, 2006; IDAÑEZ; ANDER-EGG, 2007).

Para Bezerra Jr. (2006), o desejo utópico por uma saúde impecável reproduz ideais de bem estar físico e mental num cenário onde se patologiza tudo que frustra o sujeito de alcançar suas pretensões. Diante dessa cultura somática, qualquer um, em algum momento teria traços para se encaixar em zonas arriscadas para algum diagnóstico. E assim, vivências que são legítimas à vida humana passam a ser associadas às desordens e, logo, devem ser submetidas aos métodos restaurativos do normal propostos pela práxis médica.

### **3.1 Padronização de linguagem, coerção de corpos e diagnóstica social**

Antes mesmo dessa razão médica psiquiátrica construir a lógica de patologização que está sob crítica nesta pesquisa, os que são marcados pelos traços da diferença já sofriam os desfechos da categorização do que é normal ou patológico. Em cada tempo e espaço na história a sociedade criou um formato de exclusão para eles. Foucault (2014), em seu estudo sobre a História da Loucura, fez um panorama da influência dos diferentes discursos, sejam eles médicos, jurídicos, filosóficos e artísticos, sobre as diferentes concepções de loucura desde a Idade Clássica. O autor não demonstra pretensão de encontrar uma denominação única e verdadeira sobre a loucura, e nem mesmo a restringe ao antônimo da razão. Em sua obra fica claro que, apesar de ocuparem espaços simbólicos diversos ao longo do tempo, os considerados loucos sempre foram localizados como diferentes e foi destinada a eles alguma forma de distanciamento ou exclusão do convívio social.

Até o século XV eram os leprosos os alvos de exclusão, com o desaparecimento da lepra no Ocidente, as instituições criadas para receber os leprosos foram se esvaziando e sendo ocupadas por doentes venéreos. Nesses espaços o sofrimento era visto como forma de expurgo dos próprios pecados. Cenário que não durou muito, pois logo as doenças venéreas se tornaram parte do conjunto de doenças tratáveis pela medicina. Assim, na Idade Média, os que apresentavam comportamentos considerados bizarros, os ditos loucos, passaram a substituir o lugar excludente e moralizador dado aos leprosos (FOUCAULT, 2014). Nesse momento, a exclusão é usada como meio de salvação, tanto da sociedade que não precisaria lidar com os excluídos e suas maldições, quanto dos desprezados, que eram acometidos pela

ideia de que alcançariam o paraíso através do sofrimento. Os considerados bizarros eram enviados à viagem num navio sem destino, a Nau dos Loucos, um instrumento de aprisionamento do louco em sua partida. Desembarcavam em uma cidade e eram embarcados novamente em outra navegação, sem saber de onde vinham e nem para onde iam, [...] prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas” (FOUCAULT, 2014, p.12), eram mantidos numa interminável passagem.

No final da Idade Média o lugar da loucura recebe maior destaque na arte e literatura, onde é pronunciado, em sua própria linguagem, uma crítica moral e social “[...] e o desatino da loucura substitui a morte e a seriedade que a acompanha”(FOUCAULT, 2014, p.15). No começo da Renascença, a loucura efetua certo fascínio na sociedade por representar um saber secreto e temido. Nessa época, ao louco cabia o lugar de um saber abstrato que anunciava a ordem de Deus sobre o mundo e os segredos do apocalipse, a loucura anunciava uma verdade desconhecida sobre a vida. Com as transformações da sociedade, a concepção de loucura e o lugar dado ao louco também sofrem alterações. “Algumas formas subsistem, agora transparentes e dóceis, formando um cortejo, o inevitável cortejo da razão” (FOUCAULT, 2014, p. 42).

Ainda na renascença um conflito aparece quando surge a concepção de loucura como uma miragem que espelha não mais a verdade sobre o mundo, mas sim sobre o próprio louco. Como vestígio desse confronto entre as experiências crítica e trágica, a loucura passa a ser considerada como uma experiência do homem no campo da linguagem que expressa seus conflitos morais e confronta suas convicções (FOUCAULT, 2014). De um lugar de enunciativa da verdade da vida e da morte, por dar voz a mistérios universais, a loucura passa a ocupar o lugar restrito daquele que revela tão somente a verdade sobre si mesma, a verdade de uma patologia. De profeta do oculto a doente mental, o louco sempre foi cerceado em alguma medida. Já dizia Foucault (2014, p. 28):

Mesmo que seja mais sábia que toda ciência, terá de inclinar-se diante da sabedoria para quem ela é loucura. Ela pode ter a última palavra, mas não é nunca a última palavra da verdade e do mundo; o discurso com o qual se justifica resulta apenas de uma consciência crítica do homem.

É pela via da dúvida que Descartes localiza a loucura como expressão do erro. Para Foucault, essa separação entre razão e desrazão no plano filosófico tem efeitos em toda a episteme clássica, onde se forja o discurso da psiquiatria, que faz com que a loucura se liberte da Nau e embarque no hospital. O século XVII traz consigo casas de internação sem estatutos

claros e nem fundamentos para destinar o mesmo tipo de internamento enquanto solução aos insanos, pobres, desempregados e vagabundos. Cartas régias anônimas de denúncia ao Rei eram o suficiente para determinar quem deveria ser internado. Inaugurada em Paris com a abertura do Hospital Geral em 1656 sob a prerrogativa inicial de hospedar os pobres, a Grande Internação representa um marco da onda de exclusão em massa dos desajustados sociais. Os hospitais gerais aprisionavam não por questões médicas (como eram os leprosários que visavam a tentativa de cura e de não contaminação de outras pessoas), mas por “[...] questões políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais” (FOUCAULT, 2014, p.53), uma clara investida para higienização social europeia.

Por volta do final do século XVIII e século XIX nascem as instituições asilares com fins terapêuticos, a loucura se distingue de outras categorias e passa a ser de interesse da medicina. Definida como “alienação mental” por Philippe Pinel (1755 -1826)<sup>6</sup>, que propunha o tratamento moral do louco como instrumento de adaptação social, usava camisa de força e banhos de água fria como parte do tratamento, a loucura passou a ser controlada em hospitais. Na concepção pineliana, os loucos deveriam ficar afastados da sociedade por proteção dos familiares e do próprio paciente, pois na instituição asilar ele estaria isento de qualquer influência do mundo exterior, possibilitando, assim, condições favoráveis para o tratamento médico. Quando a loucura começou a ser tratada por uma abordagem médica, sua etiologia passou a ser compreendida por uma perspectiva orgânica. Por conseguinte, os tratamentos passaram a ser individualizantes e corporais (FOUCAULT, 2014; ODA; DALGALARRONDO, 2005).

A partir do século XVIII, o controle sobre os loucos começou a ser particularizado através de intervenções físicas em prol da cura. O objetivo central sempre foi conter a expressão da loucura – usando desde o controle moral, até a cadeira tranquilizadora, as cirurgias de lobotomia, punições físicas e eletrochoques, que são alguns exemplos das intervenções mais utilizadas como métodos supostamente curativos da loucura na época. Observa-se que em cada época a loucura é representada com significados diferentes. Mas, algo que se deve refletir é que, em qualquer tempo, seja por desatino, seja por desrazão ou por doença mental, o louco sempre esteve no lugar à parte do convívio social sendo violentado

---

<sup>6</sup> Médico francês, considerado como pai da psiquiatria moderna. Principal responsável por diferenciar o tratamento da loucura de outras questões sociais como o crime, por exemplo.

com a justificativa de estar sendo tratado (BATISTA, 2014; FOUCAULT; 2014; ODA; DALGALARRONDO, 2005).

A evolução da ciência médica, o desenvolvimento tecnológico e o advento da indústria farmacêutica são importantes balizadores das mudanças sociais, dos avanços na concepção de saúde-doença e do funcionamento psíquico. Os estudos científicos se expandem e, conseqüentemente, as ciências da saúde ganham subsídios para efetuar novas formas de tratamento/cura, e também novas formas de exclusão e violência. Segundo Freitas e Amarante (2015), é na segunda metade do século XX que a palavra medicalização começa a participar com mais frequência dos escritos científicos e é quando a ascensão da indústria farmacêutica acontece, num cenário fortemente impulsionado pelos avanços nas descobertas de vacinas, antibióticos e outros medicamentos.

De um lado tem-se uma minimização da nocividade de doenças infectoparasitárias, do outro, a avidez da medicalização invadindo quaisquer desvios da normalidade socialmente estabelecida. Conjuntura facilmente visível no atual cenário da saúde mental que comumente sofre conseqüências da vulgarização da medicação e produz efeitos devastadores na integridade física, mental e social, tais como: a alta dependência da substância; complicações físicas devido aos efeitos colaterais e perda de autonomia por estar doente, portanto, dependente de cuidadores e de drogas farmacêuticas para tornar-se desejável (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Existe uma história por trás dessa lógica diagnóstica biomédica que, em prol do avanço científico regente de significativa parte das práticas em saúde mental, repercutiu em ferramentas de facilitação do diagnóstico. Atualmente, para suporte no manejo profissional no decurso do adoecimento-tratamento-cura, existe uma “família”<sup>7</sup> como referência de classificação estabelecida internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que tem aplicabilidade em diversas condições de saúde. Esta “família” é um sistema para padronização de linguagem sobre informações de saúde e cuidados especializados. Ela reconhece a Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como referência de trabalho e suporte de trabalhadores da área da saúde (NUBILA; BUCHALLA, 2008; OMS, 2008).

---

<sup>7</sup> O termo “família” é justificado pela necessidade de suporte complementar em questões de saúde que uma só classificação não abarcava (OMS, 2008).

Nomear o sofrimento tornou-se uma necessidade na medida em que as ciências da saúde avançaram em suas técnicas, descobertas e, conseqüentemente, formas de cuidado e de manutenção da vida. A preocupação em saber e dar nome às causas da morte, aos poucos, acarretou na formulação de alguns instrumentos descritivos de fatores biológicos que fossem responsáveis por óbitos, o que representou um importante avanço para o processo de identificação e tratamento de condições graves de saúde. A CID, por exemplo, é uma ferramenta desenvolvida ao longo do último século que inicialmente foi apresentada como resposta àquela demanda científica e social de entender a causa da morte. Diante do crescimento do interesse por questões etiológicas das enfermidades, a ferramenta se ampliou para codificação de circunstâncias hospitalares, posteriormente se estendeu para consultas de ambulatório e saúde básica, em seguida, seu uso foi fortalecido para sistematização de morbidades em geral. Esta classificação estabelece uma codificação para cada doença, o que inclui uma variedade de perturbações, lesões, sinais, sintomas, queixas, circunstâncias sociais e fatores externos para ferimentos ou doenças (física ou mental) - está em regimento a sua décima revisão (CID-10), apesar de já ter uma nova versão formulada prevista para entrar em vigor em 1º de janeiro de 2022<sup>8</sup> (NUBILA; BUCHALLA, 2008; OMS, 2018).

O propósito da CID é instruir no processo mais geral do diagnóstico, por esse motivo fez-se necessário um instrumento completo com enfoques distintos acerca de ferramentas médicas disponíveis em situações onde há limitações na saúde. Com isso, surge uma proposta (CIF) de classificar aspectos de funcionalidade e incapacidade em saúde, que foi adotada como auxílio para aplicação multidisciplinar, tendo em vista a integração do contexto sociocultural e com foco na funcionalidade do sujeito. A necessidade de detalhamento destes aspectos contextuais presente na CIF aponta para a complexidade que é o processo de compreensão da relação entre determinantes de saúde, como, por exemplo, fatores biopsicossociais x componentes de saúde e conseqüências do adoecimento x condições de vida do sujeito. Além de ser suporte técnico para melhorar a comunicação entre profissionais e demais interessados, a CIF serve também como mecanismo estatístico para estudo e comparação de populações de países-membros da OMS, o que, inclusive, dá subsídio para o desenvolvimento de políticas públicas (NUBILA; BUCHALLA, 2008; OMS, 2018).

---

<sup>8</sup> Já foi disponibilizada pela OMS uma versão eletrônica [<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>] para pré-visualização com o intuito de possibilitar que os países preparem suas traduções e planejem seu uso com treinamento de profissionais da saúde (OMS, 2018).

Outro instrumento de grande peso nas relações de saúde, especialmente para o campo da Saúde Mental, é o Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM) que surgiu por efeito de influências de uma psiquiatria instruída pelos moldes da psicodinâmica e da vertente psicossocial. A segunda Guerra Mundial deixou muitas sequelas, entre elas está o adoecimento em massa dos soldados americanos. Diante da situação, o Exército norte-americano nomeou e listou as desordens sofridas pelos veteranos da guerra com o intuito de ajudar no tratamento deles. Na mesma época, a OMS propôs incluir 106 desordens mentais na CID-6, gerando muita insatisfação por parte de médicos da Psiquiatria. Alguns profissionais ficaram insatisfeitos com a falta de estudos que dessem respaldo nosológico no processo diagnóstico e, como suporte para a identificação da patologia mental, um grupo de psiquiatras da Associação Psiquiátrica Americana (APA) buscou agrupar os sintomas e sinais comuns em cada quadro psicopatológico dando origem, em 1952, à primeira versão do DSM (NUBILA; BUCHALLA, 2008; VIANA, 2010).

É importante destacar que a vertente teórica que instruiu o trabalho psiquiátrico na segunda metade do século XX era fortemente influenciada pela teoria psicanalítica, que abrange a ideia de que qualquer pessoa, a depender do seu estado psíquico, está suscetível ao adoecimento psíquico quando exposto a uma cena traumática. Isso se dá pelo entendimento de que o sintoma é um mecanismo de defesa, ainda que o afeto esteja separado da representação e não se tenha consciência do quê exatamente se defende, há fluência no estado psíquico. Os casos clínicos pré-psicanalíticos que Freud (1893) desenvolve no Volume II das Obras Completas retratam bem o funcionamento da formação do sintoma, neste caso especificamente, o sintoma histérico (VIANA, 2010).

Os estudos sobre a histeria de Freud exerceram influência considerável sobre as primeiras versões do DSM e teve bastante influência sobre a classificação norte-americana, que inicialmente era fundamentada pela Psicanálise e suas concepções heterogêneas a respeito de fundamentos sobre as estruturas clínicas, a personalidade e a psicodinâmica dos termos envolvidos. Nesse contexto, a noção dicotômica de normal x patológico é relacionada como sendo expressão do equilíbrio x desequilíbrio da estrutura de personalidade. A terceira versão do DSM é a última a empregar a neurose enquanto estrutura clínica, e a partir das versões subsequentes houve uma tentativa de uniformização da pesquisa psicopatológica seguindo bases biomédicas, deixando de lado a perspectiva psicanalítica e psicodinâmica do

adoecimento. Esse domínio que a medicina atingiu, ao designar comportamentos humanos como distúrbios, favorece a desresponsabilização da sociedade para com as mazelas de origem econômica, cultural e política (DUNKER, 2014; FREUD, 1893; VIANA, 2010).

A partir de 1973, com a quarta versão do DSM, o sofrimento passa a ser fragmentado, além de individualizado, e entra em consonância com os avanços da indústria farmacêutica que fabrica um princípio ativo para cada sintoma. Essas mudanças colocam em pauta a interdependência do sofrimento com as relações psicossociais. Ao passo que essa correspondência é gradativamente deixada de lado, o sofrimento que serve não apenas para identificar um sufoco individual, mas sinaliza para questões políticas, sociais e culturais, progressivamente se torna um problema restrito a quem está sofrendo. A interseccionalidade apresentada por Dunker (2014, p.95), onde relaciona “[...] a alimentação com a pobreza, a miséria com a família, a família com o Estado, o Estado com a saúde, a saúde com a maneira estética de viver o corpo e assim por diante”, é negada em função de um empreendedorismo psíquico (DUNKER, 2014; FREITAS; AMARANTE, 2015).

As mudanças da quinta versão (no DSM-V) suscitaram questionamentos por parte de psiquiatras devido ao fato de não se basearem numa concepção etiológica das doenças, e nem ser fundamentado por uma teoria ou descoberta científica. Trata-se, conforme Freitas e Amarante (2015), de uma tentativa de unificar a linguagem entre profissionais a fim de que todos possam utilizá-la para pesquisas. No entanto, isso gera uma superestimação do diagnóstico em detrimento de uma reflexão contínua sobre os impactos prejudiciais dos métodos restaurativos, em especial as medicações, cujo verdadeiro mecanismo de ação sobre a experiência de vida do sujeito é desconhecido (DUNKER, 2014).

É relevante ressaltar que no DSM as diferentes sintomatologias são denominadas como “transtornos mentais”. Percebe-se que o manual não opera com a classificação de “doença mental”, pois são inexistentes em sua estrutura explicações etiológicas com fator orgânico. Existem alguns transtornos com precedentes orgânicos evidenciados, mas limitam-se a situações de deficiência neural, demência e algumas psicoses. Para Resende, Pontes e Calazans (2015), por se tratarem de exceções não caberiam na fundamentação do manual de transtornos mentais. Essa limitação impede a psiquiatria de alcançar o objetivo de receber o título de ciência médica, e talvez isso explique a incessante corrida em busca de bases biológicas para explicar os transtornos mentais - se não é pela etiologia, que seja pela “eficácia” da farmacoterapia. O fato é que a objeção desse intuito de biologizar o DSM em

prol de uma maior aproximação da CID ecoa sobre as formas como o sofrimento é visto na sociedade atual (DUNKER, 2014; RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

Por falar em bases biológicas, é coerente apontar que existe uma teoria que concebe o transtorno mental como sendo resultante de uma instabilidade química cerebral e por isso exige tratamento prioritário por meio de reajustamento químico. E como isso seria possível senão pela administração de psicotrópicos? Essa noção de desequilíbrio químico, de acordo com Freitas e Amarante (2015), é baseada na alteração da transmissão pré e pós-sináptica durante a recaptação de moléculas neurotransmissoras de dopamina, serotonina e/ou noradrenalina - principais substâncias que, quando alteradas, são consideradas responsáveis pelo desenvolvimento de transtornos mentais. Tomemos o exemplo da depressão, biologicamente explicada pela baixa produção de serotonina, é tratada através de antidepressivos pela suposição de que eles atuam para normalização da substância nas falhas sinápticas. Todavia, ao contrário do que é pregado por essa concepção orgânica, os autores apontam que as drogas psiquiátricas funcionam perturbando a funcionalidade orgânica de neurotransmissores. Os níveis de neurotransmissores são alterados, mas não é um reajustamento do funcionamento cerebral, é, sim, uma indução para que funcione conforme o desejado, ainda que seja por um incitamento químico anormal (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Outro fato pertinente é o que Dunker (2014) apontou sobre a relação entre a atuação dos neurotransmissores no cérebro e os transtornos mentais. A evidência é de que a linguagem e suas diversas manifestações também interferem nas etapas pré e pós sinápticas de endorfinas, dopamina, serotonina, entre outros transmissores neurais. Ou seja, experiências de linguagem por si só mudam a dinâmica dos neurotransmissores e o ato de induzir alterações neles (por meio de medicamentos) repercutem na fala do sujeito, mas com mecanismos de ação bem diferentes. Revela-se aqui, portanto, uma alternativa para o cuidado da pessoa em sofrimento mental grave, que não privilegia a farmacoterapia como tratamento único e insubstituível. Entretanto, por não possuir um método e uma posologia universal para cada diagnóstico pode parecer ineficaz, além de ser mais custoso no que tange à verificação de resultados. Contudo, destaca-se aqui uma possibilidade com muito ainda a ser explorada (DUNKER, 2014).

Darian Leader (2013), Fernando Freitas e Paulo Amarante (2015) apontam para uma curiosidade a respeito da nomenclatura de antipsicóticos que a indústria farmacêutica deu aos

neurolépticos. Eles chamam atenção ao uso do termo “antipsicótico” ao invés de “antipsicose”. Em comparação ao mecanismo de ação dos antipiréticos, criados para reagirem contra febre e dos antibióticos que agem contra infecções, é como se o termo “antipsicóticos” fosse uma referência simbólica à eliminação da pessoa psicótica, e não das crises perturbadoras da psicose. Além de ironizar a função social que os fármacos exercem, como a exclusão do sujeito em prol da aceitação social da pessoa, uma outra ressalva é feita sobre a ineficácia de seu uso na eliminação das psicoses, posto que Clorpromazina, Levomepromazina, Melleril, Anatenol, Flufenan, Haloperidol, Clozapina, Risperidona e qualquer outro antipsicótico atuam para apaziguação de alguns sintomas e não da psicose. Sem contar da dependência neuroquímica gerada e da prescrição de uso crônico, ainda que sejam elevados os níveis de efeitos colaterais. O que nos leva a compreender de que, de fato, os antipsicóticos funcionam para o controle de sujeitos psicóticos, e não necessariamente para a melhoria da qualidade de vida deles por meio de um tratamento que respeita as peculiaridades de cada caso (FREITAS; AMARANTE, 2015; LEADER, 2013).

Não é negado o fato de que o diagnóstico tem relevância para o desenvolvimento de cuidados especializados à saúde, tanto por nortear a escolha de uma terapêutica compatível às demandas do caso, quanto pela expectativa do prognóstico, devido ao acesso objetivo sobre desdobramentos de casos clínicos por diagnóstico. Entretanto, como se tem feito uso deste dispositivo é que incita preocupação. Em razão disso, problematizar a função diagnóstica é importante para levantar reflexões acerca dos prejuízos biopsicossociais ocasionados pelo uso inadequado e pouco crítico por parte da sociedade e de especialistas (FREITAS; AMARANTE, 2015; ROMANO, 1999).

A supervalorização da cientificidade e objetividade tende a desqualificar o que realmente está em jogo quando alguém é submetido a um tratamento psiquiátrico, a saber, o desfrute da vida. Sobre isso Bezerra Jr. (2006) afirma que a delimitação coerente do que é normal ou patológico é possível na medida em que padrões estritamente objetivos deixam de ocupar o ponto central das propostas de cuidado, abrindo precedentes para pensar a mudança da representação da doença para o indivíduo e a “[...] alteração de valor vital que a doença impõe e que o indivíduo reconhece como limitação à sua existência” (BEZERRA, 2006, p.95). Não que a mensuração de dados e utilização de padrões estatísticos não seja importante, porque importa significativamente para a avaliação clínica inicial, porém, a curva de normalidade sozinha não fundamenta as diretrizes do que é saudável ou não. Estar fora da

curva da normalidade não necessariamente indica diminuição da vitalidade, assim como participar dessa curva não garante saúde. Um exemplo sobre isso é a prevalência que há do que Leader (2013) chama de loucura silenciosa. É comum noticiários sobre casos de pessoas que viviam uma vida dentro dos padrões normativos e de repente enlouquecem. Nesses casos onde a psicose não é espetacularizada, quer dizer que ela é inexistente? E o contrário, quando há ocorrências de crises inéditas com características psicóticas, o sujeito deve receber intervenção imediata e crônica como se fosse louco? O intuito não é polarizar extremos de cuidado, mas chamar atenção sobre a importância de se refletir o que representa cuidado em cada situação (BEZERRA, 2006).

Ninguém está totalmente isento da possibilidade de desenvolver fobias, nem de expressar sinais de síndromes, de ter dificuldade para dormir, desenvolver qualquer distúrbio comportamental ou mesmo ter episódios alucinatórios, mas, ao acontecer, vale explorar responsabilmente a função que essas manifestações ocupam na vida do sujeito. Um exemplo prático é o caso de uma garota de 16 anos que deixou de se alimentar. Há possibilidade desse comportamento ter sido motivado por estar apaixonada e querer emagrecer para se tornar mais atraente aos olhos do enamorado, pode ser por acreditar que estão tramando para matá-la por envenenamento, pode ser ainda por ter a crença de que nenhum alimento é capaz de preencher sua fome, pois acredita que o corpo se alimenta por outras fontes, ou qualquer outro motivo. Veja, o sinal é o mesmo em todas as hipóteses, mas intervir da mesma forma em ambos os casos seria, minimamente, imprudente. Diagnosticar a garota com o transtorno alimentar da anorexia, por exemplo, seria afirmar que o ato de deixar de comer é um indicativo de uma mesma condição psíquica, independente do contexto. Isto seria completamente ineficaz ao cuidado da saúde mental da paciente, pois cada sintoma, em cada pessoa, reflete uma história a ser contada e não apenas um distúrbio a ser contido (LEADER, 2013).

Por outro lado, condutas cuidadosamente adaptadas podem ocultar uma perigosa condição psíquica. Darian Leader (2013) exemplifica com a história de Harold Shipman<sup>9</sup> que,

---

<sup>9</sup> Caso ocorrido no Reino Unido, Harold Shipman, nascido em 1946, suicidou-se em 2004 poucos anos depois de ter sido julgado e condenado pelo assassinato de pelo menos 250 pessoas. Formou-se em medicina como pediatra, ginecologista e obstetra. Os assassinatos com os padrões operados por Shipman começaram a ganhar destaques ainda na década de 70 e o grupo de vítimas incluía idosos com condição crônica de enfermidades ou em estado de luto recente. Os homicídios aconteceram durante seus atendimentos a domicílio e por meio de injeção de altas doses de diamorfina. Shipman sempre dava um jeito de estar presente na cena da descoberta do corpo. Alguns estudos apontam seus crimes como fruto de uma colagem ao trauma da morte da mãe que tivera tratamento longo com altas doses de morfina para alívio das dores ocasionadas pelo câncer e morreu sob coma induzido por

admirado e reconhecido como um exemplar clínico geral, foi qualificado como um homem amável, bom ouvinte e cuidadoso com seus pacientes. Além de ser super envolvido em atividades em prol de aperfeiçoamento profissional continuado, possuía uma clínica com valor social e mostrava-se sempre atualizado em relação às descobertas científicas em sua área. Todavia, assassinou discretamente centenas de seus pacientes. Foi examinado por vários psiquiatras e nenhum sinal preciso de “doença mental” foi identificado. Sintoma visível algum foi verificado no caso Shipman.

Neste caso, os métodos fundamentalmente classificatórios foram inúteis. Se não fosse pelo uso do próprio Dr. Shipman de superlativos sobre um lugar de excepcionalidade ocupado por ele e a rígida e fixa ideia de ser “O Grande Médico de Hyde” que mudaria o mundo com seus conhecimentos, indicando sua paranóia, seria uma história como muito foi noticiada: de pura maldade. É natural que ocorra questões do tipo: Como seria possível detectar a psicose de Shipman preventivamente? Como saber qual o mecanismo que a desencadeou? Como identificar o que o encorajou a matar mais de 250 pessoas? E o que afetava a frequência de seus crimes? Não é uma resposta exata, mas certamente um caminho possível para essas construções é explorar a descrição do que o próprio Shipman teria a dizer. Casos como este, e outros diversos não divulgados, traz à tona a constatação de que o atual instrumento usado para diagnosticar transtornos mentais não atende às reais exigências do cuidado em saúde mental (BEZERRA, 2006; LEADER, 2013).

As atuais categorias vigentes pelo DMS-5 fazem parte de uma era de medicalização da diferença, uma espécie de remodelação dos modos de ser, onde se verifica uma violenta tentativa de resgatar justificativas meramente organicistas em resposta ao mal estar na contemporaneidade. Velhos arcaísmos com novas facetas. Se antes se prendia os mentalmente atormentados atrás de grades, hoje se prende com drogas, com camisas de força químicas, em ambos os casos com amparo no diagnóstico. Furtado e Camilo (2016) pontuam que essa

---

morfina. Após sua mãe morrer, em meio a uma tempestade correu 15 ininterruptos quilômetros. Leader (2013, p.201) se questiona se não poderia ser também pela ineficiência simbólica para elaboração desse e outros momentos adversos. A aposta da análise feita por Darian é com base em relatos autobiográficos e documentais de Harold Shipman os quais destacam o foco em superlativos sobre o lugar que ele dizia ocupar no mundo, típico da paranóia, lugar de exceção insubstituível. A transmissão simbólica entre gerações é implícita nas datas de fatos significativos que, ou modificou ou se exagerou para Shipman, influenciando na frequência dos homicídios. Matava pouco ou não matava quando exercia a profissão em lugar materno (obstetrícia, pediatria e ginecologia). Pela ausência de uma estrutura para significar e dar sentido, o psicótico pode sentir a forclusão de forma mais intensa (LEADER, 2013).

lógica de controle da vida a céu aberto, que Foucault articulou ao discurso do biopoder, não tem um núcleo fixo e se transmite por meio da microfísica das relações de saber e poder.

Para Foucault, a operação do biopoder não é centralizada, mas sim difundida no agenciamento social, incluindo a família, a igreja, o hospital, a prisão, a escola e a própria academia. O pensamento foucaultiano considera que essas linhas de forças sociais participam da produção de subjetividades e operam através de dois movimentos, ou duas linhas de força: por um lado individualiza, produz a forma indivíduo, por outro lado massifica, produz a ideia de população. Enquanto um movimento refere-se à criação de estratégias de governo de populações, com controle em massa e burocratização do social, a outra linha de força integrante tem a ver com os métodos de individualização e a consolidação de técnicas que servem para o controle de sujeitos de modo particular, de um a um (FURTADO; CAMILO, 2016; LEADER, 2013; RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

Ainda que atualmente exista todo um cenário de políticas para a proteção dos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental, e não seja mais permitido o uso da força física em instituições psiquiátricas, a agressão aos ditos loucos possui uma outra faceta. Se antes continha-se o sujeito psicótico com o isolamento e controle corporal, hoje, a contenção opera por meio de métodos sugestivos e moralizadores. Atualmente, a violência apresenta-se nas relações de poder presentes nas formas de tratar, na imposição de um modo de vida, de uma perspectiva de mundo (LEADER, 2013; RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

Uma semelhança emerge entre o colonizador que propõe ensinar bons modos aos povos indígenas e o profissional que impõe seu próprio esquema de convicções ao paciente. Os dois se apresentam como detentores de um saber ideal que será aplicado para o bem daquele que irá submeter-se. Seja em contexto educacional, seja em contexto espiritual, o colonizador sempre utilizará da ruína do sistema de valores do colonizado como promessa de libertação. É um cenário que envolve a dinâmica das relações estabelecidas por um discurso que exclui em nome da vida e prende em nome da preservação, mas, claro, se mostra como forma de tratamento. Toda essa conjuntura se efetua no abuso de farmacoterapia, com o agravante da não comprovação de eficácia das drogas farmacêuticas, somado aos efeitos colaterais a nível biológico e social. A tentativa de remover o mal-estar sob estas condições sinaliza para a tendência de tornar inválida a angústia; uma melindrosa investida que tenta erradicar o sofrimento por medicalização e promete bem-estar encapsulado (FURTADO; CAMILO, 2016; LEADER, 2013; RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

Para Canguilhem (2009), tanto em termos cronológicos, quanto em termos éticos, o sofrimento é anterior ao tratamento, pois, é a partir dele que se abrem precedentes para investigá-lo, tratá-lo e preveni-lo. “[...] É o pathos que condiciona o logos” (CANGUILHEM, 2009, p. 83). Seguindo o raciocínio do autor, é quando se aponta a falha de uma máquina que se revela sua verdadeira função ou, em outras palavras, só se sabe quem está saudável porque um dia alguém se incomodou com o que não parecia sadio. Ademais, é através da experiência do sofrimento que se pode demarcar o trajeto ético para o cuidado de cada sujeito. O cuidado ao tormento psíquico demanda para além da mensuração objetiva das terapêuticas que funcionam ou não. As respostas às estratégias de tratamento podem variar ainda que a classificação seja a mesma, por isso a necessidade de priorizar a dimensão subjetiva do sofrimento (BEZERRA, 2007; CANGUILHEM, 2009).

No que diz respeito à experiência de pessoas que ouvem vozes, verifica-se facilmente que recebem como indicação de cuidado a farmacoterapia e muitas vezes ocorre de maneira exclusiva. Isso porque a alucinação consta no DSM como sintoma de importância significativa para o fechamento do diagnóstico de transtornos mentais graves. Nessa lógica, uma questão relevante para esta investigação é se existe um marcador biológico para as alucinações auditivas como possível justificativa para a tendência de medicalização desta experiência. Cabe então se ater às explicações da ciência médica sobre o fenômeno de ouvir vozes. Aranha (2004) define a alucinação, seja de cunho visual, tátil, olfativo ou auditivo, como uma percepção real independente de um estímulo externo. Nobre, Cortiana e Andrade filho (2013) apresentam alguns estudos sobre a percepção alucinatória com base em investigações de neuroimagens, as quais indicam a ocorrência de possíveis alterações neuronais de circuitos cerebrais associados ao mecanismo da linguagem e audição real. E, partindo da teoria de desequilíbrio químico, as vozes seriam resultantes da hiperatividade das vias dopaminérgicas. O excesso de dopamina, neste caso, aconteceria ou na fase de transmissão pré-sináptica, ou na etapa neuroreceptora. Porém, o motivo pelo qual as alucinações auditivas começam, ou melhor, o porquê destas alterações acontecerem ainda é uma questão nas discussões da neurociência e da epigenética sobre o assunto (ARANHA, 2004; FREITAS; AMARANTE, 2015).

O diagnóstico tem sua relevância, assim como a farmacoterapia tem peso significativo no enfrentamento de condições psicopatológicas. Entretanto, é necessário considerar a reconstrução da forma de vida do sujeito que estes instrumentos estabelecem.

Independentemente da categoria, seja ela social, física, existencial ou psíquica, diagnosticar é um ato que afirma novas formas de vida porque induz a uma visão do mundo idêntica a si, e, partindo do pressuposto que o sujeito se constitui a partir de sua perspectiva de mundo somada ao sentido construído de suas experiências de vida, a rotulação dos diagnósticos opera sobre sua subjetividade. A peculiaridade existente entre o vivido de cada indivíduo em sofrimento e o saber universalizado inerente ao trabalho clínico é inexplorada pela sistematização vigente no DSM atual. A crítica que se faz é que essa ordenação estritamente quantitativa dos sintomas dificulta que um trabalho profundo aconteça, pois a estatística não se ocupa de sujeitos, mas sim de populações (DUNKER, 2015; RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

O caminho que o DSM transcorreu até aqui demonstra que a lógica seguida se pauta em valores culturais<sup>10</sup>, uma vez que toma a disfunção social como presunção de patologia. E não se trata apenas de uma crítica ao DSM baseada na discórdia existente entre a psiquiatria e psicanálise, a questão é muito maior. Tem a ver com o fato de que se oculta a variedade de manifestações e nomenclaturas do sofrimento, ignora a diversidade de valores em cada cultura/região/país e faz calar narrativas que podem ser a porta de saída do mal-estar. Para Dunker e Kyrillos Neto (2011), por uma visão psicanalítica, comumente o sujeito tem condições de desenvolver estratégias de enfrentamento de um problema interno e o sintoma seria a manifestação desse trabalho de tentar sinalizar e resolver aquilo que não consegue expor de outra maneira. O uso exclusivo e exacerbado de medicamentos tem efeitos colaterais que se revelam na tendência à economia do sujeito nesse trabalho subjetivo (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015; SILVA JUNIOR, 2018).

Ao explorar casos individuais, constata-se que é perfeitamente possível que um sujeito que tenha convicções paranoicas, ou qualquer outra manifestação considerada patológica, não desperte atenção de terceiros pelo simples fato dessas manifestações não gerarem conflito. Cada sujeito lida com seus conflitos de maneira muito subjetiva, inerente ao funcionamento de cada um. As aparições rotuladas de sintomas patológicos podem ser reflexo da tentativa que o eu corpóreo encontrou de responder aos conflitos internos e tentar elaborá-los. O uso inadequado do diagnóstico, com toda a expectativa de não possuir mais tal rotulação, acaba

---

<sup>10</sup> Um exemplo a ser citado é a homossexualidade que antes precisava ser tratada porque o DSM a tinha como doença, hoje não faz parte dos transtornos. Já o uso de tabaco, que antes atraía estigma social, atualmente participa do grupo de transtornos associados ao consumo da nicotina (RESENDE; CALAZANS, 2015).

por fortalecer o ardiloso dilema dicotômico de saúde X doença, e, ao mesmo tempo, consegue enfraquecer o processo produtivo de criação de alternativas para lidar com o sofrimento inerente ao sujeito (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011; LEADER, 2013; SILVA JUNIOR, 2018).

Diante do exposto, pode haver o questionamento sobre o que justificaria o fato de diagnósticos apoiados no DSM serem usados para encaminhar pessoas a tratamentos baseados fundamentalmente em fármacos. Uma demanda política talvez, já que, conforme Bezerra Jr.(2007) complementa, o Brasil ainda enfrenta desafios para a execução dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que é um movimento sustentado especialmente por parâmetros de avaliação estabelecidos consensualmente e sem critérios apropriados a tais exigências da saúde mental.

De maneira mais precisa, o sujeito em tormento psíquico procura ajuda médica por desejar eliminar seu sofrimento e a psiquiatria se propõe a tratar do adoecimento mental, na maioria das vezes, pelo caminho aparentemente mais prático, que é a prescrição do uso de medicamentos para o silenciamento do sintoma. O desejo do paciente e do médico nem sempre significam a mesma coisa, então se confundem (LEADER, 2013). A interpretação psiquiátrica de que o sintoma é a raiz do sofrimento (e não o contrário) e a colocação do sofrimento enquanto patologia contribui para a compreensão de que os psicotrópicos são a solução insubstituível para o sofrimento. Afinal, na prática médica, “[...] costuma ser aceito que o diagnóstico deve preceder sempre à intervenção” (IDÁÑEZ; ANDER-EGG, 2007, p.14), ou seja, para que o paciente tenha acesso a métodos farmacoterápicos em saúde mental, antes ele deve ser diagnosticado.

O cuidado proposto àquele que se encontra em tormento mental, muitas vezes é pautado na recondução ao que é tido como normal, isto é, à noção de realidade socialmente estabelecida. O que não nos damos conta é que o ato de tentar adaptá-lo à nossa norma pode soar como invasão e é compreensível que ele dispense essa forma de cuidado. Pois, infelizmente, a compreensão de tratamento está restrita à demonstração do quanto a pessoa está bem adaptada a sociedade, ainda que, com o decorrer do tempo, essa adaptação não tenha boas repercussões em sua vida (BEZERRA, 2007; IDÁÑEZ; ANDER-EGG, 2007; LEADER, 2013).

É pouco comum encontrar estudos com narrativas de sujeitos psicóticos sobre os desdobramentos de seus tratamentos, se deu certo, como aconteceu. Ao invés disso,

pragmaticamente acessamos os números de quantos participantes responderam ao tratamento e quantos não. Composição sem sujeito. O fato é que este é o discurso que predomina na contemporaneidade, e não somente em ciências biológicas ou naturais, é cada vez mais comum ciências humanas e sociais em desenvolvimento de pesquisas estritamente quantitativas, e a psicologia está incluída nessa realidade. Justamente a Psicologia - ciência considerada como aquela que leva a defesa das singularidades e humanização nos espaços de atuação - esperava-se que, ainda que na contramão dos superlativos no entorno de verificações de resultados, pudesse oferecer algo mais singular (CARRENHO *et al.*, 2018; LEADER, 2013).

Certamente toda essa padronização de linguagem em nome do pragmatismo científico, para Carrenho *et al.* (2018), nesse contexto, expressa o lugar da diferença na construção histórica e responde à coerção de corpos em prol da pretendida harmonia social. À vista disso, seria possível pensar alternativas ao reducionismo diagnóstico mesmo diante dos entraves existentes e considerando a necessidade de cuidados especializados que algumas condições de saúde mental exigem? Entende-se que é válido repensar práticas e estratégias já existentes para problematizar a função diagnóstica em suas várias facetas, bem como pesar suas consequências sobre o sofrimento psíquico para então construir um projeto terapêutico.

### **3.2 Alternativas ao reducionismo diagnóstico**

No campo da Saúde Mental é comum que as intervenções tenham por meta a reabilitação objetiva do paciente, normalmente o foco das ações é para que o sujeito em tormento volte a ser o que ela era antes da crise. Os dispositivos de saúde mental ainda são tratados como se fossem ‘aparelhos de conserto’ e o lema do respeito à diversidade subjetiva vale enquanto o sujeito pode produzir sob as normas do funcionamento capitalista, fora disso, sua subjetividade torna-se inadequada. Ademais, os serviços para o cuidado da pessoa em crise não se atém às especificidades da história narrada pelo paciente, no lugar, checam a presença de sintomas objetivos e utilizam de técnicas universais com aplicação não colaborativa e verticalizada, onde o paciente é passivo e o especialista diretivo (LEADER, 2013).

Infelizmente, os psicotrópicos ocupam um lugar muitas vezes considerado insubstituível e, de maneira geral, os tratamentos no campo da saúde mental incluem o uso de

medicação antes mesmo que a equipe de profissionais possa apreender os aspectos clínicos do caso. De um lado, nota-se o avanço significativo para os cuidados psiquiátricos advindo da medicação, de outro, a medicalização apresenta-se como um retrocesso no que diz respeito às peculiaridades de uma prática clínica. Dunker e Kyrillos (2011) recapitulam o momento de quando não havia a farmacoterapia, quando era exigido que os psiquiatras soubessem analisar como um paciente psicótico em crise conseguia desenvolver mecanismos para recuperar o equilíbrio. Darian Leader (2013) aponta que devido ao descrédito da Psiquiatria europeia por suas práticas pautadas em teorias sobre a loucura, como a da degeneração mental, muitos profissionais dedicaram tempo com a análise de suas experiências clínicas com seus pacientes para que pudessem apreender o funcionamento da loucura. Os autores acima concordam que estudos sobre esses recursos naturais de reparação psíquica muito tem ainda a acrescentar às práticas atuais, mas perderam proeminência na medida em que drogas farmacêuticas demonstraram a possibilidade de eliminar os sintomas.

Percebe-se, aqui, uma questão de formação: uma tradição psiquiátrica que baseia sua prática como se a psiquiatria biológica fosse a única já existente, esquecendo-se do que foi fundamental para o exercício e evolução da psiquiatria durante muito tempo, esquecendo-se do básico que é ouvir o paciente. Nota-se que, na tradição do modelo biomédico, o profissional da medicina, neste caso o psiquiatra que ocupa o lugar simbólico de um Juiz e detém o saber especializado, usa deliberadamente o poder de dizer o que é o melhor para o paciente. Uma clara relação de poder que se estabelece como uma espécie de legitimação da psiquiatria para tratar a seu modo (FERNANDES; ZANELLO, 2018; SILVA JUNIOR, 2018).

A crítica é direcionada à tradição psiquiátrica porque foi um médico especialista em psiquiatria que permitiu a dissolução de parte de seu treinamento para dar lugar a participação ativa de sua paciente. Todavia, sem embargo, concorda-se que a própria psicologia, por vezes, segue a prática de tratamentos restaurativos do normal via modelagem pró-pragmática. E uma provocação necessária é pensar em que medida o campo da saúde mental excluiu a validade da palavra do sujeito. A intenção aqui não é fazer uma crítica extremista, pois se reconhece a proposta e implicação ética do fazer da psicóloga (o), todavia, há de se concordar que o pragmatismo funcional é muito mais persuasivo. A questão que ocorre é: para quê e para quem esse pragmatismo funciona?

O Movimento de Ouvidores de Vozes, somado à força de outras lutas sociais por melhores alternativas de cuidados, pode ser resumido na proposta de fortalecer a tentativa de retirar esse poder unilateral da mão do psiquiatra e dissolver entre as alternativas de um cuidado interdisciplinar com protagonismo terapêutico do paciente. Contudo, uma crítica válida se faz em reconhecer que a proposta do movimento em adotar outros significantes diferentes de “alucinação” e “transtorno”, por si só, não extingue os problemas derivados da complexidade que é vivenciar fenômenos associados à loucura na presente sociedade. Porque, na verdade, não é o termo usado que determina a violência, mas sim, como se faz o uso deles. O profissional precisa sair do lugar da pura expertise teórica e para isso é necessário que todos os envolvidos estejam abertos. Permitir espaços para a desconstrução de certas tradições, usar posições privilegiadas para que um tema seja escutado e demarcar o lugar de fala própria evidenciando outras perspectivas, são exemplos de atitudes de resistência à onipotência do cientista (BAKER, 2016; SILVA JUNIOR, 2018; VASCONCELOS, 2013).

Por mais bem-intencionada que uma proposta de tratamento possa parecer, faz-se necessário colocar em análise os fundamentos do próprio fazer e sempre estar aberto para validar o que o sujeito mostra como convicção, pois, a priori, nada se sabe sobre ele. Entender que o outro interpreta a realidade externa a partir de sua própria visão de mundo, e que seus julgamentos são baseados a partir daquilo que é familiar para si é o que fará diferença entre o cuidado especializado e um fazer higienista. Para Darian Leader (2013), aceitar que não se sabe o que é o melhor para o outro é um passo importante para não violentar o paciente com a imposição de um sistema de valores. Levar em consideração o particular de cada história é necessário para experimentar o que pode ser útil para a realidade do paciente e que assim, os benefícios possam se sobrepor aos efeitos colaterais no tratamento de transtornos mentais. Portanto, evoca-se que o interesse esteja mais no como promover cuidado especializado e menos no como eliminar o indicativo de possível sintoma (EGITO; SILVA, 2019).

Para Eduardo Mourão Vasconcelos (2013) é possível traçar alternativas de tratamento que fujam das propostas convencionais dos dispositivos de saúde mental, muitas vezes rasas e individualizantes. Uma aposta do autor são os **grupos de ajuda e suporte mútuos**, onde os próprios participantes o desenvolvem, podendo ser usuário, familiar ou qualquer pessoa que tenha uma questão similar ao grupo. Podem ser instrumentos de recuperação dos direitos em saúde e sociais dos participantes, uma vez que têm como benefício: terem referência de pessoas que estão em recuperação mais avançada, possibilidade de desenvolverem estratégias

contra segregação social, ampliação do leque de alternativas de habilidades de enfrentamento da crise e iniciativas em prol da garantia dos direitos, além de claro, estabelecerem novos vínculos afetivos.

[...] temos a oportunidade de falar abertamente de nossas dificuldades, ser acolhidos, ouvir e saber também de suas experiências, nos identificar com aqueles que viveram momentos semelhantes, por que também viveram e sabem de dentro, lá do fundo do coração, as dores e dificuldades que experimentamos (VASCONCELOS, 2013, p. 10).

Outra alternativa que tem se mostrado como instrumento viabilizador de autonomia é a **Gestão Autônoma da Medicação**, uma iniciativa de usuários canadenses de saúde mental para auxiliar seus pares no processos de enfrentamento de situações em que a medicação gera ainda mais sofrimento. Teve seu início na década de 1990 e tem por objetivo gerar conhecimento e reflexões a respeito do uso de psicofármacos através do diálogo grupal, a fim de reduzir o uso desnecessário e promover experiências de vida mais engajadas com autonomia e cogestão (GUERINI, 2018; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

O **Open Dialogue** ou **Diálogo Aberto** também tem recebido destaque como estratégia de despatologização durante a crise. A intervenção foi iniciada pelo psicólogo Jaakko Seikkula na Lapônia (Finlândia), na década de 1980, como método de assistência imediata ao pico psicótico e tem por objetivo geral “[...] gerar diálogo e colocar em palavras as experiências vivenciadas pelo paciente na crise psicótica” (KANTORSKI; CARDANO, 2017, p. 17). O primeiro encontro costuma acontecer com o paciente ainda em crise, pois é recomendado que seja em até 24 horas após o primeiro contato. O propósito é que toda e qualquer questão relacionada ao paciente seja tratada na presença dele e da família, preferencialmente em ambiente não institucional ou na própria casa do paciente. A mudança de comportamento do paciente e/ou familiar é considerada uma consequência de um diálogo aberto para novas construções sobre a crise (KANTORSKI; CARDANO, 2017).

Não obstante, em 1997 o **Wellness Recovery Action Plan** (WRAP) foi desenvolvido em Vermont (EUA) por um grupo de apoio sob a liderança de Mary Ellen Copeland. É conhecido por ser um processo de prevenção de agravamento e recuperação do bem-estar, podendo acontecer em grupos provisórios com participação de especialistas e manutenção de contato com outros grupos entre pares. O diferencial do WRAP é a proposta do plano de ação, que envolve desde ações simples do dia a dia, até realização de projetos pessoais de longo

prazo. É desenvolvido cooperativamente, mas com gerenciamento das ações individuais feito pelo próprio sujeito (BIEN; REIS, 2017; INTERVOICE BRASIL, 2019).

As estratégias descritas acima, entre outras existentes, fazem parte de uma série de novas abordagens em saúde mental. Perceba, existem várias alternativas de cuidado a quem está em intenso sofrimento mental que funcionam de maneira transversal a outros tratamentos. Não exclui a medicação enquanto suporte e envolve coparticipação de outros atores, o que reafirma a necessidade de visibilizar métodos de tratamento menos individualizantes do sofrimento e que não reduzam os modos de ser atípicos a um diagnóstico.

A experiência de ouvir vozes é dada pelo processo criativo que é tão inerente ao sujeito quanto qualquer outra criação. Quando o sujeito delira ele manifesta os investimentos do social, ou seja, a voz tem uma função de mensageira, é a maneira de contar a própria história, de narrar sua experiência particular com o mundo em termos político, social cultural e espiritual. Esta narrativa não tem a ver apenas com o ouvindo, apesar de ser uma experiência subjetiva individual, revela também o arranjo social envolvido. À vista disso, um ambiente aberto à escuta do que as vozes têm a dizer pode vir a ser um espaço para que os sujeitos encontrem mecanismos criativos de lidar com a experiência. Assim como as vozes também podem espelhar investimentos mais fascistas-paranoico do social, uma vez que o desejo não exclui o convívio social. O importante é que haja espaços para que o sujeito fale sobre sua experiência independente do conteúdo. A ideia não é negar qualquer que seja o sentido atribuído às vozes, muito menos o sofrimento envolvido, mas sim seguir linhas de fuga da tomada de uma experiência subjetiva enquanto doença. A proposta não está no dizer o que ser/fazer, mas se atém ao que funciona para cada um, está no processo de criação esquizo, tal como proposto por Deleuze e Guattari (DELEUZE, GUATTARI, 2010, HUR; VIANA, 2016).

### **3.3 Análise de auto relatos dos participantes do Movimento de Ouvidores de Vozes**

Este tópico visa exemplificar, a partir de auto relatos de ouvindo de vozes, o desdobramento dessa experiência quando submetida à psiquiatrização e quando não. Diante de tudo relatado até aqui, exemplos reais de como o discurso não patologizante pode favorecer o processo de elaboração da experiência para aquele que ouve vozes vem fortalecer o estudo. Reconhecendo a experiência e narrativa pessoal como parte primordial da análise do

fenômeno e considerando a expertise particular do ouvidor é que optamos por apresentar relatos de sujeitos sobre sua própria experiência de ouvir vozes. A ideia não é edificar uma interpretação dos relatos, mas sim utilizar do lugar privilegiado de fala científica para evidenciar o dito deles por eles mesmos. Como Onocko-Campos pontua (2011, p.1283), “Temos de nos tornar cada vez mais escribas e ajudantes, mas, ajudantes de um movimento de reflexão e crítica. E trazer questões sim”.

O registro que se tem no imaginário social sobre um sujeito que ouve vozes é de alguém mentalmente doente e pouco capaz de cuidar de si. Por ser um fenômeno consensualmente indicado como sintoma de uma desordem mental, dizer que Albert Einstein (1879-1955), a Joana d’Arc (1412-1431), o Carl Jung (1854-1961), o Mahatma Gandhi (1869-1948) e a atriz de Hollywood Marilyn Monroe (1926-1962) passaram por essa experiência costuma causar curiosidade por mais informações sobre a vivência dessas e outras personalidades que, apesar das vozes que ouviam, estabeleceram legado a nível mundial como gênio, heroína, líder ativista, escritor renomado e atriz de estrelato mundial (BIZARRIA *et al.*, 2013; COHEN, 2013; FERNANDES, 2017; INTERVOICE, 2017).

A intenção em apresentar essas informações não está em romantizar essa experiência ao associá-la a figuras de certo triunfo, mesmo porque elas estão mais para exceções do que para regra. A pretensão é de chamar atenção, mais uma vez, ao fato de que a experiência por si só não torna alguém mais ou menos são, mas, a maneira como esta experiência é vivenciada influencia diretamente na qualidade da saúde mental do ouvidor. Por esse motivo, os relatos a seguir serão de figuras não públicas. As narrativas foram retiradas dos estudos do Intervoice por Baker (2016), do material restrito de treinamento na abordagem de ouvir vozes (Hearing Voices Approach), e dos estudos de Marius Romme (2009). No construto elaborado pelo Intervoice, alguns passos são elencados como importantes para que o sujeito ouvidor tenha experiências menos perturbadoras com o fenômeno de ouvir vozes. Desta forma, a partir desses materiais, algumas considerações foram construídas e ilustradas por relatos de ouvidores, conforme mostra a seguir:

**A sobreposição dos diagnósticos psiquiátricos em detrimento do cuidado executa um corte na existência daquele que vivencia o fenômeno** (ROMME *et al.*, 2009). Observa-se que o sentido que o fenômeno evoca e o grau de patologização que é destinado a ele influenciam na qualidade dessa vivência muito mais do que a experiência propriamente dita. Don, durante a pesquisa do Intervoice, falou sobre o seu terapeuta: “[...] estava interessado em

uma peça de teatro que eu tinha escrito. Antes disso eu era tratado como um paciente, vivendo na terra de ninguém. Eu havia parado de sentir. Quando diminuiu a minha medicação eu acordei e minha mente ficou finalmente clara” (BAKER, 2016, p. 28). Nesse relato de Don, fica claro que a flexibilização na intervenção medicamentosa pode ser fundamental para a elaboração da vivência.

Eleanor compartilha sobre sua internação ao contar que ouvia vozes: “[...] eu estava enormemente desempoderada, tudo estava minando meu sentido de eu, exacerbando todas as minhas dúvidas sobre mim mesma [...] fazendo com que as minhas vozes ficassem mais agressivas e mais fortes” (ROMME *et al.*, 2009, p. 666). Para Eleanor, a internação não ajudou no manejo com as vozes e, pelo contrário, intensificou o nível de perturbação que elas exerciam.

Daan, em entrevista com o Intervoice, compartilha sobre quando começou a notar a dinâmica das vozes: “Eu pensei que eu era mal porque as vozes me chamavam de todos os tipos de nomes. [...] notei que as vozes tornavam-se mais ou menos intrusivas dependendo da situação em que eu estava. Tornavam-se más quando havia conflitos na casa” (BAKER, 2016, p. 29). Daan conseguiu ir além dos insultos e ficou atento aos momentos em que percebia as vozes mais invasivas. Aprender a dinâmica do fenômeno pode funcionar como um recurso significativo para melhor manejo.

**O uso da internação como instrumento de contenção das vozes influencia diretamente na recuperação, ou agravamento, de qualidades encorajadoras da melhoria da saúde mental do ouvitor.** Se lidar com as vozes cotidianamente já é penoso, esperar que o ouvitor melhore o manejo com as vozes nas condições que uma internação psiquiátrica dispõe, é, minimamente, ingênuo (ROMME *et al.*, 2009). Veja o que Johnny conta a respeito da internação:

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

Perceba que até então as vozes eram imperceptíveis ao outro, mas foi só Johnny falar que ouvia vozes para elas serem consideradas como ameaças. Esse relato, além de evidenciar a violenta tentativa de eliminar o que é considerado sintoma antes de dedicar atenção aos aspectos clínicos da experiência, evidencia também o quão estigmatizado alguém se torna por dizer que ouve vozes.

Outra observação pertinente é que as vozes perturbadoras não são onipotentes. Informação que pode parecer óbvio para quem está de fora, mas não é o caso do sujeito em meio ao tormento. **Quando o foco está mais no processo de eliminação das vozes e menos no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, a tendência é que a experiência seja ainda mais assustadora**, como a de Eleanor:

Eu percebi que o medo que eu sentia tinha criado este círculo vicioso de evasão e isolamento. Eu timidamente comecei a testar o que as vozes alegavam. Uma noite ele disse que queria que eu cortasse meu medo do pé e se eu não o fizesse, ele mataria minha família. Foi a coisa mais difícil que eu tive de fazer, mas eu disse: “Faça isso!”. Foi uma noite terrível, mas nada aconteceu, então eu percebi que ele não tinha muito poder (BAKER, 2016, p.29).

Eleanor constatou que as vozes não são onipotentes quando teve coragem de desafiar os comandos ameaçadores, o que dá margem para desconstrução de outras crenças sobre o domínio das vozes.

O entendimento de que a relação estabelecida com as vozes necessariamente vai influenciar no nível de afetação, bem como a aceitação de que a negação e/ou rejeição das vozes também são formas de se relacionar, são considerações fundamentais para provocar mudança na estrutura de poder entre o ouvindo e as vozes, favorecendo a recuperação (BAKER, 2016). Sue relata ao Interoice:

“No começo eu tinha negado que as vozes eram reais. Isso trouxe conflito absoluto dentro de mim e medo, medo extremo. Elas assumiram completamente o controle. Uma vez que eu aceitei que as vozes eram reais, o relacionamento mudou. Eu parei de tentar me livrar delas, mas aceitei-las” (BAKER, 2016, p. 31).

Lisette, também em entrevista ao Interoice, relata algo semelhante: “[...] Tive a ideia que eu não poderia aceitar algo assim. Aceitei-o agora. Eu ainda não gosto das vozes, mas aceitei que elas pertencem a mim” (BAKER, 2016, p. 31). Narrativas como a de Sue e de Lisette dão sentido à consideração do Interoice (2017) de que **o tratamento deve funcionar**

**como suporte no processo de desenvolvimento e cuidado pessoal e não apenas como extermínio de um indicativo psiquiátrico considerado patológico.**

Mobilizar interesse participativo por parte do ouvidor em explorar sua experiência particular dá abertura para construção de sentidos mais saudáveis em relação a sua vivência. Veja o que aconteceu com Ami:

Deparei-me com um outdoor sobre alguém que daria uma palestra sobre a audição de vozes, uma mulher chamada Liz Bodil. Este foi o ponto de mudança. Ela também vendia livros. Eu li o livro “Aceitando as vozes” em uma noite. Eu senti que aquilo era pra mim. Ele descreveu a minha experiência e também disse que há uma razão para as vozes (BAKER, 2016, p. 29).

É claro que nem todos vão mudar o sentido que dão as vozes por entrarem em contato com outras visões, mas, acredita-se que **disseminar informações sobre o tema com menos tabu muito provavelmente contribuirá para reflexões mais construtivas sobre a vivência.** Mien conta ao Intervoice que desenvolveu estratégias para lidar com as vozes, mesmo as negativas, depois que as aceitou como reais. Observe:

Tem tudo a ver com a forma como eu me percebo. Por anos eu tinha vivido com a ideia de que era totalmente minha culpa, que eu era filho do diabo e condenado desde o nascimento. Essa convicção eu tive que mudar. [...] Eu aceito que as vozes estão lá e encontro uma maneira de lidar com elas. Elas pertencem a mim (BAKER, 2016, p.33).

**Promover espaços para o sujeito acolher as vozes como pertencentes a si, como partes de sua história e expressão de suas emoções favorece a superação da negação e contribui para a legitimação da experiência como real.** Isso ajuda a explorar estratégias de enfrentamento e negociação com as vozes, inclusive em momentos de crise. Sobre isso Mien compartilha:

Eu não sou louco, mas elas (vozes) estavam relacionadas ao meu passado, é uma experiência bastante normal sobre a qual pode conversar com os outros. Isso me ajudou a perceber que as vozes expressam algo que está acontecendo comigo. É algo que me pertence (BAKER, 2016, p. 28).

É natural e esperado que haja questionamentos a respeito dos prejuízos da aceitação das vozes. Pois, sim, existem casos em que o sujeito apresenta comportamentos nocivos por causa de comandos ameaçadores. Nesses casos, tem-se como foco do manejo com as vozes ameaçadoras incitar a responsabilidade autonômica e aclarar as consequências de cada comando obedecido, possibilitando maior senso de escolha. Acredita-se na visão em que valoriza a participação do paciente em seu tratamento, por isso a importância de uma relação

dialógica. É importante que as vozes tenham um tempo e espaço para se expressarem e, sobretudo, entender que o sujeito que ouve vozes não se mantém 24 horas por dia em surto ou escutando vozes. Pelo contrário, a maioria ouve vozes em momentos bem específicos do dia, mas são afetados em todo tempo - até pelo fato de não haver uma preparação de como reagir a esse tipo de situação, nem da família nem do paciente (FERNANDES; ZANELLO, 2018; BAKER, 2016).

Em ocasiões de crise do ouvidor, especialmente a primeira, é natural que a família deseje a internação por não saber como agir com aquele que se encontra em estado de perturbação mental. O sujeito, a família e toda a dinâmica de relações envolvidas são afetados com a experiência e é comum que, após passar pela psiquiatrização, o ouvidor seja associado a adjetivos sinônimos à loucura, o que faz com que sua narrativa perca credibilidade e que frequentemente sejam tratados de maneira reducionista à experiência da crise. Toda essa conjuntura corrobora para o fortalecimento de tabus e estereótipos sobre a experiência de ouvir vozes. Para Baker (2016), é fundamental a compreensão de que a situação de crise, ou pelas chamadas alucinações auditivas e/ou visuais, ou por qualquer outra condição perturbadora da mente, não invalida os recursos desenvolvidos antes da crise. Da mesma forma que é necessário ultrapassar a percepção de que ouvir voz é estar doente.

Perante todo o exposto até aqui, torna-se necessário repensar a lógica diagnóstica que enquadra o sujeito que ouve vozes em uma categoria de doente mental. Para isso, optou pela teoria psicanalítica para fundamentação do raciocínio.

#### **4 REPENSANDO A LÓGICA DIAGNÓSTICA**

Para que se possa pensar o fenômeno de ouvir vozes pela perspectiva psicanalítica é primordial que se entenda o que é e para quê serve o diagnóstico nesta teoria. O diagnóstico psicanalítico serve para a identificação do funcionamento psíquico de cada paciente e para isso concebe três estruturas clínicas: a neurose, a psicose e a perversão, cada uma com dinâmica própria e com indicativos distintos. Apesar dos relatos freudianos e lacanianos sobre essa diferenciação, não é raro encontrar estudos tendenciosos à hierarquização das estruturas clínicas que induzem à compreensão errônea de que a psicose seria uma estrutura desviante ou mais doentia, e a neurose seria supostamente mais saudável e menos passível de sofrimento grave (QUINET, 2006). De antemão, pela seriedade das consequências da

transmissão de percepções conservadoras e acríticas como essa, é que se considera oportuno demarcar o desacordo com tal visão.

Para início deste tópico de discussão, é plausível se questionar o porquê desse lugar ser dado ao sujeito psicótico, e, conseqüentemente, ao sujeito que ouve vozes (por ser este um sintoma relacionado à psicose). Seria pela interpretação pejorativa de que na psicose o sujeito rompe com a realidade? Seria pela leitura dessa estrutura como sendo resultante da rejeição à castração, ou pela significação de que o Édipo não funcionou como deveria e o psicótico seria resultado dessa “falha”? E por que o Complexo de Édipo é tomado como modelo universal? Para reflexões sobre esses questionamentos, a seguir será apresentado o olhar psicanalítico acerca do diagnóstico, posteriormente somado às contribuições da esquizoanálise para que então possamos fazer alguma construção crítica sobre o fenômeno de ouvir vozes para além da patologia.

#### **4.1 O diagnóstico em Psicanálise**

O diagnóstico da psicanálise se diferencia do diagnóstico psiquiátrico por não se definir apenas por comportamentos objetivados, mas se atém a como o sujeito se relaciona com o outro, com o mundo, com a linguagem, e como interpreta a dinâmica de suas relações. Em sua prática clínica, o criador da psicanálise, Sigmund Freud (1893), percebe que suas pacientes não se davam conta de boa parte de seus afetos e traumas, embora surgissem resquícios em suas narrativas nas sessões de tratamento dos sintomas. Após vastos estudos clínicos, Freud constata a existência de uma dinâmica do eu que impede alguns conteúdos desprazerosos de se tornarem conscientes para o sujeito. Os materiais não acessados pela consciência fazem parte de uma dimensão que é inconsciente.

Para Freud (1915), essa dimensão tem um funcionamento lógico próprio, diferente da lógica linear que opera na consciência, não se baseia pela noção de espaço, é atemporal e não pode ser acessada diretamente, senão por representantes. Além disso, compõe o aparelho psíquico e é composta por forças que tentam constantemente chegar à consciência, que por sua vez se defende dessas forças operando através dos mecanismos de defesa. Dessa forma, os sintomas, os sonhos, os chistes, os atos falhos e as repetições do sujeito são resultado de uma luta incessante sobre a qual funciona o aparelho psíquico. Nesta teoria, os conflitos internos são tomados pela via pulsional e as necessidades do sujeito são compreendidas para além da

mera dimensão fisiológica, pois esboçam a marca do desejo e da pulsão que busca por satisfação continuamente.

Na visão freudiana, essa satisfação nunca é integral, mas sempre parcial. Isso faz com que o conflito pulsional se eternize utilizando novos objetos de satisfação na tentativa de diminuir a tensão. Essas forças inesgotáveis que compõe o aparelho psíquico estão em luta constante e são denominadas de pulsão de vida e pulsão de morte. Enquanto parte dessa força pulsional (pulsão de vida) luta pela autoconservação, a outra parte (pulsão de morte) quer a descarga total da energia psíquica. Esse embate é inerente ao aparelho psíquico e, portanto, ao sujeito, que tem sua constituição formada a partir dos desdobramentos dessa conflitualidade, fazendo com que sempre exista alguma forma de sofrimento (SILVA JUNIOR, 2018; AZEVEDO; MELLO NETO, 2015).

Freud é o primeiro a desenvolver uma teoria sobre a constituição do aparelho psíquico desde a infância. Para ele (1924), as diferentes modalidades de constituição psíquica são estabelecidas como consequência do duelo existente entre o id (que é definido como reservatório das forças pulsionais) e o ego (que ainda tem que lidar com as exigências do superego e da realidade externa). A neurose seria resultado da força do ego limitando as ações do id, e a predominância do id nesse conflito resultaria na psicose. Freud (1924) é claro ao dizer em seu texto intitulado “A perda da realidade na neurose e na psicose” que nos dois mecanismos há certa ruptura com a realidade externa e em ambos há também a substituição por uma realidade menos desagradável.

Ao passo que a neurose ignora a realidade, a psicose a rejeita. Enquanto que no funcionamento neurótico o fragmento da realidade é evitado por fuga, tendo a fantasia como substituta; no funcionamento da psicose, o fragmento da realidade é repudiado e tem o delírio e a alucinação como seus substitutos. A forma como cada uma resolve os confrontos do Eu é o que, segundo Sigmund Freud (1924), as diferenciam. Em ambos “[...] os sintomas constituem uma defesa contra a pulsão” (QUINET, 2006, p.5). O delírio e a alucinação representam uma significação para o sujeito psicótico, da mesma forma que os sintomas como as compulsões e a somatização para o neurótico. É este raciocínio que sustenta a afirmativa de que o sofrimento intenso pode ocorrer nos dois casos, pois tanto a neurose quanto a psicose implica certo distanciamento da realidade externa e, por isso, em ambos os casos os sujeitos precisam desenvolver estratégias para lidar consigo mesmos, com os outros e com o mundo.

Lacan propôs uma ampliação do pensamento freudiano sobre a constituição do aparelho psíquico e avançou na consideração do esquecimento, dos jogos de palavras e dos sonhos como formações do inconsciente. A concepção de inconsciente não seria mais lida através de uma teoria estritamente pulsional, mas através da lógica estrutural, que aponta como essencial o lugar do ser falante. Um inconsciente estruturado como linguagem e representado dela. Através desse entendimento, a passagem pelo Complexo de Édipo seria a operação por excelência, que permite a entrada do homem na ordem simbólica, onde lhe é possibilitada a consistência da constituição narcísica e atribuição de sentido aos significantes. Lacan explora esse período de apropriação da criança do universo simbólico, o qual tem influência direta na maneira como ela vai responder à castração e como irá interpretar o desejo do Outro. Nessa lógica, a criança se torna neurótica quando reconhece a castração, ou seja, se submete a lei simbólica e sai do lugar de objeto do desejo do Outro (representado pela mãe). Na contramão, se torna psicótico aquele que não se submete à lei simbólica, não reconhece a castração, e por isso vive preso à condição de objeto do desejo do Outro. (CASTRO, 2009; FREUD, 1905; BRIGGS; RINALDI, 2014; MARCOS; SALES, 2017).

A teoria lacaniana apreende a constituição subjetiva a partir da articulação dos registros do real, simbólico e imaginário. O registro imaginário é a ilustração mental que o sujeito atribui a cada objeto, é a maneira como o psiquismo consegue organizar por imagens os conceitos apreendidos. Ao escutar a palavra “família”, por exemplo, cada pessoa, se pudesse imprimir a imagem que aparece em sua mente, apresentaria uma figura diferente da figura impressa da mente de outras pessoas. Isso acontece porque, apesar da palavra dita ser a mesma, o registro imaginário de cada um se reduz ao que foi possível construir a partir de suas experiências particulares (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Já a dimensão simbólica inclui o que pode ser nomeado pela linguagem e isso engloba a expressão compreendida socialmente. O simbólico não se reduz tão somente a palavra falada, mas abrange qualquer manifestação por significante presente na cultura. No exemplo anterior, a imagem impressa pode expressar o significante “família”, assim como também pode evocar outros significantes, como “fraternidade”, “convivência”, entre outros. O simbólico, nesse caso, é qualquer expressão de linguagem que represente o imaginário e sua articulação é plural, pois uma mesma imagem pode ser articulada a diferentes significantes.

A dimensão do real, por sua vez, não pode construir imagem e nem pode ser nomeada porque extrapola a dimensão simbólica. O registro do real é diferente da noção de realidade,

uma vez que esta compõe o simbólico e o imaginário particular de cada sujeito, e aquele remete ao que é inexplicável e só pode ser sentido, como a angústia, por exemplo (ROUDINESCO; PLON, 1998). Apesar de não ser foco deste estudo, o entendimento desses conceitos é basilar para a compreensão lacaniana sobre as estruturas clínicas.

Antes de Lacan, Freud já havia desenvolvido uma teoria quanto à estruturação da subjetividade. A clínica freudiana toma como base a ficção incestuosa de Édipo Rei. Relacionando os estudos com suas observações clínicas e memórias pessoais, Freud evidencia a angústia presente na dinâmica dos desejos infantis proibidos ao descrever o drama infantil (interdição paterna sobre os desejos incestuosos primordiais da criança). O autor desenvolve considerações sobre a formação do eu com base em sua teoria sobre o desenvolvimento psicosexual infantil. De acordo com essa teoria, as forças pulsionais buscam por satisfação em diferentes zonas erógenas de acordo com a fase psicosexual<sup>11</sup>. O Complexo de Édipo acontece na fase fálica, quando a criança se depara com as diferenças anatômicas dos órgãos genitais masculino/feminino, e onde também ocorre a ansiedade de castração que pode desencadear diferentes reações, o que, de acordo com a teoria freudiana, definirá mais adiante como o aparelho psíquico da criança será estruturado. A castração é considerada um marcador do fim do Édipo infantil e selo da entrada da criança no registro civilizatório, por esses fatores é que o drama familiar recebe tanta evidência na teoria (MARCOS; SALES, 2017; ROUDINESCO; PLON, 1998).

Na clínica lacaniana o Complexo de Édipo é reinterpretado e inserido na lógica estrutural, que situa maior relevância da dimensão simbólica para a imersão do sujeito na cultura-civilização e para sua estruturação. No primeiro momento do drama edípiano, não há mediação de linguagem na relação da criança com o outro e ela está inteiramente identificada ao lugar de falo da mãe por ainda não ter sido inserida na função simbólica. Isso significa dizer que a criança é interpretada a partir das projeções daquele que ocupa a função materna, sendo assim um objeto de desejo do Outro – sendo o Grande Outro um lugar sócio-simbólico, que Lacan também chamou de ‘tesouro dos significantes’. É o lugar que ocupa diante do Outro e determina o sujeito na visão lacaniana, uma alteridade que existe a partir do código linguístico e permeia a cadeia de significantes que nos constitui (CASTRO, 2009; FINK, 2014; ROUDINESCO; PLON, 1998).

---

<sup>11</sup> Freud (1905) divide o desenvolvimento psicosexual infantil em 5 momentos: fase oral, fase anal, fase fálica, período de latência e fase genital.

O segundo momento é marcado pela instauração simbólica, é quando a relação da criança com o outro (o pequeno outro, que é qualquer outra pessoa, seu semelhante) já pode ser simbolizada através da linguagem. É nesse tempo também que a lei e, por consequência, a castração são introduzidas – aqui, o que Lacan chama de Nome-do-Pai, é evocado pelo discurso materno, isto é, o período em que a criança começa a ser barrada e recebe a mensagem de que não é o único objeto de amor da mãe. A castração, para Lacan, representa a possibilidade de inscrever a falta de um objeto que seria capaz de realizar a satisfação absoluta, e por isso levará o sujeito à busca por outros objetos, envolvendo as normas em que a criança é submetida e isso inclui não poder ter e/ou fazer tudo que deseja. Essa interdição é efetuada por aquele que ocupa a função paterna (ROUDINESCO; PLON, 1998; MARCOS; SALES, 2017).

O terceiro momento do Complexo de Édipo anuncia o seu próprio declínio. A criança passa a não ser mais o falo da mãe, ou seja, o objeto do desejo materno, e já tem condições de significar o próprio falo. Isso quer dizer que questões pertinentes à constituição de um sujeito desejante vão sendo viabilizadas pela abertura da cadeia de significantes<sup>12</sup>, que é possível devido à inserção da criança no mundo de linguagem - é quando a criança já começa a discriminar o que diz respeito a ela e o que diz respeito ao outro (MARCOS; SALES, 2017; ROUDINESCO; PLON, 1998).

Na fase estrutural da teoria de Lacan, o significante Nome-do-Pai marca a ordem simbólica no Complexo de Édipo que incide sobre o desejo materno. É o que impossibilita a criança de ter acesso ao gozo absoluto e a inscreve no lugar da falta. A introdução do Nome-do-Pai enquanto significante para o Outro é atributo da estrutura neurótica. Quando esse significante é rejeitado e não compõe o universo simbólico da criança, ocorre a psicose através do mecanismo conhecido como forclusão do Nome-do-Pai. Essa evitação da castração simbólica tem como consequência o retorno do traumático no real, que pode se expressar alucinatoriamente (CASTRO, 2009; MARCOS; SALES, 2017; ROUDINESCO; PLON, 1998).

---

<sup>12</sup> E o que vem a ser a cadeia de significantes? Com influências do Ferdinand de Saussure (1857 - 1913), Lacan importa conceitos da linguística, mas modifica o sentido conceitual dos termos ao aplicar na teoria psicanalítica. Ao contrário de Saussure, Lacan considera o significado como algo passível de mudança, uma vez que o significado desliza pelas várias impressões acústicas que se formam sobre determinado signo. O significante tem a ver com essa impressão que cada um constrói sobre um signo e a cadeia de significantes diz sobre as várias possibilidades de impressões acústicas sobre parte do signo linguístico (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Resumidamente, para a teoria psicanalítica, o desdobramento da dinâmica do Complexo de Édipo e, portanto, da lógica da castração e da ordem simbólica, tem influência direta sobre a relação que o sujeito estabelece consigo mesmo, com os outros e com o mundo. O funcionamento psíquico, a maneira de se expressar e as reações às diretrizes sociais são constituídos pela repercussão desse drama edípiano e, a partir daí, começa-se a notar as diferenças entre os sintomas mais frequentes de cada estrutura clínica.

Para a psicanálise as estruturas clínicas têm funcionamentos diferentes, contudo, é possível realizar um trabalho a partir do quê e de como o paciente conta a sua história. O que tende a ser uma questão no campo da saúde mental é que a aposta de tratamento sempre parte do outro, na maioria dos casos, anunciado pelo outro na pessoa do especialista, de um profissional de saúde que está imerso em um sistema que favorece rigorosamente aquilo que é adaptativo. Ora, criou-se uma constituição social que valoriza a organização neurótica como adequada para a harmonia comunitária, como se esta fosse a estrutura mais saudável e a única possível de viver em sociedade. Por esse e outros fatores é que a clínica da psicose ainda enfrenta muitos impasses, especialmente por divergências nas interpretações teóricas. Por isso, afirmar a psicose enquanto uma estrutura simplesmente distinta da neurose, e não menos adequada, representa um passo à frente no avanço do trabalho psicanalítico com psicóticos (QUINET, 2006; SOHSTEN; MEDEIROS, 2016).

Desta maneira, ao invés de usar o termo “as psicoses”, no plural, Antonio Quinet (2006) sinaliza que o ato de reportar-se à psicose, no singular, destaca seu caráter de estrutura clínica ao invés de fortalecer o estereótipo de desordem mental. Não que essa variação do termo seja a solução para a sobredeterminação de uma estrutura à outra, mas vale a crítica para a demarcação da distinção do que diz respeito à neurose e psicose enquanto estruturas clínicas, e do que se refere aos sinais de cada estrutura quando o sujeito está em adoecimento psíquico.

Esses sinais envolvem os desdobramentos da conexão entre o sujeito e o significante que se manifestam pela linguagem independente da estrutura clínica. Porquanto, cada uma se articula de modo peculiar com os registros do real, simbólico e imaginário. O pensamento, por exemplo, se apresenta para o psicótico como percepção real, que pode ser de cunho visual, olfativo, tátil ou auditivo, como é o caso do fenômeno de ouvir vozes. Ao se apresentar por meio da linguagem pode acontecer de o pensamento psicótico aparecer fora do sentido lógico. É importante sinalizar que o fato desse fenômeno ser um indicativo psicótico não fundamenta

a afirmativa de que todas as pessoas que já tiveram a experiência de ouvir vozes são necessariamente psicóticas. É somente através da narrativa própria do sujeito sobre seu sintoma que se pode apreender a realidade psíquica que o sujeito vivencia e a função que o sintoma ocupa. Por isso, a descrição em si de um sintoma isolado, para a psicanálise, não é o suficiente para uma hipótese diagnóstica. É necessário que o sujeito fale sobre seu sintoma. E, ainda que se verifique a predominância da estrutura psicótica, entende-se que um trabalho psicanalítico é possível para qualquer sujeito que procure uma análise (SILVA; CASTRO, 2018; MAIA; MEDEIRO; FONTES, 2012; QUINET, 2006).

A Psicanálise tem como método de trabalho a associação livre, que no caso da neurose funciona para exteriorizar o conteúdo reprimido a fim de elaborá-lo, e, para a psicose, o trabalho se dá com os conteúdos inconscientes não recalcados que são abundantemente manifestos à consciência. O certo é que em nenhum dos dois casos há certeza do desdobramento do tratamento. Contudo, no que diz respeito ao trabalho com o sujeito psicótico, é possível que a realidade alucinatória/delirante seja estabilizada a fim de que ele consiga lidar com a realidade do mundo externo. Ou, em outras palavras, ser psicótico não significa ser doente mental, pois é perfeitamente possível que ele leve uma vida autônoma apesar dos cuidados especializados (QUINET, 2006; SILVA; CASTRO, 2018).

É evidente que os indicativos da psicose tendem a ser psiquiatrizados com mais facilidade do que os indicativos da neurose. Pensando nessa questão, e em todas as outras questões levantadas no decorrer do trabalho é que evidenciamos importância de repensar a lógica que se transmite sobre a dinâmica particular das estruturas clínicas.

#### **4.2 Contribuições esquizoanalíticas**

É indiscutível que as considerações psicanalíticas foram fundamentais para o estabelecimento de abordagens mais humanizadas em Saúde Mental. Freud, Lacan e outros autores em Psicanálise contribuíram para que o movimento psicanalítico pudesse ocupar o lugar que hoje se sustenta em diversos espaços. Entretanto, pensar de forma crítica sobre o que foi postulado é necessário. Foi o que aconteceu com a Esquizoanálise, que surgiu das críticas de Deleuze e Guattari (2010) à Psicanálise no livro intitulado “O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia”, que aponta para a possibilidade de conceber a subjetividade a partir do modelo da esquizofrenia. Não essa esquizofrenia enquanto categoria psiquiátrica,

mas sim enquanto processo de produção de subjetividades, que abre alternativas para pensar modos de ser legitimamente diferentes do funcionamento neurótico. “A esquizoanálise tem este nome porque em todo o seu procedimento de cura ela esquizofreniza, em vez de neurotizar como a psicanálise” (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 481).

A distinção que Gilles Deleuze e Félix Guattari (2010) fazem entre o “processo esquizo” e o “esquizofrênico” é fundamental para a compreensão da proposta despatologizante que queremos sustentar no presente trabalho. Para eles, o esquizofrênico é o sujeito que estava em funcionamento esquizo, mas foi patologizado e por isso ‘deu errado’, sendo então edipianizado como forma de ajustamento funcional. Mas do que se trata o processo esquizo? Primeiramente é válido positivar que se trata de um processo e não de uma característica do sujeito. Apesar do mesmo radical, o esquizo não é traço da esquizofrenia enquanto manifestação da psicose. Seu funcionamento pode ser encontrado em qualquer sujeito, independente da estrutura clínica predominante. O processo esquizo diz respeito a uma espécie de involução criativa que não necessita de um traço comparativo para sua caracterização. Para Deleuze e Guattari (2010), o processo esquizo é processo de criação que torna possível o surgimento das estruturas como neurose, psicose e perversão. Esse processo de criação é incessante e não acaba após a constituição psíquica do sujeito e, assim como o conceito de pulsão em psicanálise, faz uma constante exigência de trabalho ao sujeito.

Os questionamentos de Deleuze e Guattari criticam a Psicanálise acusando sua tendência a adequar as produções do inconsciente a uma estrutura edipiana. Os autores nos convidam a repensar se a psicanálise intencionou edipianizar furiosamente a todos, inclusive o esquizo. A incitação que fica para a reflexão é: toda a narrativa do sujeito é derivação tão somente do dito “romance familiar” no Complexo de Édipo? Schreber, por exemplo, é lido como um caso clínico de paranoia que teve seu delírio reduzido à tese paterna de Freud. Ao invés de olhar para as multiplicidades que povoam o delírio de Schereber, que fala de raças, de tribos, de uma nova religião, de política, de história da civilização, Freud preferiu reduzir tudo ao drama familiar e interpretar que Schreber sofria simplesmente da relação de amor homossexual que nutria pelo pai (DELEUZE; GUATTARI, 2010).

Vejamos, Schreber foi criado sob base de conceitos morais altamente rígidos. Aos 19 anos enfrentou a morte do pai, que sofreu um acidente e teve sua cognição comprometida. Quando tinha 38, seu irmão suicidou-se. Ao que os estudos indicam, se casou por conveniência com uma mulher que teve problemas de saúde reprodutiva e por isso sofreu seis

abortos espontâneos. Formado em Direito, o presidente Schreber construiu uma carreira de sucesso no campo jurídico, inclusive recebeu várias honrarias oficiais. Em “Memórias de um doente dos nervos” Schreber (1905/1984) demonstra satisfação com suas conquistas na vida, exceto pelo fato de não conseguir ter um filho. Entretanto, começa a notar a presença de pensamentos invasivos, que a princípio se apresentavam em forma de questionamentos delirantes, de tal maneira que ele mesmo não conseguia reconhecer como sendo dele e passa a questionar quem o teria colocado lá - os pensamentos o envolviam como instrumento de fecundação (CARONE, 2006).

Logo depois, passou a acreditar ter sido o escolhido para ser a mulher de Deus e gerar uma raça nova. Enfrentou longas internações psiquiátricas, inicialmente com o diagnóstico de hipocondria. O próprio Schreber reclama de ter sido enlouquecido durante as internações, começa a ter pressentimento de sua morte e se prepara para morrer. Todas as alucinações visuais e auditivas o aterrorizavam, chegou ao ponto de acreditar que seu corpo estava em decomposição por estar morto. Dizia que tinham arrancado vários de seus órgãos e foram registradas algumas tentativas de suicídio por enforcamento e afogamento. Após algum tempo de internação, sua esposa passa a ficar menos tempo em sua companhia, é quando nota-se que as alucinações e delírios de Schreber são intensificadas. Para ele, era da vontade de Deus transforma-lo em uma mulher, copular com ele e assim dar origem a uma nova raça. Há relutância no início, mas depois Schreber aceita por acreditar ser parte do plano de salvação para a humanidade, pois o mundo estaria deixando de ser mundo e as pessoas estariam deixando de ser humanos. Após ser diagnosticado como demente paranoide, é curatelado. O livro de Schreber foi escrito com o objetivo de ser anexado ao processo jurídico que solicitava a reversão da curatela para então retomar os seus direitos. Schreber ganhou o processo e voltou a trabalhar como juiz (CARONE, 2006).

Freud, ao ler o livro, desenvolve uma compreensão psicanalítica a respeito do relato do caso de Schreber e sua análise aponta para o retorno ao período narcísico que indica o deslizamento da libido, antes endereçada a objetos externos, para um superinvestimento no eu. Se de um lado, em sua análise, Freud pontua um lugar diferente para o sintoma, onde o delírio e alucinação são apresentados como maneiras encontradas para lidar com o pensamento inicialmente recusado - como é o caso da ideia de Schreber de ser alvo de uma vontade divina ter se apresentado como menos ameaçadora ao ego. Por outro lado, as pontuações de Freud sobre o caso revelam uma tentativa de reduzir a riqueza do delírio de

Schreber a uma análise edipianizada. Ora, em momento algum o delírio de Schreber foi contextualizado em termos políticos, históricos e sociais. Entende-se que os sintomas destacam a função que compõe o que Freud denominou de tentativa de cura e expressam o estado aflitivo do sujeito, que é reflexo de experiências particulares e envolvem agenciamentos de vários setores, inclusive o político e social (DELEUZE; GUATTARI, 2010; FREUD, 1911/2010; SILVA; CASTRO, 2018).

Para Deleuze e Guattari (2010, p.123): “Todo delírio tem um conteúdo histórico-mundial, político, racial; arrasta e mistura raças, culturas, continentes, reinos”. Para pensar as subjetividades pela perspectiva esquizoanalítica, é importante cartografar também o campo social, o que inclui política, economia, história e todas as máquinas que fazem desejar. Nessa concepção, a produção desejante é a infraestrutura da sociedade, isso quer dizer que é uma grande simplificação quando o sujeito não é considerado em suas relações extrafamiliares. É notório que o Édipo acontece e se reproduz em diversas relações, e Deleuze e Guattari (2010) não afirmam que o Édipo não existe, mas contestam o ato de ver edipianamente a tudo e a todos. Afirmar que o inconsciente e as forças desejantes se movimentam exclusivamente a partir do desdobramento do Complexo de Édipo é ignorar todo o universo extrafamiliar, que constitui e determina o sujeito tanto quanto as relações familiares.

A Esquizoanálise tem várias aplicações no campo filosófico, psicológico, artístico e literário, e alguns conceitos foram abandonados, assim como outros foram amadurecidos em obras posteriores ao ‘Anti-Édipo’. Reconhecemos as transformações conceituais no decorrer do desenvolvimento do que hoje conhecemos por Esquizoanálise, assim como sua independência da Psicanálise, embora se considere aquela como importante crítica ético-política sobre o exercício desta. Por isso julgamos importante destacar que a aplicação da esquizoanálise neste trabalho se dá por um recorte psicanalítico, com forte influência de Guattari que sempre ocupou o lugar de psicanalista e apresentou a esquizoanálise enquanto uma psicanálise militante, tal como os autores a afirmam: “A esquizoanálise, portanto, não esconde ser uma psicanálise política e social, uma análise militante: não porque generalizaria Édipo na cultura, [...], mas, ao contrário, porque ela se propõe mostrar a existência de um investimento libidinal inconsciente da produção social histórica” (DELEUZE E GUATTARI, 2010, p.135).

As teses da Esquizoanálise são construídas primeiramente a partir das suas diferenças em relação à Psicanálise. Enquanto a psicanálise é transmitida como sendo desdobramento de

uma clínica do sujeito em seu drama familiar, pode-se dizer que a esquizoanálise tem como princípio geral a tomada do desejo enquanto constituinte do *socius*. Deleuze e Guattari (2010) consideram que todo e qualquer investimento que o sujeito recebe é primeiramente social, não sendo possível estar isento ao investimento do campo em que se está inserido. Portanto, a clínica não deixa de conter em seu trabalho uma análise do social.

O inconsciente esquizoanalítico é concebido como um campo de produção de forças. Entende-se que o sujeito e as estruturas sociais são produtos do mesmo processo, também denominado processo esquizo. Assim compreende-se que da produção desejante deriva o sujeito e da produção social deriva as estruturas da sociedade, sendo o mesmo processo de produção em registros diferentes. Produção social e produção desejante não estão separadas e se transpassam mutuamente. No funcionamento psicótico, o que aparenta ser uma desorganização psíquica, pelo olhar esquizoanalítico é, na verdade, uma ordem incompreendida, e isso acontece porque a cultura ocidental é organizada neuroticamente. Dado que o inconsciente é proposto como um constante processo de devir, ele não interrompe esse processo ao atingir certa evolução, ou estruturação. O sujeito, aqui, é maquínico e a sua unidade é dada pelo desejo. O caráter maquínico do sujeito tem a ver com a criação inerente aos processos inconscientes que acontecem através de fluxos e cortes de desejo, tal como se dá no funcionamento das máquinas (DELEUZE; GUATTARI, 2010).

Deleuze e Guattari (2010) propõem um inconsciente que cria, inventa, produz multiplicidades e não apenas se representa na tragédia Edípica, pois o desejo é revolucionário e dispensa um padrão fixo para se realizar. É nesse sentido que o processo esquizo encontra dificuldade com o laço social, tomando como parâmetro a sociedade pautada no discurso neurótico, pois ele não se submete a Lei. Todavia, é dessa maneira que o desejo esquizo se reinventa a cada vez, ele mesmo produz a saída da triangulação edípica por não se enquadrar. Aqui se vê a explicação da proposta de um funcionamento desejante esquizo, a produção inerente ao desejo com espaço para se reinventar. E não é uma menção às estruturas clínicas, mas sim uma proposta para qualquer sujeito desejante.

A possibilidade de experienciar novos caminhos e diferentes modos de ser é tida como inerente ao sujeito que está em constante transformação subjetiva. Portanto, a loucura, a experiência de ouvir vozes e qualquer outra manifestação excepcional são compreendidas como mais uma possibilidade de expressão subjetiva. Contudo, as repressões advindas do campo social barram a força criativa do ser, impedindo a manifestação de reações autênticas à

experiência e ocasionando sofrimento. Essas repressões seriam sustentadas pela tentativa de submeter toda forma de ser ao funcionamento edipiano, tornando inquietante tudo que foge ao familismo triangular (DELEUZE; GUATTARI, 2010).

A loucura carrega em sua história memórias de várias reações de violência pela inquietação que sempre causou na sociedade. Seja a violência de manter o louco no expurgo marítimo sem fim, seja a violência contra o direito de ir e vir, contida no encarceramento, seja a violência moralizadora da forma de expressão, ou mesmo a violência física usada para conter corpos loucos. Quando a loucura passa a ser considerada como “alienação mental” e, posteriormente, associada à expressão de psicose, todo e qualquer significante que remeta ao imaginário sobre a loucura e sobre a psicose tende a causar inquietação no social. Freud (1919) faz uma análise sobre *unheimlich*, termo traduzido para a palavra estranho, infamiliar ou inquietante - que não é simplesmente o oposto de *heimlich* (familiar). Na visão do autor, o fenômeno ou objeto inquietante é aquilo que nos deixa desorientados, “[...] o inquietante é aquela espécie de coisa assustadora que remonta ao que é há muito conhecido, ao bastante familiar” (FREUD, 1919, p.249). “Seria tudo o que deveria permanecer secreto, oculto, mas apareceu.” (FREUD, 1919, p. 254). A sensação do inquietante é aquela que surge quando algo que deveria se manter oculto vem à tona.

Ao falar do fenômeno de ouvir vozes é natural que seja evocada inquietação na cultura ocidental brasileira, pois, além de já ser estabelecido como sintoma de uma desordem mental, pouco ainda se fala sobre o assunto enquanto experiência não patológica. Se o ouvir é uma percepção de um estímulo auditivo, então como é possível alguém ouvir vozes sem algum estímulo sonoro? “só pode ser loucura”, é o que dizem. E como já vimos, loucura é o nome que comumente é dado aquilo que se quer desvalidar. Na verdade, existe um horror direcionado aquilo que não se tem o entendimento intelectual. Essa angústia de não saber ou de não estar certo, segundo o entendido freudiano, manifesta a conservação do estado narcísico. O aterrorizante é aceitar que a experiência do real não cabe na linguagem, mesmo que continue lá afetando. Ouvir vozes pode não ser precedido por um estímulo sonoro externo, mas acontece, e isso é inquietante (FREUD, 1919).

Nesse mesmo texto, Freud aponta alguns fatores que contribuem para que a sensação inquietante se estabeleça, são eles: “[...] o animismo, a magia e feitiçaria, a onipotência dos pensamentos, a relação com a morte, a repetição não intencional e o complexo da castração” (FREUD, 1919, p. 270). O fenômeno de ouvir vozes pode passear entre qualquer um desses

fatores dependendo do sentido dado por cada sujeito e em cada cultura. Em nosso contexto, mesmo que estudos apontem para uma incidência significativa e ainda que ouvidores relatem suas experiências dissociadas de uma condição psiquiátrica, ouvir voz torna-se inquietante por representar uma expressão de algo pouco ou nada (em alguns casos) conhecido, ou que pelo menos não deveria existir.

Em consequência dessa sensação aterrorizante e a estabilidade ilusória de uma sociedade ordenada, não é raro a atribuição do fenômeno inquietante como uma patologia. O estranho é tudo aquilo que não é conhecido e quando se apresenta, desperta a vontade de conhecer, se desperta prazer, acolhe-se, se não, a tendência é reagir com agressividade, como ocorreu com as diversas manifestações de loucura ao longo da história. O desconhecido é tomado como uma ameaça para alguma coisa, e talvez a coisa seja o narcisismo de quem se mantém fixado nele. Para Freud (1919), a negação e/ou violência não são as únicas maneiras possíveis de lidar com o estranho. Existem formas criativas de lidar e é nisso que a perspectiva não patológica sobre as vozes se pauta, no poder criativo de lidar com uma experiência subjetiva inédita e, nesse sentido, poder pensar possíveis linhas de fuga na relação com as vozes.

Essa potência criativa do estranho, pela perspectiva esquizoanalítica, pode ser traduzida na proposta de criar para si um Corpo sem Órgãos (CsO). Esse complexo conceito, inicialmente esboçado por Antonin Artaud (1896-1948)<sup>13</sup>, parte da noção de que temos um corpo que funciona por uma organização já pré-estabelecida e que é padronizado em sua forma de ver, estar e sentir o mundo. O conceito em Artaud é pautado na crítica de que esse corpo está submetido ao juízo de Deus e por isso está fadado a se manter sob um funcionamento que já não é útil à potência da vida, uma vez que reproduz sempre a mesma organização e não explora o potencial vital. Como forma de superar esse corpo desfalecido, Artaud anuncia uma guerra aos órgãos, no sentido organísmico da palavra, que resultaria na criação de um Corpo sem Órgãos. Esse CsO é um corpo compreendido como multiplicidades e não como a soma das partes fragmentadas, portanto, é convocado à experimentação de novas formas de ver, estar e sentir o mundo e seus afetos (DELEUZE; GUATTARI, 2012).

---

<sup>13</sup>Francês, ator, poeta, escritor, roteirista e pensador, criador do conceito de Corpo sem Órgãos. Fez parte do movimento surrealista e criou as bases para a transformação do teatro tradicional através da criação do seu Teatro da Crueldade. Após ter sido diagnosticado como esquizofrênico, passou por várias internações, e produziu parte significativa de sua obra nesse contexto, sofrendo profundos maus tratos.

Deleuze e Guattari desenvolvem esse conceito ao longo de suas obras *Anti Édipo* (1972/2010) e *Mil Platôs* (1980/2012) e avançam em descrevê-lo por perspectivas um pouco diferentes. Em um, o conceito de CsO se apresenta baseado no funcionamento maquínico, onde tudo é produzido. No outro, o CsO se apresenta como uma prática que produz novas formas de ser e que pode atuar na dimensão da linguagem e no campo da subjetividade. De todo modo, para entender esse conceito, é necessário demarcar que a concepção de desejo para a esquizoanálise não é fundamentada pela falta de um objeto, como é na psicanálise. A crítica se faz à ideia de eterna incompletude do sujeito que a busca pelo objeto inalcançável remete. A esquizoanálise propõe desejo como revolucionário, pois está em constante produção de algo novo. Em razão disso é que o desejo pode produzir qualquer coisa, inclusive o fascismo. Por isso é necessário cuidado, pois a produção de um corpo fascista acarreta no desejo pela repressão que violenta outras formas de produção sem qualquer culpa, uma vez que o opressor entende o aniquilamento do outro como conserto para salvação dele.

O desejo, nesta perspectiva, é produzido a partir das diversas máquinas sociais que fazem desejar. Deleuze e Guattari (2010) fazem uma espécie de subdivisão em dois polos desse investimento social: o investimento paranoico fascista e o investimento esquizo revolucionário. O polo paranoico é aquele investimento rígido e reprodutor de identidades fixas que “desinveste toda livre figura do desejo” (p.366) e tenta eliminar a dimensão criativa de sua manifestação, o investimento paranoico segrega a diferença e reage com violência ao inquietante. Já o polo esquizo revolucionário é nomádico, caracterizado pela sua capacidade de produzir potencialidades sem um padrão pré-estabelecido. Este é o pólo de um investimento que revoluciona as formas de expressão do inconsciente, é criativo e volátil. É essencial que se entenda que esses investimentos não são excludentes e é perfeitamente possível que um mesmo sujeito receba influências do investimento fascista e do investimento revolucionário, posto que os pólos advém da relação entre máquinas desejantes e sociais.

Como linha de fuga da estratificação rígida, os autores propõem a criação para si de um Corpo sem Órgãos (CsO). De modo geral, o CsO refere-se a uma prática de contestação da ordenação hierárquica que projeta um padrão para a realidade e descarta ou violenta tudo aquilo que foge às normas vigentes. O CsO é feito de movimento e afeto e envolve a dissolução da identidade. O delicado dessa prática de contestar o organismo, é que não basta negar a organização para que o CsO seja criado, é necessário pensar alternativas para o esvaziamento dos estratos, caso contrário essa criação pode se tornar um processo mortífero.

Por isso, a prudência e a ética são indispensáveis para que se possa criar um CsO. (DELEUZE; GUATTARI, 2012; SCHOPKE, 2017).

Para explicar essa produção, Deleuze e Guattari (2012) apresentam as três formas do CsO: o CsO pleno, o CsO vazio e o CsO canceroso. Essa prática se efetua no esvaziamento de estratos que podem ser de nível biológico, da linguagem e do campo da subjetividade. O corpo pleno é o CsO que atingiu seu grau máximo de potência, mas é válido ressaltar que o alcance da plenitude não é garantido a qualquer tentativa de criar CsO. Ao invés de tornar o CsO pleno, o processo pode desencadear em um CsO canceroso, que tende intensificar o desfalecimento corpóreo. Isso pode acontecer quando se rompe com o padrão sem cautela, sem pensar em alternativas para produzir diferença. Os autores enfatizam para o cuidado de não operar por extremos e não esvaziar os estratos por inteiro ou rápido demais, uma vez que a conservação de certa medida de organização é importante para preservar a vida e a ética diante da vida.

Partindo dessa compreensão, o fenômeno de ouvir vozes pode ser analisado como uma efetuação que ocorre a um corpo que não consegue mais dar conta da organização e, então, desmorona a fim de construir uma realidade melhor do que a que se tinha antes. A experiência com as vozes é o CsO efetuando no nível da enunciação da linguagem. Parte do padrão orgânico rompido é o ouvir apenas via estímulo sonoro externo que, após quebrar a lógica da significância, cria um jeito diferente de se expressar. Partindo do entendimento de que as vozes podem representar a parada desse processo que não funciona mais para o sujeito, constata-se que é de suma importância que o sujeito ouvindo possa experimentar as possibilidades que essa vivência apresenta e que, sem apego rígido às normas de conduta com as alucinações, consiga se apropriar de suas próprias zonas de intensidades.

Se as vozes surgem de um contexto vital infértil na tentativa de uma realidade psíquica melhor que a de antes, por que tentar eliminá-las? Pensar a partir do CsO, é reconhecer que a experimentação é que dá estrutura à realidade. Um passo importante se faz em incitar questionamentos acerca da necessidade de criar um padrão para as subjetividades ao invés de aceitar qualquer traço como parte das possibilidades do humano. Pensar as vozes a partir do CsO permite que a subjetividade dos ouvintes se construa a partir da experimentação deles com suas experiências com as vozes, por suas próprias dimensões e metamorfoses movediças.

Quando o sujeito é estigmatizado por apresentar episódios não normativos, além de ser afetado negativamente pelas sequelas de um tratamento que o diagnóstico psiquiátrico

propõe (efeitos colaterais da farmacoterapia crônica, estereótipos e perda de autonomia), também há o risco de ocorrer uma forma de adoecimento ocasionado por toda dinâmica coercitiva para adaptá-lo na sociedade. Canguilhem (2009), em um estudo sobre as concepções de normal e patológico, faz um apontamento interessante sobre o processo de adoecimento-cura. O autor assinala que ainda que o sujeito adoecido retorne ao estado saudável, ele já foi afetado pelo sofrimento do processo de adoecimento e sua subjetividade foi transformada. Pois, “curar é criar para si novas normas de vida, às vezes superiores às antigas” (CANGUILHEM, 2009, p. 92).

O fundamental, neste ponto, é tornar visível a compreensão que os próprios sujeitos construíram sobre sua experiência. É nessa linha de raciocínio que sinais comportamentais não sustentam um fundamento para a escolha de tratamento mais adequado. Vejamos um exemplo apresentado por Darian Leader (2013): certa vez um jovem, de berço e criação pautada no catolicismo, relata ter tido uma visão de uma santa a quem tem muita devoção logo na primeira hora do dia. Em termos psiquiátricos pode-se dizer que o rapaz teve uma alucinação visual, mas esse acontecido, por si só, nada tem a dizer sobre o estado mental dele. A verificação deste fato enquanto sintoma psicótico depende da interpretação do jovem sobre sua visão. Uma mensagem transcendental, uma consequência involuntária do cansaço intenso por não ter dormido bem na noite anterior, uma experiência religiosa ou mesmo resultado de uma condição conturbada. É necessária uma conexão dialógica de linguagem para identificar qual sentido é dado à experiência vivida, o que só é possível na medida que o discurso dele é escutado. A partir do momento em que isso é compreendido, a percepção sobre as diversas manifestações atípicas passam a não mais representar indicativo de patologia. É levando a sério a narrativa que o sujeito traz sobre suas experiências, com todo o raciocínio que ele construiu para seus indicativos sintomáticos, que se possibilita o que chamamos de diagnóstico em psicanálise (LEADER, 2013; SOHSTEN; MEDEIROS, 2016).

Desta forma, por que soa tão distante pensar uma vida não patologizada, apesar da existência de experiências atípicas? Algumas variações humanas sempre existirão, lidar com essas diferenças é necessário. Por isso, o desafio se faz em evocar ética e prudência diante dos diferentes modos de existir, principalmente quando se tem sofrimento psíquico envolvido. É sobre desconstruir preconceitos e estereótipos associados ao que é considerado louco e suscitar novos olhares que produzam a diferença e não que tentem eliminá-la. O respeito a vivência subjetiva de cada um, esta é a aposta que se faz para que a diversidade nas formas de

subjetivação deixe de representar o desviante da normatividade psíquica, e que possa explorar outras formas de lidar com arranjo social (BEZERRA, 2007; CANGUILHEM, 2009).

Falar de um trabalho pautado na psicanálise porque, por vezes, pode causar confusão sobre a diferença do uso da teoria e da prática psicanalítica. Este trabalho fundamenta-se na teoria da psicanálise a respeito da psicose e cabe dizer que não significa dizer que o trabalho possível com o psicótico se restrinja à análise. A intenção é tomar conceitos da teoria psicanalítica como pressuposto para desenvolver alternativas de cuidado que considerem a singularidade de cada paciente e reconheçam a escuta como potencial instrumento desse fazer. Infelizmente, essas iniciativas continuam a gerar estranheza devido algumas crenças ortodoxas que reduzem as contribuições psicanalíticas ao exercício de uma clínica individualizante e familista, logo, propor uma psicanálise com implicação ética e política (uma psicanálise militante ou uma esquizoanálise) pode soar herético, mas seguimos tentando.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desta pesquisa se deu a partir de um convite para repensarmos o fenômeno de ouvir vozes para além do diagnóstico psiquiátrico. Para tal, percorremos a história do Movimento de Ouvidores de Vozes, da Holanda até sua chegada no Brasil; falamos sobre as nuances do movimento diante da realidade brasileira; traçamos o panorama histórico sobre o diagnóstico e a função que exerce na sociedade; apontamos possíveis desdobramentos da experiência de ouvir vozes quando tratada como patologia, e, tencionando alternativas de percepção dessa vivência para além da compreensão patologizante, apresentamos a compreensão psicanalítica sobre o fenômeno juntamente com as contribuições esquizoanalíticas.

De maneira geral, ouvir vozes é um fenômeno ainda muito estigmatizado em nossa cultura e, embora existam vários estudos sobre uma abordagem não patológica, a experiência de ouvir vozes é um sintoma significativo para a categorização de um transtorno mental. O avanço dos manuais diagnósticos de transtornos mentais em consonância com a evolução das neurociências e indústria farmacêutica mostrou-se como um cenário perfeito para a vulgarização do tratamento em saúde mental. Ficou claro que o diagnóstico psiquiátrico enquanto instrumento profissional perdeu a medida do cuidado e do controle. Esse cenário torna urgente a promoção de mais espaços para reflexões sobre cuidado em saúde mental com os usuários da rede, os trabalhadores e os interessados da sociedade civil. Torna urgente debates que tenham alcance social e não apenas profissional.

O Movimento de ouvidores de vozes tem impulsionado estudos voltados para o tema e, através da disseminação de informações sobre alternativas à patologização, alguns dispositivos públicos de saúde mental já aplicam em sua terapêutica uma abordagem não patológica do fenômeno. A expansão do Movimento de Ouvidores de Vozes viabilizou a compreensão de que permitir que o conteúdo das vozes seja escutado, e validar tais experiências, é assentir que a dimensão subjetiva de cada sujeito é marcada essencialmente pela diferença. Escutar vozes, nessa perspectiva, não é considerada como um sintoma de uma doença, mas é considerado como uma produção ocasionada por experiências subjetivas do sujeito e, portanto, não exige cura, e sim um cuidado especializado.

Despatologizar uma experiência subjetiva que por vezes não prejudica a saúde de alguém, é assumir as diferenças que compõe a multiplicidade de expressões humanas que

integram a sociedade. Além do mais, o desdobramento das reflexões suscitadas sobre a despatologização de uma experiência que é produção subjetiva, ainda que menos universal, pode ter um alcance social na medida em que se abrirão alternativas para novos sentidos e novas ações sobre o que é útil a cada um. É certo que isso demanda um trabalho árduo, pois contrapõe modelos já enraizados socialmente, no entanto, diante desse estudo, ficou evidente que é um posicionamento indispensável para o avanço da autonomia e reinserção social daqueles que são psiquiatrizados por ouvirem vozes.

A teoria psicanalítica mostra-se como um importante instrumento de resistência à Psiquiatria hegemônica, porém também apresenta limitações. Apesar disso, entendemos que a Psicanálise nos permite resistir à medicalização da diferença através de uma abordagem crítica com implicação ética e política, atitude viabilizada com as contribuições de Deleuze e Guattari pela via da Esquizoanálise.

Apesar da Lei nº 10.216 ter sido aprovada em 2001 e a Reforma Psiquiátrica ter sido implementada há quase duas décadas no Brasil, é indiscutível que a lógica manicomial ainda exerce influência no campo da saúde mental, em práticas e discursos. Isso torna imprescindível fortalecer debates e ações que validem as singularidades em suas multiplicidades para combater o descrédito e marginalização daqueles que ouvem vozes.

Dada à pertinência do tema, tornam-se necessárias iniciativas de estudos com grupos focais e grupos narrativos com os ouvidores de vozes, pesquisas que falem deles, por eles e com eles. Talvez por ser um recorte temático de investigação mais recente, no Brasil, boa parte dos estudos é fundamentada em pesquisas europeias e na língua inglesa, o que diminui a precisão dos dados quando aplicados ao contexto brasileiro e convida pesquisadores interessados no tema a investirem na replicação de pesquisas europeias com ouvidores do Brasil.

Dito isso, tem-se nesta pesquisa uma fundamentação para pensar o fenômeno de ouvir vozes além da psicopatologia, o que contribui para a ampliação de um olhar que possibilita a despatologização da diferença. Se disseminados os resultados, além de convidar pessoas que estão (ou já estiveram) em sofrimento por ouvir vozes a repensar sobre sua experiência patologizada, temos a possibilidade de colocar reflexões para o exercício profissional dos psicólogos e demais profissionais de saúde para uma abordagem clínica e grupal com mais foco na subjetivação (e não individualização) do sofrimento.

Ressaltamos que, mais do que construir respostas precisas sobre o que fazer com as vozes, levantar críticas reflexivas sobre o que se tem feito com os sujeitos que ouvem as vozes é o mais importante para a Psicologia enquanto ciência e profissão. Há diferentes maneiras de ver um mesmo fenômeno e diferentes práticas já estão sendo experimentadas, cabe às partes (profissional-ouvidor-família-sociedade) escutarem umas às outras e tentarem propor, transversalmente e dentro das possibilidades de cada uma, um cuidado técnico e especializado, mas, sobretudo, ético e inclusivo.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. d. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02. dez. 2020.

AMORIM, A. K.M. A.; SEVERO, A. K. S. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da Rede de Atenção Psicossocial. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 12(2), 2019, p. 282-299.

ARANHA, M. A etiologia das alucinações. **Ciências & Cognição**, 2, 2004. p. 36-41.

AURELIO, **O mini dicionário da língua portuguesa**. 5ª edição, Rio de Janeiro, 2010.

AZEVEDO, M. K.; MELLO NETO, G. A. R. O desenvolvimento do conceito de pulsão de morte na obra de Freud. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 15, n. 1, , abr. 2015. p. 67-75. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692015000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000100008&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 02 nov. 2020.

BAKER, P. **Abordagem de Ouvir Vozes**: Treinamento Brasil. Tradução: Lindsei Ferreira Lansky. São Paulo: CENAT, 2016. [72]f.

\_\_\_\_\_. **The Voice Inside**: A practical guide for and about people who hear voices. Port of Ness: P&B Press, 2009.

BASTOS, E. **INDICAÇÃO PARA INFORMAÇÕES - PABLO VALENTE**. Mensagem recebida por [duartbastos@gmail.com](mailto:duartbastos@gmail.com) em 14 nov. 2019. Disponível em: [https://docs.google.com/spreadsheets/d/1agM-WdbeRioGF812I\\_3Z4O-yM3KCFo275d2RWmAwxRk>](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1agM-WdbeRioGF812I_3Z4O-yM3KCFo275d2RWmAwxRk>) Acesso em: 14. nov 2019.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - POLÍTICA & TRABALHO**, v. 1, n. 40, 12 ago. 2014.

BEZERRA, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2): 2007. p. 243-250.

BEZERRA, B. O normal e o patológico: uma discussão atual. *In*: SOUZA, N.A.; PITANGUY J. (org.). **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006, capítulo 5, 257p.

BIEN, C.; REIS, G. C. The Hearing Voices Movement: Mental Health Advocacy And Recovery. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.21, p.79-88, 2017.

BIZARRIA, F. P. A. *et al.* Reflexões sobre diagnóstico psiquiátrico à luz da psicologia analítica. **Est. Inter. Psicol.** Londrina, v. 4, n. 2, 2013, p. 148-168. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072013000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072013000200003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, DF: Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)> Acesso em: 02 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002a. Saúde Legis: Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: Ministério da Saúde ([saude.gov.br](http://saude.gov.br)) Acesso em: 02 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 189, de 20 de março de 2002b. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 02 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)> Acesso em: 02 dez. 2020

BRIGGS, R.; RINALDI, D. O sujeito psicótico e a função do delírio. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 17, n. 3, 2014, p. 416-430. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p416-3>> Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142014000300416&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000300416&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 set. 2020.

BUKOWSKI, C. **Textos autobiográficos, de Charles Bukowski**. Tradução de Pedro Gonzaga. Porto Alegre: L&PM Editores, 2009.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução: Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARDANO, Mario. O movimento internacional de ouvidores de vozes: as origens de uma tenaz prática de resistência. **Journal of nurs. health**. 8(n.esp.):e188405, 2018. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.15210/JONAH.V8I0.13981](https://doi.org/10.15210/JONAH.V8I0.13981)> Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13981> Acesso em: 17 nov. 2019.

CARONE, M. Da loucura de prestígio ao prestígio da loucura. *In: SCHREBER, D. P. (1905/1984). Memórias de um doente dos nervos.* Tradução e introdução de M. Carone. 3 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. P. 07-21.

CARRENHO, A. *et al.* O corpo como lugar de sofrimento social. *In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N. ; DUNKER, C. (org.). Patologias do Social: arqueologias do sofrimento psíquico.* 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2018, v. 1, p. 81-108.

CASTRO, J. C. L. O inconsciente como linguagem: de Freud a Lacan. **CASA, Cadernos de Semiótica Aplicada.** São Paulo. Vol.7 n.1, 2009. Disponível em: <http://www.fclar.unesp.br/seer/index.php?journal=casa> 1 Acesso em: 13 ago. 2020

COHEN, J. 7 Surprising Facts About Joan of Arc. **History Stories.** V.2, 2013. Disponível em: <http://www.history.com/news/history-lists/7-surprising-facts-about-joan-of-arc>> Acesso em: 07 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - **Código de Ética Profissional do Psicólogo.** Resolução CFP Nº 010/05. Agosto/2005. 20 p. 2005.

COSTA, M. N. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,** ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.21, p.01-16, 2017.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia.** 1972. Tradução Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Copyright © Editora 34 Ltda. (edição Brasileira), 2010. 560 p.

\_\_\_\_\_. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia 2.** 1980. V. 3. Tradução de Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012. 144p.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** , São Paulo, v. 14, n. 4, pág. 611-626, dezembro de 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000400003>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142011000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400003&lng=en&nrm=iso) . Acesso em 02 dez. 2020.

DUNKER, C. **Mal-estar, sofrimento e sintoma.** São Paulo: Boitempo, 2015.

DUNKER, C. **Questões entre a psicanálise e o DSM.** JORNAL de PSICANÁLISE 47 (87), 79-107. 2014.

EGITO, M. A. T.; SILVA, E. A. Grupo de ouvidores de vozes no enfretamento de estigmas e preconceitos. **Rev. NUFEN,** Belém, v. 11, n. 2, p. 60-76, ago. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02artigo53>. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912019000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200005&lng=pt&nrm=iso) acessos em: 19 nov. 2020.

FERNANDES, H. C. D. **Escutar vozes**: da qualificação da experiência ao cuidado na clínica em saúde mental. 2017. Dissertação (mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

FERNANDES, H. C. D.; ZANELLO, V. O GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES: Dispositivo de Cuidado em Saúde Mental. **Psicologia em Estudo**, v. 23, p. 117-128, 29 abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23i0.39076>> Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/39076>> Acessado em: 13. jan. 2020

FINK, B. **O sujeito lacaniano**: entre a linguagem e o gozo. Schwarcz - Companhia das Letras, 2014. 256 p.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização Em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 148 p.

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). *In*: FREUD, S. **O eu e o id, “autobiografia” e outros textos**. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras. V. 16. 2011. p. 214-221.

\_\_\_\_\_, S. **Estudos sobre a histeria** (1893 -1895). Obras Completas. V. 2. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

\_\_\_\_\_, S. O Inconsciente (1915). *In*: FREUD, S. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 13-74.

\_\_\_\_\_, S. O Inquietante (1919). *In*: FREUD, S. **História de uma neurose infantil, “O homem dos lobos”, além do princípio do prazer e outros textos**. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras. V. 14. 2010. p. 247- 283.

\_\_\_\_\_, S. Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). *In*: FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos. Obras completas, vol. VI. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FOUCAULT, M. **História da loucura** na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2014. 551 p.

FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. O. O Conceito de Biopoder no Pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez., 2016.

GUERINI, L. R. **Saúde Mental e Apoio Institucional**: Uma experiência a partir da pesquisa Gestão Autônoma da Medicação. São Luís: EDUFMA, 2018. 270p.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1 jan. 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=51046>> . Acesso em: 24. Jan. 2020.

HUR, D. U.; VIANA, D. A. Práticas grupais na esquizoanálise: cartografia, oficina e esquizodrama. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 111-125, abr. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672016000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000100010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 03 out. 2020.

IDAÑEZ, M. J. A.; ANDER-EGG, E. **Diagnóstico social: conceitos e metodologias**. Tradução de Isabel Marques. 3ª ed. 2007. 93 p.

INTERVOICE BRASIL. **Manual Como Montar Um Grupo de Ouvidores de Vozes**. São Paulo: CENAT, 2017.

INTERVOICE BRASIL. **Novas Abordagens em Saúde Mental: transformando vidas de forma humana, autônoma e consciente**. São Paulo: CENAT, 2019. 117 p.

JAYNES, J. **The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral**. Boston: HoughtonMifflin, 1976.

KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M. Diálogo Aberto: um método para enfrentamento da psicose. **Expressa Extensão**, ISSN 2358-8195, v.22, n.1, 2017. p. 13-21.

KANTORSKI, L. P.; *et al.* Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. Artigo Original. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, V. 41, N. 115, P. 1143-1155, OUT-DEZ 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1143.pdf>> Acesso em: 27 out. 2020.

LEADER, D. **O Que é Loucura? Delírio e Sanidade na Vida Cotidiana**. Editora: Zahar, 2013. 400 p.

MAIA, A. B.; MEDEIROS, C. P.; FONTES, F. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2012. p. 44-61. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 01 set. 2020.

MARCOS, C. M.; SALES, E. A. S. Os nomes do pai e a generalização da castração. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. XX n. 2. 2017. P. 575-590. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/agora/v20n2/1809-4414-agora-20-02-00575.pdf>> Acesso em: 18 set. 2020.

NOBRE, N. S.; CORTIANA, S.; ANDRADE FILHO, A. S. A NEUROCIÊNCIA DAS ALUCINAÇÕES AUDITIVAS. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Salvador, abr. 2013; 17(1):34-40. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/6>> Acesso em: 14 jan. 2020.

NUBILA, H; BUCHALLA, C. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade.11(2): 324-35. **Rev Bras Epidemiol**, [online]. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>> Acesso em: 26 nov.2019.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **Historia Ciências. Saúde-Manguinhos** 12(3). 2005. p.983- 1010.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, 2013. p. 2889-2898. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013> Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 30 set. 2020. .

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2011, p. 1269-1286.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ OMS - CIF. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Trad. Amélia Leitão. 238 p. Lisboa, 2008. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840\\_por.pdf?sequence=11&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=11&isAllowed=y) Acesso em: 22 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ OMS – OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11). 2018. Disponível em [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875) Acesso em: 22 fev. 2020.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4579-4589, 2011.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

RESENDE, M. S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte , v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015 .

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento Justificado. (Feminismo Plurais), 2017. 112 p

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

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SCHOPKE, R. Corpo sem órgãos e a produção da singularidade: A construção da máquina de guerra nômade. **Revista de Filosofia Aurora**, [S.l.], v. 29, n. 46, 2017. p. 285-305. DOI: <http://dx.doi.org/10.7213/1980-5934.29.046.AO01>. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/aurora/article/view/5697/12575>. Acesso em: 27 nov. 2020.

SILVA JÚNIOR, N. O mal-estar no sofrimento e a necessidade de sua revisão pela psicanálise. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. (org.). **Patologias do**

**Social:** arqueologias do sofrimento psíquico. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2018, v. 1, p. 35-58.

SILVA, B. S. GIUMBELLI, E.; QUINTERO, P. O xamanismo e suas múltiplas manifestações e abordagens. **Horiz. antropológicos**. Porto Alegre, n. 51, p. 7-15, 2018. Disponível em: <http://journals.openedition.org/horizontes/2087>> Acesso em: 17 jan. 2020.

SILVA, B. S.; CASTRO, J. E. A construção do conceito de psicose de Freud a Lacan e suas implicações na prática clínica. **Analytica**. v. 7, n. 13, 2018, p. 145-160. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2316-51972018000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972018000200002&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 03 set. 2020.

SOHSTEN, P. V.; MEDEIROS, C. P. O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 38, n. 72, p. 59-65, dez. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952016000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000200008&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 16 set. 2020.

SPINK, M. J. P; MEDRADA, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas. *In*: SPINK, M.J.P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004, p.41-62.

VASCONCELOS, E. M. **Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

VIANA, M. B. **Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: Da neurose de angústia ao DSM-IV**. 2010. Tese (doutorado em Filosofia) - Universidade de São Carlos, UFSCar. São Carlos, 2010.