UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS
DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Contribuições do Suporte de Pares para o *Recovery* em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes

Lívia Sicaroni Rufato

RIBEIRÃO PRETO – SP
2022

LÍVIA SICARONI RUFATO

Contribuições do Suporte de Pares para o *Recovery* em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências obtenção do título de Doutorado.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster

RIBEIRÃO PRETO – SP

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rufato, Lívia Sicaroni

Contribuições do Suporte de Pares para o *Recovery* em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. Orientadora: Corradi-Webster, Clarissa Mendonça. –Ribeirão Preto, 2022.
158 p;

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia da Saúde e Desenvolvimento.

1. Saúde Mental. 2. *Recovery* em Saúde Mental. 3. Suporte de Pares. 4. Grupos de Ouvidores de Vozes. 5. Serviços Comunitários de Saúde Mental.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Lívia Sicaroni Rufato

Título: Contribuições do Suporte de Pares para o *Recovery* em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Ciências. Área: Psicologia.

Aprovada em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a memória de meu amado pai.

APOIO FINANCEIRO

Projeto de doutorado financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a todos os membros do grupo de ouvidores de vozes de Ribeirão Preto, sem eles não seria possível a execução deste trabalho;

Gostaria de agradecer especialmente ao Reginaldo, Leandro, Mizailda, Rubens, Marcelo, Juliana, Claudete, Ana Paula, Marcos Ching, Maria Madalena, Mike, Wesley, André, Edilma e Marlene, que me ensinaram tanto sobre ouvir vozes;

À minha família, à minha mãe que tem dedicado sua vida a seus filhos, aos meus irmãos e às minhas tias, Vera Sicaroni e Maria Soares Sicaroni;

Em especial, à minha tia, Cidinha Sicaroni, pelo apoio e por ser inspiração para a minha vida pessoal e acadêmica;

À minha orientadora, Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, pelo acolhimento no seu grupo de estudos, pela paciência, ensinamentos, carinho e dedicação em todos os momentos;

Ao Ricardo Capanelli, por todo amor, carinho, paciência e cuidado mesmo durante os dias mais difíceis;

Aos meus amigos, Vanessa Morato, Matheus Silveira, Liliane Cruz, Anderson Lima, Raquel Gonçalves e Geovana Fernandes que compreenderam minhas ausências durante a execução deste trabalho;

A toda equipe de pesquisadores da Universidade de Yale – Claire Bien, Graziela Reis, Mark Costa, Dr. Larry Davidson e Eve Gardien – por terem me acolhido afetuosamente mesmo à distância, por compartilhar tanto conhecimento e por todo trabalho construído em parceria;

Às professoras, Dra. Carla Guanaes-Lorenzi e Dra. Rosana M. Seabra Sade e ao professor Dr. Octávio Dumont de Serpa Jr. por estarem comigo no exame de qualificação, por todas as críticas e sugestões para este trabalho;

A todos membros do grupo *International Recovery and Citizenship* Collective (IRCC-Brasil);

A todos membros, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP;

Aos membros do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade – LePsis, pela disponibilidade, apoio e conhecimentos compartilhados;

À Emanoela e Cristiana, pelo apoio, carinho e risadas. Em especial, à Cristiana, querida amiga que levo para vida;

À Mina Sagutti, querida colega, por todos conhecimentos compartilhados e construídos em parceria;

A equipe do Centro de Atenção Psicossocial de Ribeirão Preto – SP – CAPS-III;

À professora Dra. Maria de Fátima Colares e Dra. Maria Beatriz Machado Bordin, pelo apoio e incentivo na minha vida acadêmica;

À Sirlene Pessalacia Barreto e toda a turma do Instituto Távola do município de Franca - SP pelos momentos de conhecimento compartilhados.

"The need is to meet the challenge of the disability and to reestablish a new and valued sense of integrity and purpose within and beyond the limits of the disability; the aspiration is to live, work, and love in a community in which one makes a significant contribution."

(Patricia Deegan, *Recovery: The lived experience of rehabilitation*, 1988)

RESUMO

Rufato, L. S. (2022). Contribuições do Suporte de Pares para o *Recovery* em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. (Tese de Doutorado). Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Grupos de ouvidores de vozes têm se tornado muito comuns em diversos países, inclusive no Brasil. Os grupos se estruturam enquanto prática de suporte de pares no sentido em que, uma pessoa com experiência vivida de audição de vozes e que atingiu mudança na própria condição oferece suporte para outras pessoas que estão passando pela mesma experiência. Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo analisar as contribuições da prática de um grupo de ouvidores de vozes em um serviço comunitário de saúde mental brasileiro. Para isso foi realizada uma pesquisa qualitativa com pessoas com experiências de audição de vozes e que participam de um grupo de ouvidores de vozes de um município do interior de São Paulo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 98206518.9.0000.5407) e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Foram áudio-gravados dez encontros do grupo de ouvidores de vozes que acontece dentro de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-III). Os encontros foram transcritos e conduzida a Análise Temática do *corpu*s de pesquisa. Os resultados obtidos neste trabalho foram organizados em três diferentes manuscritos. O Manuscrito I teve objetivo de analisar o suporte de pares realizado no grupo. Os resultados identificaram quatro intervenções realizadas pelo suporte de pares, sendo estas, a) o grupo construindo um espaço acolhedor em que as visões das pessoas são respeitadas e o sofrimento é acolhido; b) os participantes adotam uma postura de curiosidade a respeito das experiências e buscam entende-las melhor; c) é estabelecido vínculos de cuidado entre as pessoas que buscam ampliar suas redes de apoio; e finalmente, d) ao compartilhar histórias de sucesso para lidar com as vozes as pessoas instilam esperança de mudança sobre a própria condição. O Manuscrito II teve objetivo de descrever as estratégias de manejo das vozes utilizadas pelos participantes do grupo. Os resultados apresentam uma serie de estratégias organizadas em: a) estratégias utilizadas para evitar experiências angustiantes; b) estratégias de manejo das vozes; c) estratégias de busca de apoio social; d) estratégias de pertencimento na comunidade; e, e) estratégias relacionadas à espiritualidade e religiosidade. O Manuscrito III teve objetivo de compreender como o grupo identifica e articula redes de suporte social entre pessoas com a experiência de audição de vozes. Os resultados apontam que os participantes reconheciam a família e o grupo como redes de suporte social importantes em momentos desafiadores experiências. Reconhecem a necessidade de ampliar redes e contar com um número maior de pessoas em situações difíceis. Para isso, articulam outras redes de suporte identificando pessoas disponíveis para oferecer apoio e realizando convites para as pessoas participarem do grupo, pois acreditam que a presença dessas pessoas ajudaria na compreensão da experiência de audição de vozes. Os resultados deste trabalho sugerem que a prática de grupos de ouvidores de vozes nos serviços de saúde mental comunitários abre a possibilidade de protagonismo entre as pessoas com experiência vivida de sofrimento mental e que pode ser porta de entrada para os entendimentos de *recovery* em saúde mental no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Saúde Mental; *Recovery* em Saúde Mental; Suporte de Pares; Grupos de Ouvidores de Vozes; Serviços Comunitários de Saúde Mental.

ABSTRACT

Rufato, L. S. (2022). Contributions of Peer Support for Mental Health *Recovery*: Hearing Voices Group. (Tese de Doutorado). Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Hearing voices groups have become very common in several countries, including Brazil. The groups are structured as a peer support practice in the sense that, a person with a lived experience of hearing voices and who has reached a change in their own condition, offers support to other people who are going through the same experience. Thus, the present work aims to analyse the contributions to the practice of a hearing voices group in a Brazilian mental health community service. For this, a qualitative research was carried out with people with voice hearing experiences and who participated in a group of voice listeners from a municipality in the interior of São Paulo. The project was approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 98206518.9.0000.5407) and all the participants signed a free and informed consent term. Audio-recorded forum of the meetings of the group of voice listeners that takes place within a Center for Psychosocial Care (CAPS-III). We found foram transcribed and led to the Thematic Analysis of the research corpus. The results obtained in this work foram organized in three different manuscripts. The Manuscript I have the objective of analyzing or peer support performed in a group. The results identified four interventions carried out with the support of peers, these being, a) or a group building a sheltered space where the views of the people are respected and the suffering is sheltered; b) the participants adopt a posture of curiosity regarding the experiences and seek to understand them better; c) it has established bonds of care between people who seek to expand their support networks; and finally, d) to share stories of success to deal with the voices of people instilled hope of change on their own condition. The Manuscript II has the objective of uncovering the strategies for managing the voices used by the group's participants. The results present a series of strategies organized in: a) strategies used to avoid distressing experiences; b) voice management strategies; c) strategies to seek social support; d) strategies of community belonging; e, e) strategies related to spirituality and religiosity. The Manuscript III has the objective of understanding how the group identifies and articulates social support networks among people with the experience of hearing voices. The results suggest that the participants recognize the family and or group as important social support networks in challenging moments of experience. We recognize the need to expand networks and have a larger number of people in difficult situations. For this, we articulate other support networks identifying people available to offer support and holding invitations for the people who will participate in the group, to prove that the presence of these people would help in understanding the experience of hearing voices. The results of this work suggest that the practice of a hearing voices group in community mental health services opens up the possibility of protagonism among people with a lived experience of mental suffering and that it can be a gateway to understandings of *recovery* in mental health in the Brazilian context.
Keywords: Mental Health; Recovery; Peer Support; Hearing Voices Groups; Mental Health Community Services.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Construção dos códigos para Análise Temática dos dados 68

FIGURA 2 – Organização dos códigos e formação dos temas 69

FIGURA 3 - Suporte de pares oferecido em grupo de ouvidores de vozes..... 80

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - *Strategies for coping with distressing voices*..... 98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – Associação de Psiquiatria Americana

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-III - Centro de Atenção Psicossocial de nível 3

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10.ª revisão

COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição

DSM-III - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 3.ª edição

FFCLRP – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

INTERVOICE-USA – Movimento de Ouvidores de Vozes Norte Americano

LePsis – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade

MTST – Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

OMS- Organização Mundial de Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

PRÓLOGO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO 33

1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil 33

1.2 *Recovery* em Saúde Mental 38

1.3 Suporte de pares em Saúde Mental 45

1.4 Audição de Vozes 47

1.5 Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes 49

2. JUSTIFICATIVA 55

3. OBJETIVOS 57

3.1 Objetivo geral 57

3.2 Objetivos específicos 57

4. PERCURSO METODOLÓGICO 59

4.1 Delineamento do estudo 59

4.2 Posições ontológicas e epistemológicas: Realismo Crítico 60

4.2.1 Saúde e adoecimento: possibilidades para o Realismo Crítico 62

4.3 Caracterização do contexto de pesquisa 63

4..3.1 O Grupo de Ouvidores de Vozes de Ribeirão Preto - SP 64

4.4 Participantes 65

4.5 Composição do *corpus* de pesquisa 65

4.6 Coleta de dados 66

4.7 Análise de dados 66

4.9 Considerações éticas 69

5. RESULTADOS 71

5.1 Suporte de Pares em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes 73

5.2 *Strategies for the Management of Voices Shared in a Brazilian Hearing Voices Group* .. 93

5.3 Grupo de Ouvidores de Vozes: tecendo redes de suporte social em momentos desafiadores.....109

6. DISCUSSÃO.....127
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 133

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP, para realização da pesquisa.....149
ANEXO B –Comprovante de Submissão I.....151
ANEXO C – Comprovante de Submissão II 153
ANEXO D – Comprovante de Submissão III.....155

APÊNDICES
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes da pesquisa 157

PRÓLOGO

Iniciei minha vida acadêmica no ano de 2008 como aluna do curso de Psicologia do Centro Universitário de Franca – Uni-FACEF. No decorrer da graduação nos foram colocados estágios de cunho obrigatório e supervisionados pela faculdade e a possibilidade de realização de atividades extras, ou estágios extracurriculares. Nesse sentido, desde o primeiro ano da graduação passei a fazer estágio extracurricular na Secretaria de Saúde de Franca, sob supervisão da coordenadora da saúde mental da época, Sirlene Pessalacia Barretto. No decorrer desse estágio tive a oportunidade de conhecer vários serviços (Ambulatório de Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência, Secretaria Municipal de Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas – CAPS-ad de Franca). No entanto, foi no CAPS-ad de Franca aonde permaneci por mais tempo, quase dois anos da graduação. Lá tive a oportunidade de conhecer profundamente o funcionamento do serviço, o trabalho dos profissionais envolvidos e as pessoas atendidas. Dentre as atividades desenvolvidas durante esse período posso citar a participação em grupos terapêuticos e oficinas, participação em atividades psicoeducativas em grupo, participação no acolhimento e nas orientações das atividades conduzidas por esse serviço para pacientes novos, alimentação dos sistemas de informação, dentre outras. Além dessas atividades participei também das reuniões de equipe, as quais eram realizadas semanalmente, e conduzidas pela coordenadora da saúde mental. Nessas reuniões eu pude entrar em contato com diversos profissionais, compreender como eram conduzidos os atendimentos e a lógica por traz de cada encaminhamento e cada projeto terapêutico elaborado. Importante colocar que desde muito cedo tive interesse pela área de saúde. E acredito que isso se deva a influência da minha tia, Cidinha Sicaroni, que trabalhou muitos anos na área de saúde (na rede privada e no Sistema Único de Saúde-SUS). Foi ela que me incentivou a dar início aos estágios na Secretaria Municipal de Saúde de Franca desde o começo da graduação.

No ano de 2011 dei início a meu trabalho de iniciação científica apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e orientada pela professora Dra. Maria Beatriz Machado Bordin, com o seguinte título: "*Abuso de substâncias e doenças psíquicas: caracterização da população atendida em uma instituição pública no tratamento de dependentes químicos no interior de São Paulo"*. Nesse trabalho fizemos um levantamento de 1065 prontuários de pacientes do CAPS-ad para analisarmos quais eram as comorbidades mais

frequentes entre as pessoas que eram clientes do serviço, além de realizarmos uma caracterização da população e quais as substâncias mais utilizadas.

Após a conclusão da graduação passei a frequentar o grupo de estudos da professora Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, o LePsis - – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade em 2013, aonde fui acolhida com muito carinho, tanto pelos membros quanto pela professora. Em 2014, dei início ao mestrado na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. O trabalho intitulado "*Significados do uso de maconha por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia*", tinha objetivo de compreender quais os significados que pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia atribuíam ao uso de maconha. É importante colocar que este trabalho também foi conduzido junto com pessoas que eram clientes de um serviço público especializado no atendimento a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Durante o mestrado conheci pessoas incríveis e professores que me inspiraram a seguir a vida acadêmica. Ainda durante esse período, tive a oportunidade de participar e fazer parte da organização do evento "I Escola Franca e Franco Basaglia" realizado pela Universidade de São Paulo, pela Universidade Estadual Paulista e Departamento de Saúde Mental de Trieste - Itália. Nesse evento tive oportunidade de conhecer temas como *recovery* em saúde mental e o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes.

Em 2017, comecei a participar dos encontros do grupo de ouvidores de vozes de Ribeirão Preto semanalmente e em 2018 entrei no doutorado na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP, sob orientação da Profa. Dra Clarissa. Durante o período do doutorado realizei as disciplinas e participei de diversos eventos científicos com apresentação de trabalhos. Em 2018, o LePsis começou a trabalhar em parceria com a Universidade de Yale nos Estados Unidos. Tivemos a oportunidade de trabalhar com a equipe do professor Dr. Larry Davidson, os colegas Mark Costa, Claire Bien, Graziela Reis e Eve Gardien, que colaboraram muito para a construção deste trabalho.

Em março de 2020, o grupo de ouvidores de vozes teve que ser suspenso por causa da pandemia do COVID-19. Durante três meses os encontros ficaram parados, no entanto, no mês de julho retomamos os encontros por meio remoto através da plataforma GoogleMeet. Para que isso fosse possível, entramos em contato com a gerência do serviço na qual o grupo acontecia e foi disponibilizado o contato telefônico de algumas pessoas que participavam do grupo. Entramos em contato com as pessoas no sentido de realizar um levantamento dos recursos que elas possuíam para dar seguimento aos encontros de modo remoto. Perguntávamos se elas tinham acesso a celular ou computador, se tinham acesso à internet e, principalmente, se tinham interesse em participar do grupo de forma remota. Após verificar essas informações, tivemos

de falar com as pessoas novamente, para explicar como funcionaria o grupo. Fizemos um tutorial com os passos para instalação do aplicativo *GoogleMee*t para o celular. Aos que tinham mais dificuldade foram feitas ligações de áudio e vídeo para explicar os passos da instalação do aplicativo e como ele funcionava. No dia 16 de julho de 2020 fizemos o primeiro grupo de ouvidores de vozes de maneira remota, sendo que este ocorre até o presente momento.

Em 2021, publicamos o artigo "**Grupo de Ouvidores de Vozes: experiência inovadora realizada por suporte de pares**" na Revista Iberoamericana de Psicologia (volume 14, número 2) que tinha o objetivo de descrever o processo de implementação e o funcionamento do grupo de ouvidores. O artigo foi feito em parceria com Eduardo Augusto Leão, Claire Bien e Graziela Reis. Esse artigo fez parte de um número especial da revista intitulada *Advances in Mental Health Recovery: Practice and Research in Latin America and the World*.

Desde abril de 2021 tenho colaborado na co-orientação da aluna de Iniciação Científica Mina Sagutti, com o trabalho "**Manejo de demandas relacionadas ao suicídio em um grupo de suporte entre pares**". Neste trabalho realizamos a análise da forma que o grupo acolhe e maneja os relatos de tentativa de suicídio que aparecem nos encontros. No primeiro semestre de 2022 dei inicio ao estágio PAE na disciplina-estágio "Psicopatologia e Saúde Mental: Práticas Psicológicas no Contexto da Saúde Pública e da Reforma Psiquiátrica I" sob orientação da Profa. Dra. Clarissa. O estágio é realizado junto aos grupos de ouvidores (online e presencial). Foram realizadas supervisões práticas e teóricas junto aos alunos, com a discussão de textos e outros materiais que fornecem a base de evidência da prática de suporte de pares e do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes. Além disto acompanhei os estagiários nos encontros do grupo.

Outra parte importante desse trabalho envolve a elaboração do site de ouvidores de vozes. O site utiliza o domínio USP e foi construído através da ferramenta *Wordpress*, que é um sistema de gestão de conteúdo na internet. Percebemos que não tínhamos nenhum espaço na internet em português em que fossem publicados conteúdos sobre a experiências de audição de vozes em um formato mais acessível à população em geral. Até então, o que possuíamos, eram redes sociais sobre o Movimento ou de Grupos de Ouvidores de alguns lugares do país e artigos científicos publicados em periódicos e que tratavam sobre o tema. É importante ressaltar que esse site foi construído em parceria com os participantes do grupo de ouvidores de Ribeirão Preto que deram suas ideias e opiniões. Para isso, foram conduzidas reuniões com participantes do grupo para discutirmos sobre coisas que eles achavam relevantes para colocar no site e que pudessem auxiliar outras pessoas interessadas no assunto ou que estivessem passando pela

experiência. Colaboraram também com execução deste site as alunas Mina Sagutti e Lívia Magalhães. Ainda, foram utilizados os dados do presente trabalho no site como uma forma de levar para a comunidade os conhecimentos construídos nesse estudo. No site também estão algumas histórias e vivências pessoais de alguns membros do grupo.

Antes de finalizar, gostaria de dizer como foi emocionante ter voltado a participar do grupo de ouvidores de vozes presencialmente. Hoje são pessoas muito queridas e que me ajudaram muito a crescer como profissional e, principalmente, com ser humano.

Gostaria de dedicar este trabalho a todas as pessoas que eu conheci no grupo. Vocês me ensinaram muito sobre ouvir vozes e sobre a vida. Gostaria de agradecer todas as vezes que vocês compartilharam suas histórias comigo e também quando me ofereceram ouvido em momentos frágeis.

APRESENTAÇÃO

No Capítulo 1 deste trabalho, faço um breve histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil e suas aproximações com o Movimento de *Recovery*. Nesse capítulo ainda apresento os conceitos fundamentais de *Recovery* em Saúde Mental e da Prática de Suporte de Pares, a experiência de Audição de Vozes e o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes. Essa breve Introdução não pretende esgotar a complexidade teórica tratada em cada um desses momentos, mas oferecer ao leitor um *background* para a apresentação da coletânea de artigos oriundos deste.

No Capítulo 2 justifico a pertinência do presente trabalho e no Capítulo 3 apresento os objetivos deste. No Capítulo 4 apresento o Percurso Metodológico e apresento alguns referenciais a respeito do modo de compreender a ciência utilizando alguns conceitos da teoria realista crítica.

No Capítulo 5 são descritos os resultados por meio de três artigos: 1) Suporte de Pares dm Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes; 2) *Strategies for the Management of Voices Shared in a Brazilian Hearing Voices Group*; e 3) Grupo de Ouvidores de Vozes: Tecendo Redes de Suporte Social em Momentos Desafiadores. Por fim, no Capítulo 6, é feita uma breve Discussão dos resultados atingidos neste trabalho para que no Capítulo 7 sejam feitas algumas Considerações Finais.

A respeito das terminologias utilizadas neste trabalho e nos artigos que derivam deste estudo, foi necessário fazer algumas escolhas terminológicas no sentido de atender ao escopo dos periódicos nos quais estes artigos foram submetidos.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

As propostas de mudanças na assistência psiquiátrica encontram-se imersas no contexto de cada sociedade, datadas e compostas por jogos de interesses, relações entre saberes, poderes, práticas e subjetividades (Amarante, 1995). Segundo Amarante (1995), a história das reformas psiquiátricas ou dos movimentos antipsiquiatria que aconteciam em outros países podem ser organizados em três momentos. Primeiramente temos o surgimento da Psicoterapia Institucional, na França, e a experiência das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra. Em um segundo momento, o surgimento da Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos e em um último momento a Psiquiatria Democrática Italiana.

O período pós-guerra foi cenário de diferentes movimentos de reforma psiquiátrica no mundo. Amarante (1998) divide esses movimentos em dois períodos, o primeiro relativo às mudanças em âmbito asilar e o segundo período relativo às mudanças no modelo de cuidado. O primeiro período da Psicoterapia Institucional, na França, e a experiência das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra, marcou a sociedade na época por terem sido movimentos de abertura para uma série de novas propostas terapêuticas que buscavam reformular os cuidados oferecidos nas instituições asilares. A Psiquiatria Institucional, assim denominada por Daumezon e Koechlin em 1952, passou a questionar o papel das instituições asilares. Os asilos eram espaços extremamente precários e insalubres e muitas vezes responsáveis por piorar a situação das pessoas em sofrimento mental que recebiam tratamento. A Psiquiatria Institucional na França liderada por François Tosquelles, psiquiatra espanhol, passou a propor reformas nessas instituições que se estruturavam como lugares de exclusão e segregação. Tosquelles atuou no Hospital Saint-Alban e acreditava que espaços de abertura e construção de forma coletiva entre pacientes e técnicos poderiam melhor "tratar" as condições das pessoas. Outra experiência importante deste período foi a das Comunidades Terapêuticas, entre 1959 e início da década de 1960, na Inglaterra. A experiência das Comunidades Terapêuticas se configurava como uma série de propostas de reformas institucionais restritas aos hospitais psiquiátricos. A partir desse momento há um movimento de mudanças institucionais dentro dos hospitais que propunham transformações nas medidas administrativas, participativas e coletivas das instituições. Maxwell Jones tornou-se o responsável pelo envolvimento do sujeito cuidado na própria terapêutica. As pessoas passaram a integrar os espaços asilares ao participarem de atividades como reuniões, assembleias, grupos de atividades e grupos operativos. A prática

grupal facilitaria a ressocialização dos pacientes que têm a oportunidade de exporem seus problemas e buscarem soluções em grupo (Amarante, 1998).

No segundo período, a Psiquiatria de Setor, também na França nos anos de 1960, surgiu como uma crítica ao modelo asilar. Esse movimento compreendia que a pessoa em sofrimento mental deveria receber cuidados no meio social em que vive, sendo o hospital psiquiátrico um auxílio em situações mais críticas. Essa política de um ideal em saúde mental dividiu aos poucos os territórios, enquanto estratégia de cuidado, e passou a levar o profissional para a comunidade, deslocando responsabilidades. Disciplinas não médicas passaram a integrar as compreensões a respeito do adoecimento mental e suas práticas. A captura de novos conceitos passou a construir a visão de indivíduo enquanto ser biopsicossocial. A Psiquiatria Preventiva nasceu nos Estados Unidos e destacou a importância de intervenções precoces com o sentido de evitar o desenvolvimento de casos que necessitavam da intervenção do hospital psiquiátrico. A preocupação não estava somente na prevenção do surgimento das doenças mentais, mas também na promoção de saúde mental. O foco deixou de ser a doença mental para se tornar saúde mental (Amarante, 1998).

Os movimentos de antipsiquiatria surgiram na Europa a partir da década de 1960, principalmente devido a atuação de outros movimentos, por exemplo, movimentos de contracultura como feminismo, movimento hippie, psicodelismo, dentre outros. Em relação aos movimentos antipsiquiatria, estes criticavam o modelo psiquiátrico principalmente frente a inaptidão no cuidado da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia buscando romper com um modelo puramente assistencial (Amarante, 1998).

De acordo com Rotelli et al. (1990) o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana propôs a extinção progressiva dos manicômios, com a progressiva substituição destes por serviços comunitários. O cuidado na comunidade buscava romper com um paradigma puramente biomédico, em que era estabelecido uma relação linear de causa-efeito na concepção e tratamento das doenças mentais. Neste contexto, houve a necessidade de negar a instituição psiquiátrica e inventar outro modo de assistir a pessoa em sofrimento mental. Franco Basaglia, grande nome da reforma antimanicomial italiana, sempre lutou por uma política de substituição de longas internações em hospitais psiquiátricos pelos cuidados prestados dentro da própria comunidade. Em 1968 passaram a ser construídos diversos centros de atendimento distrital em Trieste na Itália, consequentemente causando um esvaziamento dos hospitais psiquiátricos. Entre os anos 1971 a 1977 houve uma redução de dois terços dos leitos hospitalares em Trieste (Gattaz, 1999). Segundo Basaglia (1985), a violência e exclusão sempre foram a base das relações em diversos tipos de instituições, principalmente nas instituições manicomiais. Essas

instituições separavam os que não têm poder daqueles que o possui, os que detêm o saber e daqueles que são objetos do saber ou "objeto de violência". A ciência reafirma a posição do sujeito doente enquanto alguém que se desvia de uma norma, ou seja, alguém marcado por sua diferença com os demais indivíduos (Amarante, 2007).

O movimento italiano provocou grande influência sobre a saúde mental brasileira, que passou a questionar os saberes e as práticas relacionadas à saúde mental. O modelo de desinstitucionalização de Trieste foi base para a construção prático-teórica de muitos movimentos profissionais do campo da saúde mental no Brasil. Embora os movimentos de antipsiquiatria já estivessem acontecendo em toda Europa e Estados Unidos, no Brasil as concepções sobre os tratamentos nos hospitais psiquiátricos se mantinham. Pessoas que receberam diagnóstico de transtornos mentais foram encarcerados nos porões das Santas Casas de Misericórdia, onde eram vítimas de medidas punitivas e maus tratos. Muitos profissionais continuavam defendendo o hospital psiquiátrico como instrumento terapêutico (Kantorski, 2001; Amarante 2007).

Segundo Amarante (2007), o tratamento psiquiátrico no Brasil era restrito ao modelo hospitalocêntrico, marcado pela ineficácia dos tratamentos e a violação dos direitos humanos. No final dos anos 70, muitos debates sobre a loucura e os efeitos da instituição asilar começaram a borbulhar, e a questão da violência institucional e da segregação dos internos tornou-se pauta principal das discussões dos profissionais de saúde e grupos de familiares de internos. O modelo até então utilizado, com vistas a isolar e internar, mostrava sinais de falência. Em 1978 nasceu o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) como um espaço de luta por transformações tanto na assistência psiquiátrica da época, quanto nas condições de trabalho das pessoas. Em 1979 foi realizado o I Congresso Nacional do MTSM que colocou em pauta o fortalecimento e organização das classes trabalhadores da saúde mental e passou questionar o modelo asilar dos hospitais psiquiátricos (Amarante, 1995). Em 1987 foi realizado o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru (interior de São Paulo) que incorporou a luta "por uma sociedade sem manicômios". No mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Nesse período começaram a surgir alguns Núcleos de Atenção Psicossocial, principalmente após intervenção em um hospital psiquiátrico localizado em Santos-SP, palco de violação de direitos e maus-tratos as pessoas com transtornos mentais. Em 1989, o projeto de lei do deputado Paulo Delgado foi apresentado ao Congresso Nacional, e propôs um novo modelo de tratamento na assistência psiquiátrica. No entanto, foi somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país (Amarante, 2007).

Sabemos que o advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo à reforma sanitária, que preconizava a mudança nos modelos de assistência e gestão das práticas de saúde em defesa da saúde coletiva e da equidade dos serviços oferecidos. A experiência italiana de desinstitucionalização e sua crítica radical ao manicômio, foi inspiradora e revelou a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. O movimento de Reforma Psiquiátrica é um dos mais importantes movimentos sociais no país, que coloca em pauta a inclusão e cidadania das pessoas com experiências de sofrimento mental. É um movimento que conta com a presença de diversos atores sociais: pessoas com experiência vivida de sofrimento mental, usuários dos serviços, familiares, profissionais da saúde, ativistas, entre outros (Amarante & Olivira, 2004).

A Reforma Psiquiátrica trouxe uma nova perspectiva de tratamento baseada na valorização do ser humano e no entendimento de que o transtorno mental também é um problema social. Junto à mudança de paradigmas, fez-se necessária a construção de novas formas de assistência psicossocial. O modelo psicossocial, que foi base para a criação de novas práticas, considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes. Seus meios básicos de atuação contam com as psicoterapias, laborterapias, socioterapias, além de um amplo conjunto de dispositivos que visam a reintegração do sujeito em seu meio. O sujeito é participante de seu tratamento, assim como família e grupo social. No modo psicossocial dá-se ênfase à reinserção social do indivíduo. Dentre os dispositivos institucionais do modelo psicossocial podemos citar: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais-Dia, equipes multiprofissionais inseridas nos Centros de Saúde e Setores de Tratamento em saúde mentais de outras instituições de saúde (Amarante, 2007).

Os paradigmas da reforma psiquiátrica são sustentados por conferências, documentos e portarias, que versavam sobre os serviços substitutivos progressivos do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção integral (CAPS, Hospitais-Dia, Ambulatórios, etc). Foi um trabalho árduo que enfrentou grandes interesses lucrativos do setor privado e mudanças culturais acerca da tolerância frente às diferenças do ser humano, em suas diversas dimensões (Brasil, 2005). Apesar dos avanços no sentido de substituição do modelo hospitalocêntrico pelas redes de assistência psicossocial, os desafios são evidentes. Uma das principais ações preconizadas pela Reforma Antimanicomial foi a eliminação dos leitos psiquiátricos e sua substituição pelos CAPS e por outros dispositivos institucionais preconizados pelo modo psicossocial. No entanto, é importante considerar que isso demanda um investimento financeiro enorme, além da manutenção desses serviços e da educação profissional para práticas mais efetivas e condizentes

ao novo modelo de atenção. Esse processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passou a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganhou grande impulso em 2002, com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos. Sendo assim, a desinstitucionalização consistiu em um processo de desconstrução de práticas manicomiais e construção de novos saberes, os quais sejam capazes de privilegiar a subjetividade e autonomia do indivíduo, bem como o livre exercício de sua cidadania (Brasil, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como um dispositivo de valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica. Esses serviços passaram a oferecer a possibilidade de um atendimento substitutivo ao hospital psiquiátrico no Brasil. No documento "*Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil"* (Brasil, 2005), são descritos os perfis populacionais que atendem os critérios para planejamento da rede de assistência à saúde mental em cada município do país. O critério populacional deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde, pois é a gestão local, articulada com as outras instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que terá as condições mais adequadas para definir as demandas de saúde mental do município. É função do serviço, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais além de dar suporte à rede de saúde mental. O CAPS visa à promoção da autonomia dos indivíduos, convidando-os à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento (Brasil, 2005). Em 23 de dezembro de 2011 é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria nº 3.088. Um dos componentes da RAPS na assistência às pessoas com transtornos mentais é a reabilitação psicossocial. A reabilitação psicossocial tem como fundamento a maior adaptação da pessoa com transtorno mental à sociedade e a redução de barreiras para inserção social (Brasil, 2011). Reabilitação psicossocial, segundo Pitta (2006), é um processo pelo qual, pessoas que sofreram alguma restrição de direitos, buscam reestruturação da própria autonomia e cidadania. Diversos autores discutem ainda o conceito de reabilitação psicossocial. Hirdes (2001) coloca que reabilitação psicossocial envolve uma busca pela redução de estigmas e preconceitos de forma que se promova inclusão social de pessoas com transtornos mentais, além da redução da sintomatologia psiquiátrica e busca por maior apoio familiar e inclusão pelo trabalho. No entanto, esses conceitos ainda se aproximam de um olhar voltado ao déficit e à incapacidade.

Amarante (1998) discorre sobre a necessidade de superação de um modelo institucional com o objetivo de criar novas práticas que tem na comunidade e nas relações que ela estabelece

com o doente mental, matéria-prima para a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade produzido pelo imaginário social. É necessário que se desconstruam as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização de si, assim como é preciso desconstruir um discurso/prática que se fundamenta na separação e diferenciação entre o que trata e o que é tratado. Nesta mesma época, em países da Europa e Estados Unidos, vinha crescendo um movimento denominado *recovery*, liderado por pessoas com experiências vividas de sofrimento mental que reivindicavam seus direitos como cidadãos (Costa, 2017).

1.2. Recovery em Saúde Mental

No Brasil, ainda não há um consenso a respeito da tradução do termo *recovery*. Alguns estudos usam o termo em inglês (*recovery*), embora, alguns autores, numa tentativa de tradução, utilizam terminologia superação, reestabelecimento ou recuperação (Villares, 2015). Nesse sentido, compreendemos que utilizar termos traduzidos podem ser entendidos em outros contextos, por isso, nesse trabalho utiliza-se o termo *recovery*, em inglês.

O conceito de *recovery* em saúde mental foi introduzido na década de 70 pelo movimento de pessoas que haviam recebido algum diagnóstico de transtorno mental na Europa. Esse movimento faz um paralelo, especificamente com movimento de pessoas com desabilidades físicas chamado "*Independent Living Movement*", que utilizou o termo pela primeira vez ao se referir a possibilidade de retomada da vida apesar de uma condição debilitante de base (Davidson, et al., 2005). No entanto, as compreensões que passaram a estruturar o paradigma de *recovery* foram se solidificando, sobretudo, a partir de pesquisas realizadas com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia na Europa. Esses trabalhos além de contribuírem na estruturação de um novo paradigma em saúde mental também passaram a orientar novas práticas de cuidado. É importante ressaltar que, nesse contexto específico, usuários de serviços de saúde mental foram protagonistas rumo à construção de um novo olhar sobre os cuidados em saúde mental (Shepherd, Boardman & Slade, 2007). Nesse mesmo período em diversos países os movimentos antipsiquiatria e de reforma psiquiátrica estavam acontecendo, ganhando força e estruturando novos entendimentos e práticas que atendessem melhor essa população (Antony, 1993).

Segundo Davidson, Roe e Tondora (2020), a possibilidade de uma pessoa que recebeu um diagnóstico de transtorno mental atingir alguma mudança na própria condição remota a

épocas mais antigas. Segundo os autores, pessoas mesmo com as formas mais severas de transtornos mentais são seres humanos e merecem toda dignidade e respeito. Em uma revisão conduzida por Davidson e McGlashan (1997) os autores encontraram que em um contexto associado a melhora de sintomas e melhora nos déficits cognitivos de um transtorno mental considerado grave, aproximadamente um quarto das pessoas diagnosticadas alcançarão esse tipo de mudança na própria condição. No entanto, o uso do termo *recovery* que utilizamos neste estudo, parte do entendimento que não é necessária a remissão dos sintomas de um transtorno e nem o retorno ao estágio anterior de funcionamento de um indivíduo, para estar em *recovery*. Ao contrário, compreende a vivência de um diagnóstico de transtorno mental como um aspecto de um todo de um indivíduo (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless & Evans, 2005).

Nesse ponto, é importante esclarecer alguns entendimentos que circunscrevem o conceito de *recovery* em saúde mental. Segundo Slade (2010), o termo *recovery* possui dois distintos conceitos, um em que *recovery* é referente a uma recuperação clínica, *clinical recovery*, com cunho operacional, empírico e medido em termos epidemiológicos (remissão de sintomas, viver sem exigência de supervisão, voltar ao trabalho ou escola) e outro, o *personal recovery*, tido como mais subjetivo e pessoal associado às experiências e a um processo individual de atribuição de significados, valores e emoções a respeito de uma vivência de sofrimento mental. *Personal recovery* e *clinical recovery* são, portanto, dois conceitos diferentes. *Personal recovery* é comumente entendido como um processo, algo vivenciado pelo indivíduo em um nível subjetivo que não envolve a redução de sintomas ou melhora do quadro clínico, como descrito pela perspectiva clínica. *Personal recovery* diz respeito à criação de novos significados sobre os fenômenos e do estabelecimento de novos propósitos para a vida de cada pessoa (Slade, 2010). *Recovery*, dessa forma, é um conceito que pode ser descrito de duas diferentes maneiras. A primeira maneira entendida em termos de *outcomes* e a segunda entendida como processo. *Recovery* em termos de *outcomes* refere-se ao alívio de sintomas, a possibilidade de reabilitação psicossocial e independência na realização de atividades. *Recovery* entendido como processo, trata da importância do bem-estar biopsicossocial, da importância de se ter esperança em relação ao futuro e do empoderamento de cada indivíduo. Historicamente o entendimento de *recovery* como *outcomes* é reforçado nos manuais diagnóstico como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (Corrigan, 2006).

Em uma revisão conduzida por Jose et al. (2015) os autores mostram que em muitos estudos, pessoas com experiência de sofrimento mental, compreendem *recovery* enquanto um processo com diversas etapas, mas que aos poucos conduziria uma pessoa ao retorno a um

estágio de qualidade de vida pré-morbidade, ou seja, voltar a ter uma vida significativa, ser produtivo novamente, reestabelecer conexões sociais e ser aceito dentro da própria comunidade. Muitos participantes desses estudos, embora demonstrem preocupação com a remissão dos sintomas e com o uso de medicação, colocam *recovery* enquanto busca para retomar a vida e poder agir, pensar e sentir adequadamente frente a uma determinada situação. Os autores colocam ainda que a partir dessa revisão compreender que *recovery* é entendido tanto em termos de processo quanto em *outcomes*. *Recovery* foi considerado um processo de longo prazo com eventuais empasses, com diferentes fases e que envolvem diversos pilares da vida de um indivíduo (pessoal, familiar, social, ocupacional, etc). Acrescenta-se ainda que muitas pessoas sentem que só atingiriam um estado mais avançado na própria vivencia de *recovery* com a eliminação dos sintomas e sem a necessidade do uso da medicação.

Nos cuidados em saúde mental, a prática orientada ao *recovery*, envolve a pessoa, muitas vezes apenas descrita como doente mental, como alguém que pode ter controle crescente sobre sua experiência e reivindique a responsabilidade pela própria vida. Além disso, independentemente do desaparecimento dos sintomas, ela pode assumir uma vida cheia de sentidos e significados dentro da sua comunidade de escolha. Faz-se importante a compreensão de que os cuidados devem ser orientados para o empoderamento e resgate da autonomia, permitindo que a pessoa tenha a vida que ela deseja ter (Davidson et al., 2005). Segundo Deegan (1988) estar em *recovery* envolve uma série de pequenos começos e pequenos finais que, muitas vezes, são difíceis de descrever com a linguagem psiquiátrica tradicional. O processo de *recovery*, é único para cada indivíduo que vai dizer o que funciona para ele e o que não funciona. No entanto não é algo que acontece isoladamente. Existe uma rede que está fazendo parte desse processo para cada um. É importante que todas as pessoas envolvidas no processo de *recovery* criem ambientes nos quais existam oportunidades para o *recovery* e empoderamento. É preciso estabelecer relacionamentos fortes e de apoio e lutar e se indignar com a desumanização do cuidado (Deegan, 1996). Para Davidson et al. (2016) os processos de *recovery* são guiados pela própria pessoa, no entanto, é um processo holístico e que envolve uma série de fatores. É um processo guiado também pela cultura que se apoia em bases sociais e comunitárias de reivindicação dos direitos civis das pessoas diagnosticadas com um transtorno mental.

Recovery, nesse sentido, pode ser entendido enquanto uma construção visionária de um novo modelo para o cuidado em saúde mental (Corrigan, 2006). Anthony (1993) coloca que conceituar *recovery* pode ser algo bem difícil, pois abrange muito mais do que apenas a melhora de um quadro clínico, envolve a quebra de estigmas e preconceitos, a possibilidade de devolver a uma pessoa a crença na capacidade de fazer suas próprias escolhas e resgatar seus sonhos.

Alguns estudiosos na área de *recovery* colocam que embora este seja descrito como um processo pessoal é importante compreender as complexas relações sociais e os contextos em que os processos de *recovery* estão inseridos.

Os processos de *relational recovery* são entendidos como trajetórias relacionais ou caminhos transformadores que envolvam as relações das pessoas (Mudry, Nepustil & Ness, 2018). Segundo Price-Robertson, Obradovic e Morgan (2016) esse modelo culturalmente sensível reconhece que as pessoas existem dentro de uma rede de relações, ou seja, as relações são centrais nos processos de *recovery* em saúde mental. Em um trabalho conduzido por Schön, Denhov e Topor (2009), que investigou os processos de *recovery* através de narrativas pessoais de pessoas com transtornos psiquiátricos, foram levantados alguns fatores descritos como essenciais para o *recovery*. A categoria central levantada "*Recovery* através de um processo social" enfatizava s relações sociais como decisivas no processo. Os autores colocam ainda que devemos considerar que um processo de *recovery* de um indivíduo ocorre dentro de um contexto social, ou seja, são através das relações sociais que o indivíduo é capaz de se redefinir como pessoa, como alguém para além do diagnóstico psiquiátrico.

Segundo Amering e Schmolke (2009) para compreender-se *recovery* é necessário se afastar de um modelo de déficit, que ainda orienta muitas práticas em saúde mental, e aproximarmo-nos de práticas que orientem a capacitação, resiliência e esperança e que formulem implicações transformadoras para a sociedade, para a saúde e para a política de saúde mental. Como tal, uma orientação de *recovery* emergiu como uma característica fundamental da reforma contemporânea para os serviços de saúde mental principalmente na Europa. Slade, Adams e O´Hagan (2012) destacam que existe uma dificuldade grande entre os dispositivos de cuidados em saúde mental em se afastar dos modelos tradicionais de práticas em saúde mental e aproximar-se das práticas orientadas ao *recovery*. Para os autores, o grande desafio é entender as profundas implicações dessa mudança de paradigma e apoiar os esforços de mudança. É preciso, no entanto, compreender que uma vez que a prática é aprendida em termos técnicos, outras questões emergem, como a dificuldade de se estabelecer mudanças em um contexto cultural e político que vá contrariamente aos preceitos que envolvam o paradigma do *recovery*. Nesse sentido, a literatura internacional delineia uma série de práticas que orientam a prática do *recovery* em saúde mental. No repositório online da Universidade de Melbourne, o *Recovery Library*, são disponibilizados documentos que substanciam a prática tanto a nível individual quanto institucional.

Nesse repositório encontra-se um documento chamado *Framework for recovery-oriented practice.* Este material foi publicado pelo *Department of Health, Melbourne, Victoria*

(2011) e apresenta de maneira prática conceitos e ações orientadas para o *recovery* e postula ainda alguns domínios que refletem os principais campos dessa prática. Esses domínios foram estruturados a partir de resultados de revisões de literatura e comitês consultivos para cristalizar a orientação para a força de trabalho especializada em saúde mental. Essa prática é planejada para uso tanto no nível individual quanto no nível grupal, além de incluir todas as práticas profissionais e não profissionais acrescidas da força de trabalho dos pares, médicos, trabalhadores, gerentes de serviços, facilitadores, entre outros. Os domínios incluem: promoção de uma cultura de esperança; promoção da autonomia e autodeterminação; inclusão de parcerias colaborativas e engajamento significativo; concentração para os pontos fortes; cuidado holístico e personalizado de cada pessoa; participação da família, cuidadores, pessoas de apoio e outras pessoas importantes no processo; participação comunitária e promoção de cidadania; promoção da capacidade de resposta à diversidade; promoção da reflexão e aprendizado. Dentro de cada domínio, existem quatro seções. A primeira seção apresenta os princípios fundamentais que devem reger todas as práticas, decisões e interações na prestação de cuidados de saúde mental dentro do domínio destacado; na segunda seção são colocadas as capacidades-chave necessárias para implementação desses princípios fundamentais, incluindo os comportamentos, atitudes, habilidades e conhecimentos. Na terceira seção são citados exemplos de boas práticas e por fim, na quarta seção, são descritos bons exemplos de liderança, dirigidos a profissionais, que descrevem atividades e administração de uma organização orientada para o *recovery*. Ainda nesse documento estão elencadas as práticas em nível da instituição de saúde mental para a promoção do *recovery*. Alguns componentes importantes para prática envolvem: compromisso da instituição para facilitar uma reorientação para uma abordagem de *recovery*; incorporação dos princípios, valores e linguagem que estruturam o paradigma de *recovery*; força de trabalho de apoio de pares, ou seja, um maior envolvimento de pessoas com experiência vivida; estabelecimento de parcerias significativas; intervenções baseadas em evidências que ajudem a alcançar os melhores resultados para a saúde mental e bem-estar; entre outras.

Tew et al. (2012) conduziram uma revisão de literatura mais aprofundada em aspectos conceituais que explora em detalhes três áreas centrais para a promoção de *recovery* em saúde mental. As áreas centrais dessa revisão incluíram a capacitação e controle sobre a vida; conexão (incluindo relações interpessoais e inclusão social); e reconstrução de identidades positivas (geralmente dentro do contexto de estigma e discriminação). A partir da análise dos dados obtidos, os autores colocam que fica mais claro a importância da inclusão de fatores sociais específicos, que começam a definir uma agenda mais ampla e proativa para o trabalho social em saúde mental - com ênfase não apenas no trabalho com indivíduos, mas também no

envolvimento com as famílias e com as comunidades. A estrutura de evidência que emerge desta revisão começa a definir uma agenda mais clara sobre a forma em que os insumos sociais podem fazer uma grande diferença na viabilização do *recovery*, com ênfase no empoderamento, nos relacionamentos e na inclusão social (Tew, et al., 2012).

Com objetivo de analisar o processo de *recovery* por meio de narrativas pessoais de indivíduos diagnosticados doença mental grave na Suécia, Schön, Denhov e Topor (2009) conduziram um estudo para determinar quais os principais fatores mencionados pelos próprios entrevistados como propícios aos seus processos de *recovery*. Segundo os autores, evidenciou-se que o processo de *recovery* acontece enquanto um processo social, que coloca como decisivas as relações sociais que a pessoa estabelece. Eles colocam ainda que intervenções sociais foram descritas enquanto importantes ferramentas para a reconstrução de uma rede de apoio mais fortalecida. Para além das relações sociais como centrais para a superação de pessoas com transtornos mentais, Doroud, Fossey e Fortune (2018) colocam que o contexto também atua prioritariamente. É importante que essas pessoas, para o sucesso de seu processo de *recovery*, tenham a possibilidade de acesso à moradia bem localizada, recursos materiais e financeiros mínimos, acesso a ambientes naturais e serviços orientados ao *recovery* e recursos sociais apoiados, no sentido em que essas pessoas possam traçar metas e desenvolver um senso de pertencimento, autonomia e determinação. Locais que oferecem segurança e espaço privado podem ainda incentivar a reflexão e a reintegração de um indivíduo com um senso de ser no mundo.

Ressalta-se que o paradigma de *recovery* orienta muitos serviços de saúde mental em países como Portugal, Reino Unido, Austrália e Canadá. Esses serviços se baseiam em modelos comunitários de intervenção, buscando a integração de diversos espaços da comunidade no suporte às pessoas com transtornos mentais (Anastácio & Furtado, 2012).

Os entendimentos sobre *recovery* foram ganhando cada vez mais espaço, práticas orientadas ao *recovery* foram se tornando cada vez mais fortes e passaram a incorporar diretivas de políticas públicas de saúde mental da Associação Americana de Psiquiatria e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 2005 a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2005) publica sua posição em relação ao entendimento sobre *recovery*.

> *"The American Psychiatric Association endorses and strongly affirms the application of the concept of recovery to the comprehensive care of chronically and persistently mentally ill adults. This concept emphasizes a person's capacity to have hope and lead a meaningful life. [and includes] maximization of 1) each patient's autonomy based on*

that patient's desires and capabilities, 2) patient's dignity and self-respect, 3) patient's acceptance and integration into full community life, and 4) resumption of normal development. The concept of recovery focuses on increasing the patient's ability to successfully cope with life's challenges, and to successfully manage their symptoms"(APA,2005).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2013) o aprimoramento de programas de *recovery* foi parte do objetivo geral do Plano de Ação Integral da OMS para 2013-2020. No entanto, segundo a OMS, para isso é necessário que se fortaleça a área de pesquisa em saúde mental. Com relação ao fortalecimento da pesquisa em saúde mental, enfatiza-se principalmente a participação de diversas instituições internacionais além de seu envolvimento e contextualização sociocultural (WHO, 2013).

"The vision of the action plan is a world in which mental health is valued, promoted and protected, mental disorders are prevented and persons affected by these disorders are able to exercise the full range of human rights and to access high quality, culturally-appropriate health and social care in a timely way to promote recovery, in order to attain the highest possible level of health and participate fully in society and at work, free from stigmatization and discrimination. Its overall goal is to promote mental well-being, prevent mental disorders, provide care, enhance recovery, promote human rights and reduce the mortality, morbidity and disability for persons with mental disorders" (WHO,2013).

Como orientador de políticas públicas de saúde mental, muitos serviços de saúde se organizaram no sentido de rever suas práticas. Implementar práticas orientadas ao *recovery* em saúde mental devem ser construídas de forma colaborativa e igualitária entre pessoas que oferecem e as que recebem o cuidado. Tais práticas devem ser centradas na pessoa e ter como foco a esperança e o resgate da autonomia ajudando os indivíduos a viver uma vida significativa. Tais práticas entram em contraste com algumas já enraizadas e que estabelecem metas clinicas ditadas por profissionais e exigem uma transformação dos serviços e dos paradigmas em saúde mental (Slade, et al., 2014).

Recovery encontra em suas raízes nos direitos humanos como orientador desse novo paradigma em saúde mental. A cidadania se destaca como um dos principais modelos do mundo para mudar os cuidados de saúde mental de ambientes psiquiátricos artificiais para ambientes

comunitários (Reis, et al., 2022). Para Rowe e Davidson (2020) os entendimentos sobre cidadania ganharam força no campo da saúde mental na última década, mas ainda é relativamente novo. Para os autores, a definição de cidadania envolve uma forte conexão das pessoas com o que eles chamam de 5 Rs (rights, responsibilities, roles, resources and relationships) direitos, responsabilidades, papéis, recursos e relacionamentos que a comunidade coloca à disposição dos seus membros através das instituições e políticas públicas. De acordo com Rowe (2015) a cidadania deve ser um conjunto de valores e suposições compartilhados e praticados por todos. O cuidado voltado a cidadania é marco de inclusão social e comunitária de pessoas com diagnostico de transtorno mental e que passa a ocupar diferentes papéis dentro da comunidade. Um modelo voltado a cidadania também pressupõe políticas públicas voltadas para áreas como habitação, apoio a renda e emprego, integração dos cuidados com a saúde, dentre outros. Segundo Reis et al. (2022) embora tenhamos usado o conceito de *recovery* clínico para ilustrar e comparar com os entendimentos de *recovery* como um processo pessoal, é importante ter claro que uma pessoa não precisa esperar uma melhora no quadro clínico para poder exercer seus direitos como cidadão. A cidadania é um marco para a inclusão social e plena participação de pessoas com transtornos mentais na sociedade.

1.3 Suporte de Pares na Saúde Mental

De acordo com Mead, Hilton e Curtis (2001) o apoio de pares se estrutura enquanto uma prática de dar e receber ajuda baseada sempre no respeito, responsabilidade e acordo mútuo, compreendendo de forma respeitosa e empática a dor do outro através de uma experiência compartilhada de sofrimento. Essa prática ultrapassa modelos psiquiátricos e critérios diagnósticos. As pessoas constroem relacionamentos de confiança no sentido em que se sentem conectadas pelas vivências compartilhadas. No suporte ou apoio a pessoa usa a própria experiência de sofrimento mental para apoiar outras que estão passando por situações semelhantes ou em crise. No entanto, é importante colocar que existe uma ênfase na reciprocidade das relações que são estabelecidas entre as pessoas (Davidson, et al., 1999).

O suporte de pares em psiquiatria tem suas raízes no movimento de consumidores de saúde mental da década de 1970, em que indivíduos vivendo com transtornos mentais faziam campanha pelos direitos humanos básicos, reforma dos cuidados de saúde mental e o direito de fazer suas próprias escolhas de cuidados de saúde (Davidson, 2005).

Segundo Startford et al. (2017) os pares utilizam a própria experiência, junto com treinamento e supervisão, para apoiar e orientar jornadas de *recovery* de outras pessoas no

resgate da autonomia, de viver vidas significativas e gratificantes dentro da comunidade. Segundo os autores, o suporte tem como base os direitos humanos e civis das pessoas. O propósito é capacitar as pessoas em sofrimento mental e que tenham recebido algum diagnóstico de transtorno mental a se verem como agentes centrais no próprio processo de *recovery*. O apoio é sempre oferecido de maneira respeitosa visando promover a dignidade e a inclusão social das pessoas. Suporte de pares se movimenta em direção a autonomia das pessoas e sensação de pertencimento e senso de comunidade. Não se baseia em um modelo de déficits. O suporte se direciona no sentido de explorar mudanças pessoais e relacionais (Mead, Hilton & Curtis, 2001). No suporte de pares além de promover esperança também oferece um modelo de cuidado tangível de mudança sobre a própria condição (Schmutte et al., 2021).

Solomon (2004) coloca que o suporte pode ser feito de diversas formas como grupos de suporte de pares e parcerias entre pares e trabalhadores pares contratados para prestar assistência nos serviços. A contratação de pessoas que receberam um diagnóstico de transtorno mental e atingiram determinado nível de *recovery* começou na década de 1990, consequência dos movimentos de usuários/sobreviventes da saúde mental de 1980 (Schmutte et al., 2021). Grupos de suporte de pares podem colaborar para a redução do isolamento das pessoas em sofrimento mental e ajudar na jornada de *recovery* destas. Nesses espaços as pessoas são encorajadas a falarem livremente sobre suas emoções e pensamentos em um ambiente de aprendizagem entre os pares e livre de julgamentos (Castelain, et al., 2015). O apoio realizado pelos pares pode ser emocional (oferecendo esperança e segurança), informativo (oferecendo orientação) e instrumental (na disponibilização de bens e serviços). A possibilidade do trabalho por pares pode colaborar ainda para o aumento da assistência, mais lugares em que uma pessoa em uma situação desafiadora poderá recorrer para obter apoio e assistência (Solomon, 2004).

Segundo Davidson et al. (1999), o suporte de pares pode acontecer de três formas: 1) grupos de suporte mútuo acontecendo naturalmente entre as pessoas; 2) em serviços administrados por pares, e; 3) pares sendo inseridos para dar suporte a outras pessoas em ambientes clínicos. Grupos de suporte mútuo se caracterizam como um processo pelo qual pessoas se reúnem voluntariamente para ajudar umas às outras a resolver problemas comuns ou preocupações compartilhadas. Participar desses grupos reflete um esforço intencional em encontrar um nicho social no qual existam recursos e estruturas disponíveis para aumentar a capacidade das pessoas para lidar com tais preocupações. São exemplos dessa prática os grupos de alcoolicos anônimos (AA) ou narcóticos anônimos (NA). Os serviços administrados por pares são centros ou programas independentes de atendimento às pessoas que buscam suporte, cursos vocacionais, grupos de auto-ajuda, dentre outros. São alternativas ao sistema formal de

saúde mental, possuem uma infra-estrutura mais formalizada e um programa dirigido por pessoas com experiências de saúde mental com atividades mais estruturadas. Finalmente, a contratação de pessoas com experiência vivida para cargos de equipe em ambientes clínicos e de reabilitação convencionais pode fornecer uma maneira mais conveniente de suporte. A inserção dos pares nesses espaços tem potencial para promover esperança, possibilidade de informação e enfrentamento de situações desafiadoras, além da facilitação na resolução de problemas em um ambiente de apoio, aceitação e empatia.

Schmutte, Guy, Davidson e Bellamy (2020) colocam que os possíveis obstáculos para a implementação de programas de suporte de pares dentro dos serviços de saúde não estão nos níveis de *recovery* atingido pelos pares, mas sim a cultura das instituições e as atitudes e comportamentos das equipes de saúde. Segundo os autores, existe uma crença profundamente arraigada de que uma pessoa diagnosticada com um transtorno mental grave estaria comprometida permanentemente em relação ao seu funcionamento dito "normal".

Uma crítica ao suporte de pares é que existiria uma falta de clareza quanto aos benefícios desse tipo de cuidado dentro dos serviços de saúde mental (Davidson et al., 2021). No entanto, em uma metassíntese qualitativa conduzida por Walker e Bryant (2013), embora alguns estudos demonstrem desafios em relação a inserção dos pares como trabalhadores e dos salários baixos, os trabalhadores pares foram vistos como modelos, construindo relacionamentos próximos com as pessoas em processo de *recovery* e ainda colaborando para a redução do estigma e aumento do bem-estar.

1.4 Audição de Vozes

Historicamente, é importante considerar que as experiências de audição de vozes são culturalmente significadas. Um dos fatores mais importantes que trata de como a cultura afeta a percepção de uma experiência repousa na compreensão daquela realidade específica. Por exemplo, povos indígenas, acreditam que as experiências de audição de vozes são sinais de uma aproximação com o divino. Tipicamente, em determinadas culturas, experiências sensoriais subjetivas e abstratas são comumente entendidas como contatos com deuses, entidades espirituais ou pessoas mortas. Essas experiências classificadas como divinas atendiam e estavam em conformidade com as expetativas das suas respetivas culturas e tempo. Empiricamente, os diferentes modelos culturais podem levar a diferentes entendimentos das experiências, devido a diferentes teorias e visões de mundo. Foi somente no fim do século XIX início do século XX, inserido numa cultura ocidental moderna, que essas experiências passaram

a ser descritas como alucinações (Larøi et al., 2014). Essas experiências ou alucinações podem ser definidas como qualquer experiência perceptiva na ausência de estímulos externos e envolvem qualquer um dos sentidos, embora as alucinações auditivas e visuais sejam as mais comuns (APA, 2014).

Em nossa sociedade, qualquer evento que se distancie de uma realidade compartilhada pela maioria, é tratado como "anormal", as experiências de audição de vozes ou alucinações são colocadas dentro de eixos de patologização (Larøi et al., 2014). Nesse contexto, ouvir vozes é frequentemente visto como uma experiência anormal, sinal de doença, sendo uma das características fundamentais do diagnóstico de esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos. No entanto, outros diagnósticos podem apresentar essas experiências, por exemplo, transtorno (da personalidade) esquizotípica, transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico induzido por substância/medicamento e transtorno psicótico devido a outra condição médica. É importante considerar ainda que essas experiências não fazem parte apenas de uma lista de transtornos psiquiátricos, mas que são muito comuns em outras condições neurológicas, como, epilepsia, demência e Parkinson (APA, 2014).

Em relação ao diagnóstico de esquizofrenia, temos que esta acometeria aproximadamente 1% da população mundial, embora possa haver variação no que se refere a sexo e origem geográfica (APA, 2014). A principal abordagem de tratamento para pessoas que receberam esse diagnóstico, é o uso de antipsicóticos. No entanto é importante que incorporado à terapia farmacológica, a pessoa também receba apoio social e psicológico para suas condições. É necessária uma abordagem multidisciplinar e que envolva uma gama de profissionais (Owen, Sawa & Mortensen, 2016). Sabe-se que nos Estados Unidos aproximadamente 16 milhões de pessoas fazem uso diário de antipsicóticos (Stepnicki, Kondej & Kaczor, 2018). Apesar das reações adversas causadas pelo uso de medicação antipsicótica no tratamento da esquizofrenia, a literatura aponta que o uso da medicação não aliviaria todos os sintomas ou desabilidades causadas pelo transtorno. Pelo menos 50% das pessoas que fazem uso de medicação continuam apresentando experiências de audição de vozes (Stroup et al., 2000; Sheitman & Lieberman, 1998; Lieberman, et al., 2005).

Independentemente de estar associada a um diagnóstico psiquiátrico, qualquer pessoa poderá passar por esssas experiências ao longo da vida (APA, 2014). Segundo Leede-Smith e Barkus (2013) aproximadamente 28% da população em geral pode ter a experiência de audição de vozes, no entanto, menos de 25% dessas pessoas preencherão os critérios para diagnóstico de algum transtorno mental. A experiência de ouvir vozes é na maioria das vezes retratada como

algo perturbador e doloroso. Dentro dos serviços de saúde mental o objetivo é sempre a busca pela erradicação das vozes e medicalização da experiência. Em nossa cultura esse fenômeno não é visto de forma socialmente positiva o que dificulta a vivência de um processo de *recovery* para o sujeito com experiência vivida (Muñoz et al., 2011).

1.5 Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes

Segundo Baker (2009) apenas uma em três pessoas que ouvem vozes torna-se paciente psiquiátrico e duas em três conseguem lidar com essa experiência sem qualquer intervenção médica. Na maioria das vezes, pessoas que ouvem vozes são vistas pela psiquiatria circunscritas aos seus sintomas e não como pessoas comuns que têm problemas e possibilidades. As abordagens psiquiátricas convencionais tratam o fenômeno de ouvir vozes como alucinação auditiva, um sintoma clínico comum do diagnóstico de esquizofrenia, abordado nos manuais diagnósticos usados em todo mundo, e a intervenção teria como foco a remoção dos sintomas, por meio da farmacoterapia. Além da esquizofrenia, outras categorias de transtornos psiquiátricos podem ter a questão do ouvir vozes como centro de suas preocupações, como o transtorno dissociativo, o transtorno de personalidade *borderline* e a depressão com sintomas psicóticos (Romme, et al., 2009).

Partindo da ideia de que o trabalho com pessoas que ouvem vozes deveria estar concentrado em propor descrições alternativas para esse fenômeno, que escapasse da concepção psiquiátrica tradicional, surgiu primeiramente na Holanda e posteriormente no Reino Unido, o Movimento de Ouvidores de Vozes (Minelli, 2017). Este Movimento teve início em 1980 a partir da vivência do psiquiatra holandês Marius Romme com sua paciente, ouvidora de vozes, Patsy Hage. Patsy estava em busca de formas de conviver com as suas vozes de forma a retirar esse fenômeno do campo da anormalidade e dividir a experiência com outras pessoas. O movimento dos ouvidores de vozes nasceu visando construir novas relações com o fenômeno de ouvir vozes, não se centrando no discurso psiquiátrico e tendo como um de seus princípios, encontrar novas e melhores formas de ajudar os ouvidores na relação com as vozes, partindo da concepção de que pessoas diferentes atribuem significados diferentes para suas experiências (Baker, 2009). O movimento incorpora seis valores ou pressupostos fundamentais que são base para a construção de um novo paradigma. O **primeiro pressuposto** trata do fenômeno de ouvir vozes como algo que faz parte da natureza humana, ou seja, qualquer pessoa pode ter essa

experiência, independentemente de receber um diagnóstico. As vozes não são vistas como anormais, e sim como uma resposta às circunstâncias sociais, emocionais e interpessoais de cada indivíduo. A audição pode ser experienciada por todas as pessoas trazendo à tona a noção de que esta não estaria ligada a um transtorno apenas, mas como um entendimento que precisa ser ultrapassado e reavaliado. No **segundo pressuposto** compreende-se que pessoas diferentes atribuem sentidos diferentes para suas vozes, e a aceitação desses diferentes sentidos seria essencial para o sucesso de uma jornada rumo à superação. No **terceiro pressuposto** ressalta-se a importância de cada ouvidor se apropriar de sua experiência com o objetivo de ampliar a compreensão dos sentidos que podem ser atribuídos às vozes. Muitas vezes os grupos de pares fornecem um espaço seguro para essa exploração, com uma multiplicidade de explicações mantidas como um princípio que deverá ser compartilhado pelos seus membros. O **quarto pressuposto** aponta que para a maioria das pessoas, ouvir vozes deve ser entendido dentro dos contextos de vida, e que ao falar sobre as vozes a pessoa tem a oportunidade de se aproximar dessa vivência. Compreende-se que frequentemente é relatado que as vozes são precipitadas e mantidas por eventos emocionais da vida que sobrecarregam e enfraquecem o indivíduo. O **quinto pressuposto** defende a noção de que a aceitação das vozes é mais útil do que a tentativa de as eliminar, e que aceitar a audição de vozes como realidade subjetiva a cada indivíduo aumenta a possibilidade de sucesso em conviver com esse fenômeno. Por fim, o **sexto pressuposto** ressalta a importância dos grupos de pares como dispositivo de auxílio para a construção de novos significados e estratégias para o manejo das vozes e a possibilidade de empoderamento de cada ouvidor (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, & Thomas, 2014; Corradi-Webster, Santos & Leão, 2017). O primeiro grupo de ouvidores de vozes foi formado em 1988 na Europa e se configurava enquanto um grupo de ajuda mútua (Baker, 2009).

Segundo Larøi et al. (2014), o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes pode ser identificado como uma subcultura internacional na qual a experiência alucinatória é positivamente valorizada e, através dessa experiências, os indivíduos foram capazes de abraçar uma nova identidade pública como "ouvidores", e não mais como "esquizofrênicos" ou "loucos". Segundo o autor, ultrapassar as barreiras impostas pelo diagnóstico faz com que essas pessoas mudem as maneiras pelas quais elas entendem o ouvir vozes, como elas se relacionam e como elas experimentam suas vozes.

De Jager et al. (2015) conduziram um estudo para investigar as experiências de pessoas que fazem parte de um grupo de ouvidores de vozes e destacaram que os participantes atribuíam muito valor ao fato de pertencerem a um grupo onde podiam trocar experiências e se conectarem

a outras pessoas. Dividir as vivências e receber um *feedback* de outras pessoas que vivem em condições semelhantes, pareceu estar relacionado à melhora da autoestima e auxiliou no manejo e diminuição da sensação de insegurança e medo. Segundo Kantorski et al. (2017), ao se trabalhar com grupos de ouvidores de vozes, cria-se possibilidades de construção de estratégias para enfrentamento das dificuldades decorrentes dessa experiência. Os grupos, segundo os autores, podem funcionar enquanto recursos terapêuticos importantes para o desenvolvimento do sujeito. Ainda que estes sejam diferentes em relação a organização e funcionamento, percebe-se características em comuns, sendo estas, a criação de vínculos, a ajuda dos pares e a constituição de suporte emocional para a pessoa ouvidora. Minelli (2017) ressalta que por ser um fenômeno substancialmente plural, ouvir vozes, não deve ser explicado somente a partir de um único pressuposto. Interpretações múltiplas devem ser permitidas, com o sentindo de incentivar tentativas individuais de cada ouvidor atribuir significados às suas experiências e poder compartilhar com outras pessoas.

Segundo Baker (2009) podem ser identificadas três fases na experiência de ouvir vozes. A fase de surpresa, a fase de organização e, por fim, a fase de estabilização. Na fase de surpresa, grande parte das pessoas descrevem essas experiências acontecendo repentinamente e geralmente se lembram desse momento de maneira vívida. A idade do início varia de uma pessoa para outra assim como a intensidade em que estão as vozes, além do conteúdo que elas carregam em si. Na fase de organização para lidar com as vozes, geralmente as pessoas ainda se sentem confusas e buscam maneiras de se livrar das vozes, no entanto, é importante que elas aceitem essas vozes para que possam organizar estratégias no manejo. Por fim, na fase de estabilização, ouvidores de vozes ao aceitarem essas experiências como parte deles mesmos, podem estabelecer um equilíbrio na convivência com as vozes.

As vozes podem ainda assumir diversas formas. Podem vir de dentro da cabeça, de fora ou de alguma parte do corpo. Podem ser diversas vozes ou uma única voz. Podem ser vozes conhecidas, masculinas e femininas. É importante que pessoas que ouvem vozes possam conhecer melhor a própria experiência. Não se trata apenas da experiência auditiva, o movimento considera todas as experiências sensoriais, visões, toques ou cheiros (Baker, 2009). Ademais, o movimento dos ouvidores de vozes ressalta a importância de explorarmos a relação entre as vozes e a história de vida da pessoa ouvidora. A atenção deve recair sobre entender o que essas vozes estão dizendo, qual sua identidade, suas características, sua idade, o que elas têm a dizer, ou seja, realmente ouvi-las. Grupos de pares são uma das formas mais eficazes para o início de uma discussão sobre ouvir vozes, pois são um lugar seguro para se conversar sobre as vozes, considerando-se que esta experiência é estigmatizada pela sociedade. Esses grupos

reduzem a sensação de abandono e isolamento que essas pessoas ocasionalmente possam sentir e são úteis para a troca de experiências (Baker, 2009; Romme, et al., 2009). Segundo Fernandes e Zanello (2018) esse tipo de dispositivo de cuidado se mostrou eficaz à medida que estruturou alguns fatores terapêuticos no processo de lidar com o fenômeno da audição das vozes. Grupos de ouvidores de vozes não só ampliam a estratégia de cuidado como são eficazes na possibilidade de compreensão de sentidos diferentes às vozes. Outro trabalho destacou que apesar dos relatos dos participantes remeterem a uma vivência de sofrimento ligado à audição, a participação em um grupo de ouvidores de vozes possibilitou a criação de um espaço onde novos sentidos sobre as vozes puderam ser construídos e entendimentos ampliados. O grupo foi construindo sentidos sobre as vozes que são relatadas, buscando compreender sua tonalidade, qual o gênero de cada voz e suas idades, em que momentos elas aparecem e de onde elas vêm suas identidades, entre outras características. Conhecer essas informações pode habilitar a pessoa a pensar em novas maneiras de lidar com a sua voz (Corradi-Webster, Santos & Leão, 2017).

Em relação ao Brasil, nas suas diversas regiões é crescente o número de grupos de ouvidores de vozes. A revista *Journal of Nursing and Health*, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, lançou um volume (v. 08, 2018) com 29 trabalhos sobre a temática. No entanto, quatro destes trabalhos são frutos de pesquisas empíricas realizadas com ouvidores de vozes no Brasil; outros são trabalhos realizados em outros países como a Itália e os demais são relatos de experiências.

Barros e Serpa Jr. (2017) conduziram um trabalho com objetivo de analisar, através de postagens em mídias sociais, como pessoas que ouvem vozes interagem e compartilham suas vivências. A maioria das postagens analisadas evidenciam o sofrimento dessas pessoas além de um sentimento de exclusão social. As mídias sociais se configurariam ainda como um dispositivo importante no sentido em que aproxima pessoas que foram “isoladas” do convívio social e vivem experiências semelhantes. Poder compartilhar experiências e criar diálogos auxilia na reconstrução das histórias, na ressignificação das experiências e na afirmação da identidade social. Ao se criar diálogos sobre experiências individuais e poder compartilhar com pessoas que vivem situações semelhantes possibilita a construção de uma história coletiva. Esses grupos, ainda que a distância, possibilitam a troca de experiências e de apoio aos ouvidores e também familiares, além disso, caminham no sentido em que essas pessoas estabeleçam um sentimento de pertencimento e sejam capazes de criar mecanismos e novas formas de lidar com a experiência.

Em relação à prática com grupos de ouvidores, é incentivado que cada pessoa identifique sua própria experiência e fale sobre ela. A partir da compreensão destas experiências e dos significados que estas vão tomando, o grupo busca auxiliar no manejo e na tomada de decisão sobre como agir em relação às vozes, incentivando a troca entre os pares (Corradi-Webster, Santos & Leão, 2017).

Segundo Longden, Read e Dillon (2017) a participação de ouvidores de vozes nos grupos de pares ajuda a melhorar uma variedade de aspectos sociais, emocionais e clínicos, bem como fornece uma rede social segura, ou seja, um espaço para compartilhar experiências e conhecer outras pessoas que têm dificuldades semelhantes. A participação nos grupos de ouvidores de vozes enfatiza o potencial de cada pessoa em liderar sua própria vida, o que é uma das principais dimensões dentro de um processo de *recovery*. Romme et al. (2009) descreve que *recovery,* a partir da prática com grupos de ouvidores de vozes, possibilita ao sujeito encontrar outros caminhos que não estejam marcados pelo sistema biomédico tradicional. As ideias que constroem esse conceito estão baseadas, primordialmente, nesse reestabelecimento da vida em suas diferentes dimensões.

Ron Coleman é um conhecido ouvidor de vozes e membro ativo do Intervoice (*rede* internacional de pessoas que ouvem vozes). Ele descreve sobre seu processo de *recovery* e chama atenção para importantes elementos. O primeiro deles diz respeito ao envolvimento de outras pessoas no processo, para dar suporte, esperança e facilitar na hora de tomar decisões. Coleman fala ainda sobre a importância de se trabalhar autoestima, autoconfiança, medos e aceitação da condição. Atrelado a isso, descreve a importância de se aprender com a experiência do ouvir vozes e, principalmente, aceitá-las para que possa, com mais responsabilidade, tomar suas próprias decisões e dar um sentido a sua vida (Romme et al, 2009). Pat Deegan assim como Ron Coleman, foi uma das primeiras pessoas a descrever a sua experiência de ouvir vozes e seu lento processo de *recovery* para vida. Para Deegan (2005) o processo para *recovery* não envolve a busca ou retorno à normalidade, ao contrário, seu principal desafio seria o reestabelecimento de uma vida significativa. *Recovery* não significa cura, é uma atitude, uma posição e uma forma de lidar com os desafios que são impostos pela vida, dia-a-dia.

Para Romme et al. (2009) algumas questões são importantes a serem levantadas quando falamos sobre os processos para *recovery* ao lidar com as vozes. É importante que pessoas que ouvem vozes conheçam alguém que realmente se interesse por elas e escute o que elas têm a dizer. Isto geraria um sentimento de normalidade em relação à experiência e daria esperança e coragem para a pessoa em sofrimento. Conhecer pessoas que entendem o ouvir vozes como uma experiência real e consideram que todos podem ouvi-las em algum momento da vida seria

um importante passo na jornada ao *recovery*. Além disso, a pessoa que ouve vozes deve reconhecer aquela voz como algo que é próprio da sua subjetividade, que está associada às suas emoções e sentimentos, para que possa fazer escolhas e inclusive mudar a relação estabelecida com as vozes. Beavan, De Jager e Santos (2017) conduziram um estudo com objetivo de verificar os ganhos obtidos com a participação nos grupos de ouvidores de vozes. Nesta ocasião, 29 participantes responderam a um questionário e foi observado que 75% dos participantes relataram que entendiam melhor as vozes e se sentiam menos isolados. Também foram citadas mudanças positivas, como a diminuição de necessidade de ajuda em atividades diárias e aumento da autoestima. Em um trabalho conduzido por Percy, Bullimore e Baker (2013) com propósito de conhecer a visão de profissionais e participantes de um grupo de ouvidores de vozes sobre o que eles entendiam sobre *recovery*, mostrou que apesar das divergências de significados que a palavra *recovery* carregava em si, sua mensagem de resiliência, otimismo e esperança sobressaía e impactava as crenças e os pensamentos que as pessoas possuíam.

Segundo Corradi-Webster, Santos e Leão (2017) embora grupos de ouvidores de vozes, inicialmente tenham em sua essência a desvinculação com qualquer instituição, os serviços comunitários de saúde mental oferecem espaços ricos para implantação de grupos de pares. A prática de grupos de ouvidores de vozes oferece importantes espaços de escuta para as pessoas que vivenciam esse fenômeno possibilitando assim a mudança no relacionamento e no manejo das vozes.

2 JUSTIFICATIVA

Sabemos que uma parcela de pessoas que ouvem vozes, apesar do uso de terapia medicamentosa, continua ouvindo vozes. O Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes nasceu nos anos 1980 e trouxe consigo uma série de entendimentos que guiam rumo a uma mudança de paradigmas frente ao fenômeno de audição de vozes. Qualquer pessoa, independentemente de ter recebido um diagnóstico psiquiátrico, pode ouvir vozes em algum momento da vida. O Movimento compreende que diferentes pessoas atribuem sentidos diferentes paras suas vivências com as vozes, e que a relação que a pessoa estabelece com a experiência pode mudar (Baker, 2009). Grupos de suporte de pares são espaços em que esses entendimentos podem ser postos em prática de forma a colaborar com as jornadas de *recovery* em saúde mental de pessoas ouvidoras de vozes (Longden, Read & Dillon, 2017). Práticas orientadas ao *recovery* em saúde mental são orientadoras de cuidado em diversos países, principalmente Europa e Estados Unidos, no entanto em nosso país e em países da América Latina tais práticas estão em crescimento. A literatura aponta que apesar dessas práticas serem comuns em espaços comunitários e em serviços de saúde mental de outros países, no Brasil não há estudos que demonstrem as potencialidades destas dentro dos serviços comunitários de saúde mental. Nesse sentido, as práticas orientadas ao *recovery,* apesar de ainda discretas em nosso país, devem incentivar a corresponsabilidade, autonomia e esperança das pessoas com experiência vivida na busca de uma vida mais significativa. É importante fortalecer práticas orientadas ao *recovery* que avancem na reforma psiquiátrica e garantam os processos de direitos humanos e cidadania das pessoas. Dessa forma, quais são as contribuições da prática com grupos de ouvidores de vozes dentro dos serviços de saúde mental brasileiros? Como o suporte de pares com pessoas com experiências de audição de vozes se estrutura? Como que pessoas com audição de vozes podem se beneficiar dessa prática?

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

O presente trabalho tem por objetivo analisar as contribuições da prática de um Grupo de Ouvidores de Vozes em um serviço comunitário de saúde mental brasileiro.

Objetivos específicos

a) Descrever e analisar o suporte de pares que acontece no grupo de ouvidores de vozes;

b) Identificar, descrever e analisar as estratégias utilizadas para o manejo e controle das experiências angustiantes e desafiadoras;

c) Identificar e analisar as redes de suporte social identificadas pelos participantes do grupo de ouvidores de vozes e a articulação de novas redes;

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento do estudo

O delineamento deste estudo é qualitativo, exploratório e busca compreender e interpretar os fenômenos e compreendendo-os como sendo influenciados pelo seu contexto. Embora produza dados mais específicos, estudos qualitativos são ricos e densos, possibilitando explorar a complexidade dos significados envolvidos. Deve-se considerar que mesmo buscando por alguns padrões, este tipo de pesquisa valoriza a análise do que há de diferente e divergente nos dados (Braun & Clarke, 2013). Foi utilizado neste estudo alguns entendimentos do realismo crítico ao compreender os resultados e o método de análise temática foi utilizado para produzi-los.

A pesquisa qualitativa busca os significados, reconhece e interpreta os dados provenientes de um contexto específico e considera que não há possibilidade de haver neutralidade no processo de pesquisa (Braun & Clarke, 2013). Neste sentido, o pesquisador deve explicitar todo o processo, explorando as consequências de cada escolha, dando visibilidade à construção e análise do *corpus* (Spink, 2004). Willig (2001) propõe o conceito da reflexividade, chamando a atenção para o cuidado que o pesquisador deve ter em reconhecer e analisar como seus posicionamentos e escolhas influenciam no processo de construção do objeto de pesquisa e dos significados produzidos nesta. A autora diferencia a reflexividade pessoal da reflexividade epistemológica, pontuando que a primeira diz respeito ao pesquisador, a como seus valores, experiências, interesses, crenças, posições e objetivos vão moldando sua pesquisa. A segunda busca responder questões referentes ao modo como o objetivo da pesquisa delimitou a construção do objeto estudado, assim como as delimitações feitas pelo desenho do estudo, pelos participantes incluídos, pelo modo de coleta de dados e pela técnica de análise. O pesquisador qualitativista deve estar em exercício reflexivo o tempo todo, em um processo crítico a respeito da pesquisa produzida. Assim, considera-se que o rigor da pesquisa está definido como "a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo" (Spink, 2004). Segundo Braun e Clarke (2013) a reflexividade em ciência refere-se a um processo de reflexão crítica sobre o conhecimento que é produzido. Ademais coloca que esse processo envolve dar atenção as etapas de pesquisa que envolvem desde a escolha de instrumentos e procedimentos até situar o papel do pesquisador, que tem a responsabilidade de se posicionar criticamente durante todo o processo.

Braun e Clarke (2013) colocam que o conhecimento adquirido nesse tipo de pesquisa está inserido em um paradigma que parte do entendimento de que não existe uma única e correta versão da realidade. A partir dessas considerações, a realidade que é pré-existente aos objetos do conhecimento e parcialmente acessada está por detrás das subjetividades e do conhecimento socialmente localizado. Entende-se aqui o conhecimento, valores, e verdades dependentes de padrões que são determinados socialmente. Existem múltiplas versões de um mesmo fenômeno e estas não devem ser separadas do contexto no qual foram produzidas. Nesse sentido, o conhecimento é algo socialmente influenciado. Será utilizado o conceito de "generalização analítica", que significa que caberá ao leitor verificar e validar os conhecimentos produzidos pelo estudo em seu contexto clínico e profissional, testando assim sua aplicabilidade (Lyons & Coyle, 2007; Turato, 2005). Spink (2004) sugere que a generalização ocorra utilizando-se o que foi produzido no estudo como exemplos de possibilidades existentes nos processos de produção de sentidos. A "utilidade" do que está sendo produzido e o fato de "ser generativa" são critérios importantes, auxiliando o pesquisador na tomada de decisões (Burr, 2003). Desta forma, é possível selecionar um colaborador ou uma sessão grupal por considerá-la mais generativa que a outra. Ser útil ou ser generativa diz respeito ao potencial de abrir novas possibilidades de diálogo.

Este trabalho seguiu os Critérios Consolidados para Relatar Pesquisa Qualitativa (COREQ *checklist)* para garantir rigor e visibilidade metodológica (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

4.2 Posições ontológicas e epistemológicas: Realismo Crítico

Diante da busca de sustentação teórico-metodológica, é importante que o pesquisador deixe claro a posição ontológica e epistemológica que sustenta seu trabalho ao se produzir conhecimento na área de saúde, especificamente em saúde mental. Esta pesquisa utiliza alguns entendimentos do realismo crítico, no sentido que considera que há uma realidade pré-social, mas que esta pode ser acessada em parte, uma vez que diferentes aspectos do contexto também influenciam em sua produção (Archer, et al., 1998). Para Slayer (2000) o realismo crítico suporta uma diversidade de métodos de pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos. A escolha metodológica alinhada ao realismo crítico possibilita uma análise aprofundada e abrangente dos dados de pesquisa. Compreende-se que, para produzir conhecimento que impacte na realidade social, é preciso partir do pressuposto de que há alguma realidade no mundo que pode ser acessada, mas que este acesso está circunscrito a aspectos subjetivos e contextuais, como o momento histórico, as relações de poder, as características do pesquisador e os

interlocutores/autores presentes por meio da literatura utilizada na pesquisa (Braun & Clarke, 2013).

O realismo crítico surgiu nas décadas de 1970 e 1980 através do trabalho de Bhaskar, enquanto alternativa científica localizada entre ideias positivistas e construcionistas (Braun & Clark, 2006). O realismo crítico funciona como uma filosofia da ciência, como uma posição tanto ontológica (natureza da realidade/estudo das propriedades gerais do ser) quanto epistemológica (natureza do conhecimento). Embora o realismo crítico não forneça um conjunto de elementos ou métodos particulares de pesquisa, ele coloca que o conhecimento humano gerado captura apenas uma pequena parte de uma realidade mais profunda e mais vasta (Fletcher, 2016; Archer et al., 1998). Segundo Fletcher (2016), o realismo crítico ajuda os pesquisadores a explicar os fenômenos sociais e ao mesmo tempo formula recomendações políticas e práticas para lidar com algumas questões sociais. Um dos entendimentos mais importantes colocados é que a ontologia do realismo crítico (a natureza da realidade) não se reduz a uma epistemologia (nosso conhecimento da realidade), ou seja, o conhecimento humano captura apenas uma pequena parte de uma realidade que é muito mais profunda e vasta (Bhaskar 2016).

Bhaskar (2016) aponta que realistas críticos possuem esse entendimento baseado numa compatibilidade de três princípios: (1) o Realismo Ontológico, que percebe o mundo de maneira realista, como ele é; (2) a Relatividade Epistemológica, que é a ideia de que o que entendemos por conhecimento é socialmente produzido e falível; (3) a Racionalidade Crítica, que coloca que enquanto o nosso conhecimento é relativo, nós construímos, em contextos particulares, fortes argumentos sobre determinada realidade. Para entender o mundo social deve-se compreender que este envolve o entendimento conceitual e material da realidade. O autor defende o potencial crítico do conhecimento dado pela ciência social, porém argumenta que tal conhecimento nunca ocorre no vazio ou de forma autônoma. Ele sempre acontece dentro de um contexto e de uma estrutura. Além disso, compreende-se que as descrições da realidade social não permanecem estáveis ao longo do tempo e do espaço (Bhaskar, 1975). Para Wainwright e Forbes (2000), o realismo crítico se caracteriza como uma alternativa entre a visão positivista e um lado e a visão relativista de outro lado, e pode em si ser alternativa rica para a produção do conhecimento científico e para prática em saúde.

4.2.1 Saúde e adoecimento mental: possibilidades para o realismo crítico

As compreensões que são atribuídas à saúde e à doença mental perpassam diversas perspectivas, sejam estas ligadas a uma causação social até aquelas puramente organicistas (Bergin, Owen & Wells, 2008). Comumente o processo diagnóstico centra-se nos sintomas apresentados pelos indivíduos deixando de lado os significados do que o paciente está vivenciando e como ele interpreta e representa o que está acontecendo em sua vida. Os sintomas são identificados através de comunicações interpessoais e que de certo modo, difíceis de medir no sentido em que estes são negociados intersubjetivamente pelo indivíduo e de maneira culturalmente ligada ao contexto (Pilgrim, 2013). A medicina busca a mensuração dos transtornos psiquiátricos, seja esta mensuração neurofisiológica ou neuroquímica, que estabeleça concretamente correlações e hipóteses no sentido de estabelecer bases sólidas para o diagnóstico em psiquiatria. Saúde mental e a doença é, portanto, retratada através de várias posições às vezes paradoxais, dificultando determinar quais teorias são mais verdadeiras (Bergin, Owen & Wells, 2008).

A autoridade psiquiátrica é poderosa e seu poder é derivado do papel que a profissão desempenha na sociedade. O surgimento do DSM-5 em 2013 é uma clara manifestação da legitimidade científica dos transtornos. Para ultrapassar esse pensamento reducionista é importante considerar que existem objetivos industriais por detrás de uma sociedade capitalista. As empresas farmacêuticas buscam sempre a comercialização de novos tratamentos para as mais diversas condições; os seguros de saúde exigem um diagnóstico codificado como condição para o reembolso da taxa pelo serviço (Pilgrim, 2013).

Szasz (1961) coloca que os transtornos mentais são produtos de uma atividade médica psiquiátrica, ou seja, são construídos socialmente e cabe aos profissionais de saúde mental examinar cuidadosamente a natureza do status de nossas atitudes em relação aos problemas de origem psíquica. Para o autor, a compreensão do homem enquanto ser social requer um reconhecimento de suas origens históricas, assim como uma avaliação precisa de suas características individuais e potencialidades. Para ele as disciplinas psicossociais devem estabelecer seu lugar de direito entre as outras ciências. De acordo com Pilgrim (2013), os transtornos mentais são multi-nivelados, ou seja, eles consideram um nível biológico e organicista, porém os processos de estigmatização e diagnóstico são de natureza social. Segundo o autor, os desafios sobre a natureza dos transtornos ainda permanecem em nossa sociedade apesar de seu desenvolvimento científico e discuti-los apenas enquanto uma construção social não abrange as complexidades que envolvem sofrimento humano. É

importante que novas formas de raciocínio e pesquisa sobre a compreensão desses fenômenos surjam no sentido de respeitar tanto as causas quanto os significados nos contextos sociais particulares. É um desafio reconhecer que tanto a ciência médica quanto o meio social e econômico são insuficientes para e reconhecimento integral dos fenômenos em saúde.

É importante colocar ainda que a OMS tem buscado incentivar as pesquisas qualitativas dentro do campo de saúde como forma de construir diretrizes para ações para populações específicas (Downe et al., 2019).

4.3 Caracterização do contexto de pesquisa

A coleta de dados foi realizada junto a pessoas que participavam do grupo de ouvidores de vozes em Ribeirão Preto, que acontece todas às quintas-feiras, desde 2015, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III. Segundo a Portaria nº 366/GM (Brasil, 2002) os CAPSs são dispositivos de cuidados da rede de saúde mental que se subdividem em níveis (I, II ou III) de acordo com o porte, complexidade e abrangência do território ao qual pertence. O CAPS III constitui um serviço ambulatorial de atenção contínua e atende todos os dias, inclusive aos fins de semana, 24 horas, para municípios com população superior a 200.000 habitantes. A assistência prestada nesse tipo de modalidade inclui: atendimento individual e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas e atendimento domiciliar, atendimento às famílias e atividades de cunho comunitário que enfoque a integração e reinserção da pessoa com transtorno mental à comunidade e atendimento noturno para repouso ou observação. Além disso, o regime de permanência dessas pessoas no serviço pode variar de 4, 8 ou 24 horas contínuas.

De acordo com Corradi-Webster, Santos e Leão (2017) o CAPS III de Ribeirão Preto "Dr. André Santiago" iniciou suas atividades no dia 1º de setembro de 2008, e foi o primeiro CAPS de nível III entre os municípios do interior de São Paulo. O CAPS-III está localizado no Distrito Oeste, e é a segunda região mais populosa do município, com o maior número de pessoas em situação de vulnerabilidade social. De acordo com Leão (2016), o CAPS III "Dr. André Santiago" oferece atendimento intensivo 24 horas com acolhimento noturno, atendimento semi-intensivo de caráter diurno, atendimento ambulatorial e urgência psiquiátrica. O serviço conta com cinco leitos de permanência contínua de sete dias e descontinua por até 10 dias. O atendimento semi-intensivo de caráter diurno é caracterizado por atendimento de até 12 dias no mês, em período diurno. Quando o indivíduo chega ao serviço, a equipe realiza uma avaliação e com isto propõe um Projeto Terapêutico Singular (PTS), levando-se em conta suas condições e necessidades. No PTS serão definidas as atividades e

atendimentos aos quais será convidado a participar. Neste CAPS encontrou-se a estrutura física necessária para a realização do grupo (como cadeiras e espaço coberto) além deste serviço configurar-se como local propício para que pessoas que ouvem vozes se disponibilizassem a falar a este respeito. Segundo Corradi-Webster, Santos e Leão (2017) o CAPS III de Ribeirão Preto, a partir de 2013, passou a reestruturar sua prática antes centrada em um modelo biomédico para um modelo comunitário para solicitar junto ao Ministério da Saúde, sua habilitação em 2015.

4.3.1 O Grupo de Ouvidores de Vozes de Ribeirão Preto – SP

Como já dito anteriormente, o grupo de ouvidores de Ribeirão Preto – SP teve início em 2015, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III. Os encontros do grupo são semanais e possuem uma hora de duração. É um grupo aberto em que qualquer pessoa independende de ter experiências de audição de vozes, são bem-vindas. Sendo assim, fazem parte do grupo: (1) profissionais, conhecidos pela literatura da área como especialistas pela profissão ou "*experts by profession*"; (2) pessoas com experiência vivida de audição de vozes, nomeados como especialistas pela experiência ou "*experts by experience*" (Woods, 2013); (3) familiares e amigos (Corradi-Webster et al., 2021). Ressalta-se que os especialistas pela profissão que participam do grupo são voluntários (psicólogos e estagiários de psicologia ou áreas correlatas) e não fazem parte da equipe do serviço no qual o grupo se insere.

Em relação ao funcionamento dos encontros, o grupo é iniciado por um especialista pela experiência que explica os objetivos do grupo e como esse é conduzido. Nem sempre fora dessa forma. Quando o grupo começou em 2015, essa introdução era feita por um especialista pela profissão, que atuava de forma mais colaborativa na condução dos encontros. Aos poucos o grupo passou a ser conduzido por uma pessoa com experiência vivida. Nessa introdução geralmente é dito que ali é um espaço onde as pessoas podem falar livremente sobre suas experiências e que cada um é autoridade máxima sobre elas, ou seja, todos os sentidos sobre as vozes são aceitos e respeitados. Que o grupo é um espaço de escuta e que cada um tem seu momento para falar, e este também deve ser respeitado por todos.

O grupo é um espaço de troca e de exploração ativa das experiências de vozes. Pessoas que possuem mais experiências dentro do grupo dão um suporte para aquelas com menos experiências. O grupo entende que as vozes podem assumir diversas formas. É importante destacar que no grupo existe o relato de uma série de experiências, dentre elas visões e experiências táteis ou gustativas. As vozes podem estar dentro da cabeça ou vir de alguma parte

do corpo. Pode ser uma única voz ou diversas vozes. Ainda, no grupo as pessoas colaboram na identificação de situações que são gatilhos para o início ou aumento das vozes e trocam estratégias que ajudariam na diminuição ou controle das experiências mais desafiadoras (Corradi-Webster et al., 2021). Essa exploração das experiências possibilita o diálogo e uma maior compreensão das pessoas a respeito das suas vivências.

Embora o assunto sobre as vozes ocupe a maior parte dos encontros, também há espaço para se falar sobre outros assuntos, coisas cotidianas. No entanto, as pessoas trazem muitas histórias de sofrimento, que podem ou não estar relacionadas as experiências de vozes, ou relatos de tentativas de suicídio. Nesse momento, essas histórias são acolhidas pelos membros do grupo, já que muitos passaram por vivencias semelhantes e também são questionadas no sentido em de que forma essas vivências são influenciadas ou influenciam nas vozes.

Como já dito anteriormente, diferentes sentidos são atribuídos às vozes, embora a maioria dos sentidos estejam inseridos no campo biomédico. Talvez isso aconteça devido as particularidades e o contexto no qual o grupo acontece. Nos encontros muitos membros falam sobre como essa experiência faz parte de um diagnóstico psiquiátrico e tratamento que é recebido para essa condição. E que embora, o grupo de ouvidores de vozes não seja uma atividade do serviço no qual o grupo acontece, a maioria das pessoas do grupo são clientes do serviço.

4.4 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo são indivíduos que participavam do grupo de ouvidores de vozes do CAPS III no momento da coleta de dados. Participaram deste estudo 35 pessoas, destas 29 pessoas com experiências de audição de vozes (16 mulheres e 13 homens), dois familiares (esposas) e quatro especialistas pela profissão. Todos os participantes especialistas pela experiência receberam o diagnóstico de esquizofrenia e 89% eram clientes deste serviço de saúde mental. Apesar de sua configuração aberta, observa-se que quase todos os participantes eram fixos, pois faziam parte do regime semi-intensivo diurno de tratamento do CAPS III.

4.5 Composição do corpus de análise

O *corpus* foi constituído pelos encontros transcritos literal e integralmente, e das anotações feitas nos cadernos de pesquisa elaborados durantes as sessões do grupo. Importante

colocar que as anotações no caderno de pesquisa correspondem a reflexões da pesquisadora a respeito da gravação de cada encontro e que podem colaborar para análise do material. Cada encontro do grupo de ouvidores de vozes durou cerca de uma hora e quinze minutos e este acontece todas as quintas-feiras no período da manhã no CAPS III. Foram gravadas e transcritas 10 sessões grupais, contabilizando assim aproximadamente 14 horas de áudio transcrito.

4.6 Coleta de dados

Anterior à coleta de dados propriamente dita, foram realizados, durante os encontros do grupo, três conversas com os participantes sobre a pesquisa que seria conduzida, de modo a explicar seus objetivos e sobre como se daria a coleta de dados. Nesses três encontros em que a pesquisa e seus objetivos foram apresentados, os participantes puderam tirar eventuais dúvidas. Após estes encontros, no dia do início da coleta propriamente dita, foram explicados os objetivos do estudo novamente e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela pesquisadora em voz alta para todo grupo. A coleta de dados aconteceu entre 14 de março de 2019 até 06 de junho de 2019. Por duas ocasiões o encontro do grupo fora realizado fora das dependências do CAPS III e a pesquisadora ficou impedida de realizar a gravação nesses dias especificamente.

Durante os dez encontros para a realização da coleta foi colocado um gravador de alta sensibilidade de captação de áudio no meio do grupo. É importante colocar que a pesquisadora, durante esses dez encontros, apresentou e leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para novos participantes que eventualmente compareceram nos encontros. Nenhum participante se recusou ou desistiu de participar do estudo durante esse tempo.

4.7 Análise do corpus

A análise do *corpus* de pesquisa qualitativa pode ocorrer de diversas formas, sendo que a definição certeira do modo como será executado se dá conforme a coleta e a análise forem acontecendo, sempre se remetendo aos objetivos do estudo e dando visibilidade aos passos, com a posição crítica de conhecer e clarificar como as decisões influenciam no resultado final encontrado (Braun & Clarke, 2006).

Após cada encontro foi realizada a transcrição na íntegra dos áudios. É importante colocar que o grupo por ter configuração aberta, recebia a cada encontro um número variável de participantes, entre 15 a 30 pessoas. Geralmente cada pessoa falava em um volume e

intensidade próprios, o que influenciou diretamente na captação dos áudios. Para isso, anteriormente a coleta, a pesquisadora realizou testes com diferentes gravadores para verificar o que melhor atenderia às necessidades da pesquisa. Após a coleta de dados, anteriormente a transcrição, a pesquisadora fez um tratamento do áudio através de um software (*Audacity 3.1*) para melhorar a qualidade e nitidez do mesmo. Foi utilizado ainda um fone de ouvido profissional para o momento de transcrição.

Foi realizada a leitura reflexiva e exaustiva para aproximação e familiarização com os dados. A pesquisadora utilizou a análise temática descrita por Braun e Clarke (2019). Os passos para análise do *corpus* de pesquisa envolveram etapas bem delineadas. A primeira etapa correspondeu à transcrição dos áudios, e posteriormente à releitura dos textos para familiarização e para tomar notas de partes de potencial interesse. Sequencialmente foram feitos resumos e atribuídos códigos preliminares para os dados, como demonstrado pela Figura 1.

Figura 1 – Construção dos códigos para análise temática dos dados

Transcrição na íntegra	Resumo	Códigos preliminares
Amanda*: São sempre as mesmas. Eu escuto certinho me chamar. Aí eu pergunto: Tem alguém aí? Quem está me chamando? Mas não tem ninguém. Aí eu saio para fora. Esses dias eu cheguei, que meus meninos foram numa festa, eu cheguei em casa e dormi no sofá que eu tenho no alpendre, tomei umas gotinhas a mais de diazepam, porque eu morro de medo de ficar sozinha aí eu falei - bom agora eu deito e durmo! Aí eu acordei com isso me chamando. Naira* Você não sabe de quem é a voz?	Sempre a mesma voz. Ela tentou perguntar quem estava chamando, mas não obteve resposta. Ela diz que numa ocasião que os filhos saíram chegou a dormir do lado de fora de casa por medo de ficar sozinha.	Estratégia: tentativa de estabelecer diálogo com as vozes Contexto: quando está sozinha em casa e escuta alguém chamar.
Amanda*: Praticamente, eu tenho psicóloga todas as terças, daí eu falo para ela que teve um dia na minha infância que o meu pai, ele, ele gostava mais dos outros filhos. Eu era mais que ele maltratava. Eu tinha 10 anos. Então eu sempre, quando acontece isso, não vem a voz dele porque eu não me lembro bem mas vem os pensamentos dele.	Ela diz que conta para psicóloga sobre sua infância e que passou uma infância difícil na qual o pai a maltratava. Diz que quando ouve vozes pensa no pai.	Identificação da voz e suas características – associação com o pai e sofrimento na infância.

*Nome fictício

A codificação é um processo de identificação no *corpus* dos pontos que atendem à questão de pesquisa. Após realizada a codificação das transcrições foi feita a imersão nos dados para organização dos códigos preliminares por similaridade para a construção dos temas ou pré-temas. Sendo assim, a pesquisadora reuniu os códigos preliminares em um outro documento para que estes fossem agrupados por similaridade e depois organizados em temas que atendiam aos objetivos do trabalho. Assim como exemplifica a Figura 2.

Figura 2 - Organização dos códigos e formação dos temas

Estratégias de distração das vozes (evitar)	*Estratégias de busca por suporte social*	*Estratégias de pertencimento a comunidade*	*Estratégias para o manejo e enfrentamento das vozes*	*Estratégias ligadas à espiritualidade/religiosidade*
Mastigar tira nitidez das vozes Ouvir música Ligar ventilador barulhento Brincar com o cachorro Caminhar, ler, estudar, passear, limpar a casa Cuidar das plantas Fumar Ficar no celular	Buscar apoio familiar Procurar ficar perto dos filhos Pensar nos netos. Buscar por apoio de amigos ou pessoas que compreendem e validam a experiência Não ficar sozinho Procurar amigos	Fazer dança de salão Trabalhar (independência financeira) Ir para academia Participar de outros grupos fora do serviço	Negociar com as vozes Enganar as vozes Esconder materiais que representem perigo ao ouvir vozes de comando Não obedecer às vozes (Entender consequências ao obedecer a vozes de comando) Escuta seletiva Pensar nos prós e contras ao obedecer às vozes de comando. Estabelecer diálogo com as vozes Evita os gatilhos que fazem as vozes aparecerem Gritar com a voz e confrontá-la	Rezar Benzer Ouvir salmos Ouvir louvor Trabalhar mediunidade Tomar "passe" Falar sobre as vozes com o bispo Ir ao cemitério orar (se sentia em paz) Pedir para Deus não deixar obedecer às vozes Pedir forças a Jesus

O tema organiza um conceito central que contém uma série de ideias ou aspectos relacionados a essa ideia central (Braun & Clarke, 2013). Após construção das tabelas, os temas em potencial foram revistos pela pesquisadora e orientadora. Esses temas foram apresentados ainda para uma equipe de pesquisadores e discutidos. Após a organização dos temas e subtemas estes foram nomeados definitivamente. Acrescenta-se ainda que este trabalho teoriza a prática grupal sob as lentes do realismo crítico que reconhece as maneiras pelas quais o contexto social afeta e dá sentido às experiências, mas mantém o foco nos dados e limites da "realidade" apresentada (Braun & Clarke, 2006). É importante colocar que os dados foram analisados colaborativamente com pessoas especialistas pela experiência de audição de vozes.

Os dados foram discutidos tomando como base a literatura sobre o Movimento de Ouvidores de Vozes, seus pressupostos e valores fundamentais, além das concepções que envolvem e orientam a construção do paradigma do *recovery*, sempre tendo como lentes de análise, o realismo crítico.

4.8 Considerações éticas

O projeto foi encaminhado para a Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto que manifestou concordância quanto à sua execução. O projeto foi aprovado também pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE: 98206518.9.0000.5407). Foram respeitados os critérios éticos da Resolução n. º 466 de 12 de dezembro de 2012, informando os sujeitos do objetivo da pesquisa, esclarecendo suas dúvidas, dando-lhes autonomia para decidirem participar ou não, garantindo a confidencialidade e a privacidade.

5. RESULTADOS

Os resultados desse trabalho são apresentados em forma de três artigos dispostos a seguir.

Neste capítulo será descrita a relação entre a coletânea de manuscritos que constituem os resultados desta tese. Cada um dos manuscritos apresenta diferentes análises que se complementam. O manuscrito, **"Suporte de pares em saúde mental: Grupo de ouvidores de vozes"**, tem como objetivo apresentar uma descrição sobre a forma como o suporte de pares acontece no grupo de ouvidores de vozes. O resultado apresenta as quatro formas pelas quais essas intervenções se apresentam no grupo, estas versam sobre como que as pessoas do grupo constroem um espaço acolhedor no grupo, garantindo que todas as visões sejam respeitadas e acolhendo histórias de sofrimento de outros participantes, ainda, adotam uma postura de curiosidade em relação as experiências; estabelecem vínculos e de ampliar as redes de apoio e instilam esperança no sentido em que compartilham histórias de *recovery* de outras pessoas. Este artigo foi elaborado em parceria e já fora submetido e aceito pelos Cadernos Brasileiros de Saúde Mental (Anexo B).

O segundo manuscrito, **"*Strategies for the Management of Voices Shared in a Brazilian Hearing Voices Group*"** foi elaborado com o objetivo de analisar as estratégias utilizadas por pessoas que ouvem vozes para lidar com a experiência. Nesse artigo apresentamos as diferentes estratégias utilizadas pelo grupo para lidar com as experiências que causam mais sofrimento. Este artigo foi escrito em colaboração com pesquisadores da Universidade de Yale e junto ao professor Dr. Larry Davidson que é expoente na área de *Recovery* em saúde mental. O artigo foi submetido ao *Journal of Mental Health* e está em processo de análise (Anexo C).

E por fim, o terceiro artigo desse trabalho "**Grupo de Ouvidores de Vozes: tecendo redes de suporte social em momentos desafiadores**" trata sobre como que pessoas com experiências de audição de vozes que fazem parte de um grupo de ouvidores de vozes identificam e articulam redes de suporte/apoio social em momentos desafiadores da experiência. O artigo foi submetido a revista Estudos e Pesquisas em Psicologia e está em processo de análise (Anexo D).

6. DISCUSSÃO

Ouvir vozes é uma experiência única e que pode assumir diferentes significados entre as pessoas. No entanto, ouvir vozes muitas vezes coloca as pessoas em contato com serviços de saúde mental. A terapêutica utilizada para o manejo dessa experiência geralmente são as abordagens psicossociais e a prescrição de medicação antipsicótica (OMS, 2016; Styron et al., 2017). No entanto, nem sempre essas terapêuticas são eficazes para cessar as experiências de audição de vozes ou diminuí-las (Baker, 2009).

Este estudo teve como objetivo analisar as contribuições da prática de um grupo de ouvidores de vozes que acontece em um CAPS-III do município de Ribeirão Preto no interior de São Paulo. Percebe-se que o grupo de ouvidores de vozes se estrutura enquanto um espaço acolhedor que abre a possibilidade para que as pessoas possam falar livremente sobre suas experiências. No grupo, as pessoas compartilham suas vivências com as vozes e acolhem empaticamente as histórias de sofrimento dos seus pares. Muitas pessoas que ouvem vozes possuem experiências angustiantes com estas, tanto no que se refere ao seu conteúdo, quanto em sua intensidade. As pessoas do grupo colaboram entre si para a construção de novos sentidos para as vozes. São feitas perguntas para ampliar a compreensão das experiências, oferecidos novos sentidos e compartilhadas estratégias para lidar com experiências mais desafiadoras. Muitas perguntas que são feitas referem-se às características das vozes e ao conteúdo delas. As pessoas têm um espaço para refletir sobre suas experiências e aos poucos aceitar que elas fazem parte de suas vidas. Ao compreender melhor a própria experiência a pessoa tem maiores chances de lidar com as vozes em momentos mais difíceis. Algumas pessoas do grupo já participam dos encontros há mais tempo. Muitas compartilham situações em que conseguiram lidar com as vozes com sucesso e instilam, nos pares, esperança de mudança na própria condição.

Além de construírem novos entendimentos a respeito das vozes, no grupo as pessoas compartilham estratégias que utilizaram para lidar com os momentos mais desafiadores da experiência. Como já dito anteriormente, grande parte das experiências com as vozes são perturbadoras e intensas. A possibilidade de compartilhar estratégias que ajudaram a lidar com as vozes torna o grupo um espaço de suporte e cuidado em que as pessoas podem se instrumentalizar para manejar situações desafiadoras. Muitas abordagens de cuidado não abrem espaço para que essas experiências sejam discutidas abertamente. Assim, identificar estratégias que possam ajudar as pessoas que ouvem vozes nos momentos mais críticos da experiência é importante para uma mudança na própria condição.

Os participantes do grupo de ouvidores de vozes reconhecem o próprio grupo como sendo uma rede de suporte social importante, já que na maioria das vezes relatam redes de apoio escassas. Durante os encontros, relataram já terem sido chamados de “loucos” e se dizem sozinhos para lidar com as vozes, por medo de, ao falar sobre as experiências, serem mal compreendidos. Para isso, durante os encontros se organizavam e se articulavam para fazer recomendações de como aumentar suas redes convidando pessoas mais próximas ou conhecidas e familiares para participarem dos encontros. Há um reconhecimento das pessoas de que é preciso contar com uma rede de suporte social ampla para lidar com as vozes em momentos mais difíceis. O estabelecimento de parcerias colaborativas é essencial para os processos de *recovery* das pessoas, principalmente para lidar com a experiência de audição de vozes. Segundo Mezzina et al. (2006) os processos envolvidos nas trajetórias de *recovery* são multidimensionais. No entanto, o sentimento de pertencimento, de inclusão social e os esforços em busca do exercício de cidadania de pessoas com experiências de sofrimento mental, principalmente aquelas com audição de vozes, são o caminho para o suporte que precisam para viver uma vida segura, digna, produtiva e plena. Em um trabalho conduzido por Nguyen, Goldsmith, Rains e Gillard (2021) sobre o suporte de pares realizado com pessoas que receberam diagnósticos de transtornos psicóticos, verificou-se que a desestigmatização das experiências de vozes é um conceito essencial para o suporte. Além disso, os autores descrevem que as pessoas veem o suporte de pares como símbolo de esperança de atingir uma mudança na própria condição. O suporte possibilitaria a criação de um senso de mutualidade e reciprocidade, que os pares ajudariam ainda na redução das barreiras estabelecidas entre profissionais e os clientes do serviço.

O suporte de pares é uma prática que visa o fortalecimento e empoderamento das pessoas com experiência vivida de sofrimento mental para o resgate da cidadania. Os resultados apresentados neste estudo descrevem as contribuições da prática de suporte de pares, inserida dentro de um contexto comunitário de saúde mental para pessoas com experiências de audição de vozes. A possibilidade de compartilhar experiências de vida semelhantes com os pares pode colaborar com a compreensão que a pessoa possui sobre a própria condição. Muitas vezes as pessoas chegam ao grupo com explicações pré-estabelecidas do que é a vivência de audição de vozes. No grupo, elas têm oportunidade de falar e pensar as vozes e conhecer as experiências de outras pessoas. As pessoas podem compartilhar as vivências de maneira livre e sem julgamento, consequentemente, aproximando-as e diminuindo a sensação de isolamento. Além disso, aprendem e compartilham estratégias para lidar com vozes de comando, agressivas e desafiadoras.

Hornstein, Putnam e Branitsky (2020) identificaram dois elementos que caracterizam os grupos de ouvidores de vozes. O primeiro elemento trata das interações estabelecidas no grupo que envolvem atitude não julgadora, papéis não hierárquicos, uso da curiosidade para se detalhar as experiências das pessoas, conexão e responsabilidades compartilhadas entre os membros. O segundo elemento refere-se aos entendimentos que circunscrevem as experiências de audição de vozes, por exemplo: as pessoas podem falar sobre as vozes sem que estas sejam patologizadas, os diferentes sentidos são levados ao grupo e são compartilhadas estratégias para lidar com as experiências mais desafiadoras. Os autores também propuseram um modelo dos processos de transformação que acontecem nos grupos. Esses modelos podem variar, mas servem como uma ferramenta útil de compreensão de como os grupos de ouvidores operam. Na primeira fase desse modelo, os membros do grupo aprendem quão difundida e variada é a experiência de audição de vozes. Na segunda fase, as descobertas sobre a audição de vozes tornam-se uma base importante para a nova forma como cada um vai responder às vozes ou aprender a manejá-las em momentos difíceis. E na terceira fase, as descobertas, explorações e ressignificações vão reconstruir o modo como a pessoa se coloca dentro e fora do grupo. Grupos de pessoas com experiências de audição de vozes são descritos como importantes ferramentas no cuidado em saúde mental, na medida em que promovem aceitação das experiências e possibilitam a construção de novos sentidos para as mesmas. A prática pode proporcionar estruturas de enfrentamento, promover empoderamento e autonomia das pessoas e colaborar com a compreensão dos papéis das adversidades psicossociais no surgimento e manutenção das vozes. Os grupos visam a troca entre pares e são importantes espaços de compartilhar experiências e estratégias na maneira de lidar colaborando com os processos de *recovery* individuais (Longden, Read, & Dillon, 2018).

Nesse ponto, é necessário fazer algumas diferenciações. De acordo com Davidson et al. (2005) o suporte de pares se diferencia de grupos de suporte mútuo no sentido em que os relacionamentos que os pares têm uns com os outros nesses grupos, são considerados de natureza recíproca. E que embora algumas pessoas possam ser mais experientes que outras, espera-se que todos se beneficiem de alguma forma. Os autores citam alguns exemplos de grupos de ajuda mútua, por exemplo, grupos de Alcóolicos Anônimos. O suporte de pares ao contrário envolveria uma ou mais pessoas com histórico de doença mental e que experimentaram melhorias significativas em sua condição ou que atingiram determinado nível de recovery e que oferece suporte/apoio a outras pessoas na mesma condição. Segundo os autores, no suporte de pares nem sempre o componente da reciprocidade está presente.

Apesar do suporte de pares já ser uma prática comum dentro dos contextos de saúde internacionais, ainda há muito o que avançar para que esta esteja no centro das discussões sobre saúde mental no país. Para Mutschler et al. (2022), para que a prática de suporte de pares seja inserida com sucesso dentro dos serviços de saúde são necessários documentos orientadores e políticas públicas elucidativas sobre a prática, implementação desses programas e financiamento. Os autores colocam ainda que os serviços de saúde devem incluir uma cultura organizacional que aceita o suporte de pares, que possua recursos disponíveis, envolvimento das lideranças dentro desses serviços e um clima de implementação engajado. Eles destacam a importância de possuir uma definição clara de funções e uma cultura organizacional flexível orientada para o *recovery* em saúde mental. As implicações do próprio entendimento sobre *recovery* (que em algum nível difere de outros modelos de cuidado) é que a pessoa com experiência vivida de sofrimento mental pode ter uma vida digna e fazer escolhas independente do desaparecimento ou remissão de sintomas (Davidson, 2016). No entanto, é necessário ter um olhar multidimensional que foque em diferentes aspectos da vida de uma pessoa, como, bem-estar físico, suporte social, bem-estar espiritual, financeiro e ocupacional. É importante considerar que o *recovery* se dá nessas diferentes dimensões e é afetado pelos determinantes sociais do contexto em que ocorre.

Com o início de uma discussão sobre o *recovery* em saúde mental no Brasil, o suporte de pares abre o debate sobre empoderamento e protagonismo das pessoas com experiência vivida de sofrimento mental como agentes ativos no próprio processo. Ricci, Leal, Davidson e Costa (2020) analisaram narrativas de *recovery* de pessoas em serviços públicos de saúde mental brasileiros e destacaram que existem semelhanças nos processos de *recovery* dentro do nosso contexto quando comparados à literatura internacional. Os autores colocam que *recovery* é possível dentro do nosso modelo de atenção psicossocial no sentido em que o próprio serviço de saúde mental emprega estratégias que podem potencialmente facilitar o processo de *recovery* das pessoas e ajudá-las a se reinserir na comunidade e recuperar cidadania. Esses entendimentos vão na mesma direção dos princípios da atenção psicossocial que busca a reconstrução do exercício da cidadania e reintegração social dos indivíduos.

Segundo Costa (2017), práticas sustentadas pelo *recovery* em saúde mental podem colaborar para que o Brasil avance na Reforma Psiquiátrica, no sentido em que propõe o desenvolvimento de novas políticas e novas práticas em saúde mental. Os retrocessos vividos nos últimos anos dentro do contexto brasileiro são evidentes. Vivemos em um momento de uma política mental hostil que realoca o hospital psiquiátrico e a internação para o centro do cuidado. A redução e redirecionamento de investimento público na área de saúde mental agravam as

desigualdades e dificultam o acesso das pessoas aos seus direitos básicos. Para Onocko-Campos, Davidson e Desviat (2021), na América Latina, os planos de ajuste fiscal e a redução do investimento público aumentam as inequidades e a estigmatização de pessoas em sofrimento mental. Os autores colocam que o desafio de reformas na assistência ainda está presente. É necessário que as pessoas tenham acesso ao sistema de saúde mental e de saúde física de modo a reduzir as lacunas das desigualdades e precariedades das condições de vida. Seria importante que houvesse uma expansão dos serviços comunitários de saúde e dos recursos destinados a estes espaços, principalmente em regiões mais empobrecidas do Brasil. Ainda, a expansão dos entendimentos sobre *recovery* e de serviços orientados ao *recovery*, é fundamental no Brasil. Isso envolveria ainda a criação de atividades ou cursos de capacitação e educação permanete de profissionais da saúde mental e uma mudança na propria cultura de cuidado (Onocko-Campos, 2019).

No campo de desenvolvimento da ciência, existe uma falta de conhecimento sobre algumas práticas e a eficácia da aplicação destas em países de baixa renda. Práticas culturalmente sensíveis deveriam ser mais estudadas e divulgadas no sentido de oferecer uma base para o desenvolvimento de programas de formação profissional na área de saúde mental (Onocko-Campos, Davidson & Desviat, 2021). De acordo com Oliveira et al. (2021), são poucas as publicações sobre o *recovery* na America Latina. Os autores chamam a atenção para a necessidade de maior produção de estudos, principalmente aqueles que valorizam experiências locais. Estratégias orientadas ao *recovery* podem fortalecer a atenção psicossocial e reforçar os compromissos propostos pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Na conjuntura política atual, em que a gestão pública desvaloriza a ciência e não se pauta nas evidências científicas atuais, em que o constante desrespeito aos direitos civis e sociais das pessoas se destacam cotidianamente, são necessárias ações que estejam engajadas na defesa dos direitos e no avanço de políticas públicas.

Em relação às limitações do presente estudo, é importante evidenciar as características particulares desse grupo. O grupo de ouvidores de vozes de Ribeirão Preto começou em 2015 e foi um dos primeiros grupos de ouvidores do país, inserido dentro de um serviço comunitário de saúde mental. A maioria das pessoas que fazem parte do grupo também são clientes do serviço de saúde mental no qual este se insere e são geralmente de classes sociais mais baixas. Grupos que acontecem em outros contextos podem assumir características diferentes. Por exemplo, grupos que acontecem em organizações não governamentais, ou com participantes de classes sociais mais altas/escolaridade mais alta podem apresentar visões diferentes sobre as experiências de audição de vozes ou contar com redes de suporte social mais ampliadas.

Entretanto, considerando que nos últimos anos grupos de ouvidores de vozes tem se expandido no país dentro de serviços comunitários de saúde mental do tipo CAPS, nossos dados contribuem para refletir sobre estas iniciativas. Ademais, neste trabalho utilizamos gravações em áudio dos encontros do grupo onde os participantes falaram livremente sobre qualquer assunto. Diferentes procedimentos metodológicos ou mais estruturados que explorem essas questões pontualmente podem fornecer resultados diferentes sobre a prática. Ressalta-se, no entanto, que os dados demonstram as conversas que acontecem naturalmente, no dia-a-dia do grupo. Os objetivos deste estudo buscavam explorar com profundidade as contribuições da prática de suporte de pares colocando em evidência as experiências das pessoas que ouvem vozes como centro de interesse. Destaca-se a necessidade de mais estudos que explorem as minúcias do suporte de pares e de práticas orientadas ao *recovery* dentro dos serviços de saúde mental brasileiros.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou analisar as contribuições de um grupo de ouvidores de vozes que acontece em um CAPS-III do município de Ribeirão Preto, interior de São Paulo. Observou-se que o grupo oferece diferentes formas de suporte às pessoas com experiências na audição de vozes. As pessoas tornam o grupo um lugar acolhedor, onde podem falar livremente sobre suas experiências e conhecer outras pessoas que também possuem as mesmas vivências. Outro ponto importante é que os participantes do grupo acolhem as histórias de sofrimento e se colocam solidários frente a essas demandas. Outra forma de suporte acontece na medida em que os participantes do grupo ajudam outros membros a construir novas formas de se relacionar com as experiências. Nos encontros eles fazem perguntas que buscam ampliar as possibilidades de compreensão das histórias relatadas e oferecem novas possibilidades de entendimento para as vozes. É comum as pessoas já chegarem no grupo com explicações prontas para as suas vivências; estas explicações são muitas vezes oferecidas por pessoas que não possuem a experiência de audição de vozes. No grupo elas podem falar sobre as vozes e aos poucos atribuir sentidos próprios para as experiências. Relatos sobre situações angustiantes com as vozes são comuns. Muitas pessoas do grupo relatam vozes de comando ou agressivas. Nesse sentido, o suporte oferecido acontece na medida em que participantes mais experientes compartilham estratégias pare lidar com essas situações. Um lugar para falar livremente sobre as vozes, conhecer outras pessoas que também passam pela mesma experiência e se instrumentalizar para lidar com as experiências em momentos desafiadores é essencial para o empoderamento das pessoas frente às próprias vivências. Outra forma de suporte oferecido se dá a partir de tentativas de ampliar as redes de suporte. Dentro do grupo são estabelecidos vínculos de amizade e cuidado. As pessoas se colocam empaticamente ao ouvir as histórias e convidam outras pessoas que não ouvem vozes para participar dos encontros na tentativa de fortalecer redes de suporte externas. Os membros do grupo instilam esperança nos demais para lidar com adversidades decorrentes da audição de vozes ao compartilhar mudanças na própria condição ou ao relatar trajetórias de *recovery* de outras pessoas.

Embora nem sempre as vozes possuam conteúdos negativos, a maioria das pessoas do grupo relatam ouvir vozes depreciativas, agressivas ou de comando. Tanto o conteúdo das vozes quanto a relação que se estabelece com elas afeta as pessoas no dia-a-dia. Nos encontros do grupo de ouvidores de vozes é realizada uma troca ativa de estratégias para lidar com as experiências. Observou-se que as estratégias mais utilizadas são aquelas que ajudar a evitar as vozes. Nos encontros as pessoas dizem se concentrar em outras atividades, por exemplo, ouvir

música, realizar alguma atividade em casa ou ver televisão, quando as vozes estão muito altas. Outra estratégia bastante discutida nos encontros se refere àquelas tentativas de manejar mais ativamente a experiência, como dialogar ou enganar vozes ou identificar os prós e contras das solicitações das vozes de comando. Nesses momentos, em que a experiência de audição de vozes está muito angustiante, muitos participantes do grupo dizem buscar suporte de outras pessoas. Buscam a família, colegas com quem possam conversar ou mesmo os serviços de saúde mental para lidar com essas situações. Outras estratégias referem-se à participação na vida comunitária, ao trabalho e também estratégias ligadas à espiritualidade, como rezar ou buscar algum líder religioso.

Durantes os encontros do grupo, constantemente se fala sobre o estigma e a falta de redes de suporte para lidar com as vozes. Muitas pessoas conversam sobre o assunto somente no grupo ou quando encontram com colegas que passam pela mesma experiência. A família geralmente é relatada como a rede de suporte principal, mas nem sempre os familiares compreendem as experiências de seus entes queridos. Há um entendimento por parte da maioria do grupo de que é necessário estabelecer redes de suporte para além daquele espaço para lidar com situações mais críticas da experiência. Para isso, o grupo se organiza para identificar possíveis redes e convidar essas pessoas, de fora do grupo, para participarem das reuniões. Há um entendimento de que pessoas de fora do grupo, ao participar dos encontros, poderiam compreender melhor sobre a audição de vozes e consequentemente oferecer cuidado em momentos mais difíceis das experiências. O grupo de ouvidores de vozes se constrói enquanto uma rede de suporte social importante, em que são estabelecidos vínculos de cuidado e afetividade. O grupo de ouvidores de vozes possibilita a expansão das redes de suporte e de parcerias colaborativas nos processos de *recovery* das pessoas. A ampliação da rede de suporte social é fundamental para as pessoas que possuem experiência vivida de audição de vozes.

Os entendimentos e as práticas orientadas ao *recovery* passaram a ser discutidas no Brasil nos últimos anos e chamam a atenção sobretudo para a promoção da autonomia e o empoderamento de pessoas com experiências vividas de sofrimento mental. Em relação as implicações deste estudo, ressaltamos que os profissionais e os serviços de saúde podem ser parceiros ao facilitar os processos de *recovery* das pessoas, bem como colaborar com a luta pelo acesso aos direitos básicos. Ademais, a implementação de tais práticas dentro dos serviços de saúde mental brasileiros representa mudanças significativas e que podem contribuir para o fortalecimento da rede de atenção à saúde mental na comunidade. Pretendeu-se, neste estudo, contribuir com a discussão sobre *recovery* no Brasil, especificamente com a prática do suporte

de pares. Ademais, destacar as contribuições da prática para pessoas com experiências de audição de vozes pode fomentar novos grupos e novas pesquisas no país.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (1998). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 143p.

Amarante, P. (2007). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Amarante, P. (1995). Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

Amarante, P. D. C. & Oliveira, W. F. (2004). A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecno-Científica, 12(*47), 6 21.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association. (2005). Position Statement on the Use of the Concept of *Recovery*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2005.

Amering, M. & Schmolke, M. (2009). *Recovery in Mental Health: Reshaping Scientific and Clinical Responsibilities*. Oxford, New York. Wiley & Blackwell. E-book.

Anastácio, C. C., & Furtado, J. P. (2012). Reabilitação Psicossocial e *Recovery*: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 4* (9), 72-83.

Anthony, W. A. (1993). *Recovery* from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23.

Archer, M. S., Bhaskar, R., Collier, A., Lawson, T & Norrie, A. (Org.). (1998). *Critical realism: essential readings*. London New York: Routledge. E-book.

Baker, P. (2009). *The voice inside*: a practical guide to coping with hearing voices. P&P Press.

Barros, O. C., & Serpa Jr, O. D. de. (2017). Ouvir vozes: um estudo netnográfico de ambientes virtuais para ajuda mútua. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *27*(4), 867–888. https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400002

Basaglia, F. (1985). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal.

Bhaskar, R. (1975), A realist theory of science. Leeds, Leeds Books.

Bhaskar, R. (2016). *The Order of Natural Necessity: A Kind of Introduction to Critical Realism*. Createspace Independent Publishing Platform.

Beavan, V., De Jager, A., & dos Santos, B. (2017). Do peer-support groups for voice-hearers work? A small scale study of Hearing Voices Network support groups in Australia. *Psychosis, 9*(1), 57–66. https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1216583

Bergin, M., Wells, J. S. G., & Owen, S. (2008). Critical realism: a philosophical framework for the study of gender and mental health. *Nursing Philosophy, 9(3), 169–179.*

Bien, C.; Reis, G. C. (2017). The hearing voices movement: mental health advocacy and *recovery*. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 9*(21), 79-88.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2011). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde (2005). Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Disponivel em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3* (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887

Braun, V. and Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners.* London: Sage.

Castelein, S., Bruggeman, R., Davidson, L., & Gaag, M. van der. (2015). Creating a Supportive Environment: Peer Support Groups for Psychotic Disorders. *Schizophrenia Bulletin, 41*(6), 1211–1213. doi:10.1093/schbul/sbv113

Corradi-Webster, C.M., Rufato, L.S., Leão, E.A., Bien, C., Reis, G. (2021). Grupo de Ouvidores de Vozes: Experiências de um grupo de suporte de pares em contexto brasileiro. *Revista Iberoamericana de Psicología, 14*(2), 85-92.

Corradi-Webster, C. M.; Santos, M. V. & Leão, E. A. (2017). Construindo novos sentidos e posicionamentos em saúde mental: Grupo de Ouvidores de Vozes In: Rasera, E. F.; Taverniers, K. &Vilches-Álvarez, O. *Construccionismo Social en acción: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos*. TAOS Institute Publications, E-book. ISBN: 978-1-938552-55-7

Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). Emerging Perspectives from the Hearing Voices Movement: Implications for Research and Practice. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(Suppl_4), 285–294. https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007

Corrigan, P. W. (2006). *Recovery* from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *6*(7), 993–1004. https://doi.org/10.1586/14737175.6.7.993

Costa, M. N. (2017). *Recovery* como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Brazilian Journal of Mental Health, 9* (21), 01-16. doi: 10.5007/cbsm.v9i21

Davidson, L., O'Connell, M. J., Staeheli, M., Weingarten, R., Tondora, J. & Evans, A. C. (2005) "Concepts of *Recovery* in Behavioral Health: History, Review of the Evidence, and Critique". Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/242582822_CONCEPTS_OF_*RECOVERY*_IN_BEHAVIORAL_HEALTH_HISTORY_REVIEW_OF_THE_EVIDENCE_AND_CRITIQUE

Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer Support Among Individuals with Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6(*2), 165–187. doi:10.1093/clipsy.6.2.165

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2005). Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin, 32*(3), 443–450. doi:10.1093/schbul/sbj043

Davidson, L.; Roe, D. & Tondora, J. (2020). Concept and Model of *Recovery*. In: Shrivastava, A., & De Sousa, A. (Eds.). (2020). *Schizophrenia Treatment Outcomes.* doi:10.1007/978-3-030-19847-3.

Davidson, L., & McGlashan, T. H. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. Canadian *Journal of Psychiatry, 42*, 34 – 43.

Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M. & Evans, A. C. (2005). *Recovery* in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(5), 480–487. doi:10.1037/0735-7028.36.5.480

Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J.K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology Science and Practice, 6,* 165–187.

Davidson, L.; Belamy, C. B.; Guy, K.; Miller, R. A M. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry, 11* (2), 123–128.

Davidson, L.; Chinman, M.; Sells, D.; Rowe, M. (2005). Peer Support Among Adults with Serious Mental Illness: A Report from the Field. *Schizophrenia Bulletin, 32* (3), 443–450. doi:10.1093/schbul/sbj043

Davidson, L. (2016). The *recovery* movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs, 35*(6), 1091-1097.

Davidson, L. (2020). Recovering a Sense of Self in Schizophrenia. Journal of Personality. doi:10.1111/jopy.12471

Deegan, P. E. (1988). *Recovery*: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 11–19.

Deegan, P. (1996). *Recovery* as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 19*(3), 91–97. https://doi.org/10.1037/h0101301

Deegan, P. (2005) *Recovery* as a journey of the heart. In: Davidson, L., Harding, C. & Spaniol, L. (eds.) *Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice.* Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University, *1* (57–68).

De Jager, A., Rhodes, P., Beavan, V., Holmes, D., McCabe, K., Thomas, N., McCarthy-Jones, S., Lampshire, D. & Hayward, M. (2015). Investigating the Lived Experience of *Recovery* in People Who Hear Voices. *Qualitative Health Research*, 1-15. doi: 10.1177/1049732315581602.

Doroud, N., Fossey, E., & Fortune, T. (2018). Place for being, doing, becoming and belonging: A meta-synthesis exploring the role of place in mental health *recovery*. *Health and Place*, *52*, 110-120. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.05.008

Downe, S., Finlayson, K.W., Lawrie, T.A. *et al.* (2019). Qualitative Evidence Synthesis (QES) for Guidelines: Paper 1 – Using qualitative evidence synthesis to inform guideline scope and develop qualitative findings statements. *Health Res Policy Sys* **17,** 76. https://doi.org/10.1186/s12961-019-0467-5

Fernandes, H. C. D. & Zanello, V. (2018). O grupo de ouvidores de vozes: dispositivo de cuidado em saúde. *Psicol. estud., 23,* 117-128.

Fletcher, A. J. (2016). Applying critical realism in qualitative research: methodology meets method. *International Journal of Social Research Methodology, 20(2), 181–194.* doi:10.1080/13645579.2016.1144401

Gattaz, W. F. (1999). A criminalização do doente mental: como fazer e como evitar. Revista USP, (43), 24-31. https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i43p24-31

Hirdes, A. (2001). *Reabilitação Psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo*. Brasil: EDIFAPES.

Hornstein, G. A., Robinson Putnam, E., & Branitsky, A. (2020). How do hearing voices peer-support groups work? A three-phase model of transformation. *Psychosis,* 1–11. doi:10.1080/17522439.2020.1749876

Jose, D., Ramachandra, Lalitha, K., Gandhi, S., Desai, G., & Nagarajaiah. (2015). Consumer perspectives on the concept of *recovery* in schizophrenia: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry, 14,* 13–18. doi:10.1016/j.ajp.2015.01.006

Kantorski, L. P., Antonacci, M. H., Andrade, A. P. M., Cardano, M., & Minelli, M. (2017). Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. *Saúde em Debate*, *41* (115), 1143-1155.

Kantorski, L. P. (2001). A reforma psiquiátrica - um estudo parcial acerca da produção científica da temática. Revista Eletrônica De Enfermagem, 3(2). https://doi.org/10.5216/ree.v3i2.721

Larøi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian, W. A., Deshpande, S., Fernyhough, C., … Woods, A. (2014). Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(Suppl_4), S213–S220. ttps://doi.org/10.1093/schbul/sbu012

Leede-Smith, S., Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbalhallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Frontiers in human neuroscience*, *7:* 367

Leão, E. A. (2016). Uso de drogas por indivíduos em tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de profissionais de um serviço de saúde mental. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/D.59.2016.tde-28062016-111343.

Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Swartz, MS, Rosenheck, R.A., Perkins, D.O. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England journal of medicine*, *353*(12), 1209-1223.

Longden, E., Read, J. & Dillon, J. (2017). Assessing the Impact and Effectiveness of Hearing Voices Network Self-Help Groups. *Community Ment Health J*. doi: 10.1007/s10597-017-0148-1.

Lyons, E. & Coyle, A. (2007). Analysing qualitative data en psychology. London: SAGE publication.

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). *Peer support: A theoretical perspective. Psychiatric Rehabilitation Journal, 25(2), 134–141.* doi:10.1037/h0095032

Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., & Sells, D. (2006). The Social Nature of *Recovery*: Discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 9*(1), 63–80. doi:10.1080/15487760500339436

Minelli, M. (2017). Cartografare paesaggi sonori. Un itinerario etnografico nella rete degli Uditori di Voci. *Anuac.(6*), 2, 219-243.

Mutschler, C., Bellamy, C., Davidson, L., Lichtenstein, S., & Kidd, S. (2022). Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature. *Psychological Services, 19*(2), 360–374. https://doi.org/10.1037/ser0000531

Mudry, T., Nepustil, P., & Ness, O. (2018). The Relational Essence of Natural *Recovery*: Natural *Recovery* as Relational Practice. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *17*, 191–205.

Muñoz, N. M., Serpa Jr, O. D. L., Erotildes M., Dahl, C. M. & Oliveira, I. C. (2011). Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *16*(1), 83-89.

Nguyen, J., Goldsmith, L., Rains, L. S., & Gillard, S. (2021). *Peer support in early intervention in psychosis: a qualitative research study. Journal of Mental Health, 1–7.* doi:10.1080/09638237.2021.1922647

Oliveira, W. F., Aquino, P. R., Cidade, A., Bessa, S. L., & Bess, E. B. (2021). *Recovery* e saúde mental: Uma revisão da literatura latinoamericana. Revista Iberoamericana de Psicología, 14 (2), 71-83. Disponivel em: https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/2205

Onocko-Campos, R., Davidson, L., Desviat, M. (2021). Mental health and human rights: Challenges for health services and communities. Salud Colect, 17, -3. Doi: https://doi.org/10.18294/sc.2021.3488

Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cadernos de Saúde Pública, 35(11). doi:10.1590/0102-311x00156119

Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. The Lancet, 388(10039), 86–97. doi:10.1016/s0140-6736(15)01121-6

Percy, M. L., Bullimore, P. & Baker, J. A. (2013). Voice hearers' perceptions of *recovery*: Findings from a focus group at the second world hearing voices festival and congress. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, (6)*, 564-568.

Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2016). Relational *recovery*: beyond individualism in the *recovery* approach. *Advances in Mental Health, 15*(2), 108–120.

Pilgrim, D. (2013). The Failure of Diagnostic Psychiatry and some prospects of Scientific Progress Offered by Critical Realism, Journal of Critical Realism, 12:3, 336-358

Reis, G., Bromage, B., Rowe, M. et al. Citizenship, Social Justice and Collective Empowerment: Living Outside Mental Illness. Psychiatr Q 93, 537–546 (2022). https://doi.org/10.1007/s11126-021-09968-x

Rowe, M. (2015). Citizenship and mental health. Oxford University Press.

Ricci, C., É., Leal, M., E., Davidson, L., & Costa, M. (2020). *Narratives about the Experience of Mental Illness: the recovery Process in Brazil. Psychiatric Quarterly.* doi:10.1007/s11126-020-09824-4

Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Cortens, D. & Morris, M. (2009). *Living with voices. 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.

Rotelli, F., et al. (1990). Desinstitucionalização: uma outra via. São Paulo:HUCITEC.

Sayer, A. (2000). Características-chave do Realismo Crítico na prática: um breve resumo. Estudos de Sociologia. Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, 6(2), 7-32.

Schön, U.-K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(4), 336–347.

Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2007). Making *recovery* a reality. Sainsbury Centre for Mental Health. Policy paper. Retrieved from:

http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.688.6109&rep=rep1&type=pdf.

Slade, M. (2010). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press; 1 ed.

Slade, M., Adams, N. & O'Hagan, M. (2012) *Recovery*: Past progress and future challenges, *International Review of Psychiatry, 24*, 1, 1-4.

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., … Whitley, R. (2014). *Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psychiatry, 13(1), 12–20.* doi:10.1002/wps.20084

Spink, M. J. (2004). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 3ª.ed. São Paulo, Ed. Cortez.

Stępnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. A. (2018). Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. Molecules, 23(8), 2087. doi:10.3390/molecules23082087

Stroup, T.S.; Lieberman, J.A.; Swartz, M.S.; McEvoy, J.P. Comparative effectiveness of antipsychotic drugs in schizophrenia. Dialogues Clin. Neurosci. 2000, 2, 373–379.

Sheitman, B. & Lieberman, J. . (1998). The natural history and pathophysiology of treatment resistant schizophrenia. Journal of Psychiatric Research, 32(3-4), 143–150. doi:10.1016/s0022-3956(97)00052-6

Szasz, T. S. (1961). The uses of naming and the origin of the myth of mental illness. *American Psychologist, 16(2), 59–65.* doi:10.1037/h0040842

Schmutte T.; Guy K.; Davidson L.; Bellamy C.D. (2020). Peer Supports in *Recovery*. Kelly Brook, 2020.

Solomon, P. (2004). *Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. Psychiatric Rehabilitation Journal, 27(4), 392–401.* doi:10.2975/27.2004.392.401

Stratford, A. C., Halpin, M., Phillips, K., Skerritt, F., Beales, A., Cheng, V., … Davidson, L. (2017). *The growth of peer support: an international charter. Journal of Mental Health, 1–6.* doi:10.1080/09638237.2017.1340593

Tew J., Ramon S., Slade M., Bird V., Melton J., Le Boutillier C. (2012). Social Factors and *Recovery* from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *Br. J. Soc. Work; 42*, 443–460. doi: 10.1093/bjsw/bcr076.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública, 39(3), 507–514. doi:10.1590/s0034-89102005000300025

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007 Dec;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.

Villares, C. C. (2015). "Comunidade de fala" - Contando histórias de superação nos transtornos mentais. Nova Perspectiva Sistêmica, 24(53), 120–124. Recuperado de https://revistanps.emnuvens.com.br/nps/article/view/153

Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings. Psychiatric Rehabilitation Journal, 36(1), 28–34. https://doi.org/10.1037/h0094744

Wainwright, S. P., & Forbes, A. (2000). Philosophical Problems with Social Research on Health Inequalities. *Health Care Analysis, 8(3), 259–277.* doi:10.1023/a:1009479515070

Willig, C. (2001). Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method. New York: Open University Press.

World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013–2020. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.

Woods, A. (2013). The voice-hearer. *Journal of Mental Health, 22*(3), 263–270. doi:10.3109/09638237.2013.799267

ANEXOS A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS – USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa
Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/116-dgfs.

Ribeirão Preto, 28 de novembro de 2018.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"Ouvidores de Vozes: potencialidades e implicações da prática grupal"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 186ª Reunião Ordinária, realizada em 22.11.2018, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE nº 98206518.9.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas. De acordo com a Resolução nº466 de 12/12/2012, devem ser entregues relatórios semestrais e, ao término do estudo, um relatório final sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Patrícia Nicolucci
Coordenadora

Ao(À) Senhor(a)
Lívia Sicaroni Rufato
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP -USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 01 da Administração - sala 07
14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: http://www.ffclrp.usp.br - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APRESENTADO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Você está sendo convidado a participar do estudo "**Ouvidores de Vozes: potencialidades e implicações da prática grupal".** Esse estudo está sob a responsabilidade da pesquisadora Lívia Sicaroni Rufato, e tem orientação da Profa. Dra. Clarissa M. Corradi-Webster, junto a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP).

Sabemos que o Movimento de Ouvidores de Vozes está em crescente expansão no nosso país e compreende o ouvir vozes como algo naturalizado e que todas as pessoas podem ouvir vozes em determinado momento de suas vidas. Sendo assim o objetivo deste trabalho é analisar as contribuições do grupo de Ouvidores de Vozes para promover superação em saúde mental. Para isso, pretende-se gravar um total de 10 encontros para identificar como os valores que constroem o movimento se articulam nas conversas grupais. Essas gravações serão arquivadas pelo período de 5 anos e depois destruídas. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso a essas gravações. Gostaríamos de esclarecer que: seus nomes serão mantidos em sigilo; as informações serão confidenciais e serão usadas apenas para este estudo; estas informações poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico, porém sempre preservando a confidencialidade e sigilo. Não será possível, dessa forma, identificar as pessoas envolvidas.

Sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de pressão. Os benefícios deste trabalho estão relacionados às possibilidades de novas compreensões do fenômeno de ouvir vozes. O risco de participar desse estudo é mínimo, ou seja, talvez haja situações em que você se sinta um pouco inibido com o gravador. Caso isto aconteça, você pode solicitar que a pesquisadora interrompa a gravação. A pesquisadora também estará atenta a estas situações e, caso perceba algum desconforto, irá desligar o gravador e apagar a gravação.

Se você concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que:

a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se ou mudar de ideia em relação a sua participação;

b) a pesquisadora, mediante não concordância de algum participante, não gravará o encontro;

c) você pode deixar de participar da pesquisa em qualquer momento e não precisa apresentar justificativas para isso;

d) não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro para esta participação, no entanto, é garantido o ressarcimento de eventuais despesas;

e) a sua participação, ou não participação nessa pesquisa não causará nenhum prejuízo ou beneficio no curso do seu tratamento nesta unidade de referência.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários. Este termo está em duas vias, uma ficará com você e outra com o pesquisador responsável.

Estando de acordo com a participação no projeto **"Ouvidores de Vozes: potencialidades e implicações da prática grupal".**

Nome do participante:_____RG:_____

Assinatura do participante:_____

Assinatura da pesquisadora responsável:_____

Data: _____/_____/_____

Se precisar de algum outro tipo de esclarecimento sobre o estudo, você pode entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis:

Profa. Dra. Clarissa M. Corradi-Webster
Departamento de Psicologia
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP
(16) 3602.0196 - clarissac@usp.br

Lívia Sicaroni Rufato
Doutoranda do Departamento de PsicologiaFaculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP
(16) 99183-8556 - livia.rufato23@gmail.com

Se você quiser mais esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP
Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 01 –Prédio da Administração – sala 07
14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
BrasilFone: (16) 3315-4811 – Atendimento de 2ª a 6ª das 13h30 às 17h30
E-mail: coetp@ffclrp.usp.br