



## Escutar (as) Vozes: Da Qualificação da Experiência à Possibilidade de Cuidado

Henrique Campagnollo Dávila Fernandes<sup>1,\*</sup>  & Valeska Zanello<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UniCePlac), Gama, DF, Brasil

<sup>2</sup>Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

**RESUMO** – Este artigo teve como objetivo analisar experiências de audição de vozes de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial. Para isso, foram entrevistadas dez pessoas. Foi utilizado o método qualitativo, com análise de conteúdo. Foram eleitas quatro categorias: “origem” das vozes, fenomenologia das vozes, estratégias de lida, e suporte familiar. Observou-se que as vivências alucinatórias surgiram em meio a contextos de violência e isolamento. Variáveis topográficas que constituem as vozes indicam possibilidades de compreender o fenômeno. Movimentar-se apresentou-se como condição básica para a lida com as experiências. O suporte familiar mostrou-se essencial para o enfrentamento das dificuldades. Conclui-se que é necessária uma qualificação da alucinação auditiva como experiência plena de sentido, a qual deve ser respeitada em qualquer intervenção que se proponha ao cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** alucinação auditiva, saúde mental, CAPS

## Hearing Voices: From the Experience Qualification to the Possibility of Care

**ABSTRACT** – This article aimed to analyze hearing voices experiences in patients of a Psychosocial Care Center. In this regard, ten people were interviewed. The qualitative method was used, with content analysis. Four categories were chosen: “origin” of voices, phenomenology of voices, coping strategies, and family support. Hallucinatory experiences have emerged in contexts of violence and isolation. Topographic variables of the voices indicate possibilities of understanding the phenomenon. The movement is a basic condition to deal with the experiences. Family support is key to cope with difficulties. It is necessary to qualify the auditory hallucination as a meaningful experience, which must be respected in any intervention that intends care.

**KEYWORDS:** auditory hallucination, mental health, Psychosocial Care Center

“Doutor, o sinhô sabe que tenho ouvido muitas vozes? Sabe que que eu fiz? Comprei capacete pra dormi. Percebi que quando eu andava de moto, elas me deixava em paz. E tava teno muito probema pra dormi.” Assim começou a fala de um dos integrantes de um grupo psicoterapêutico de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>1</sup>, destinado

ao cuidado de pessoas em situação de sofrimento psíquico grave<sup>2</sup>. Ele continuou: “Aí coloquei um na hora que elas tava me azucrinano, e dispistei. Pedi pra minha mãe comprá cinco. Porque capacete sua dimais, a noite toda, aí é um pra cada dia da semana, e não fica com chêro ruim”.

<sup>1</sup> O CAPS é destinado a acolher e tratar pessoas em situação de sofrimento psíquico grave e/ou que tenham dependência de álcool e outras drogas através de apoio de equipe de saúde multiprofissional.

<sup>2</sup> Relativo às formas de manifestação da angústia, que não são bem compreendidas ou aceitas pela cultura/meio social. O termo *grave* se refere à demanda de cuidados especializados para o tratamento (Costa, 2013).

\* E-mail: [hcdfernandes@gmail.com](mailto:hcdfernandes@gmail.com)

■ Submetido: 11/08/2017; Aceito: 17/10/2018.

O fragmento acima nos apresenta uma estratégia adotada por um ouvidor de voz para não ser tão incomodado pelas vozes. Porém, a maior parte das pessoas que faz tratamento no local pesquisado demonstra não conseguir encontrar maneiras de enfrentamento para a questão e relata grande sofrimento. Isso se deve ao fato de a alucinação ser uma experiência perturbadora, a ponto do ouvidor de vozes não conseguir trabalhar ou estudar e, até mesmo, tentar suicídio (Kalhovde et al., 2013). É também comum as vozes causarem isolamento e dificuldade de estabelecer redes de suporte importantes à saúde mental e ao processo de recuperação<sup>3</sup> (Baker, 2009).

Tal fenômeno tem sido documentado desde a Antiguidade (Longden et al., 2012). No século XVII, ele veio a ser estudado dentro do modelo científico/biomédico e, ao final do século XVIII, pela neurologia e psiquiatria (Telles-Correia et al., 2015). Esse cenário começou a mudar em 1987, na Europa, com os esforços de Marius Romme e Sandra Escher, que passaram a realizar pesquisas comparando ouvidores de vozes clínicos (que faziam tratamento psiquiátrico) e não clínicos, bem como buscando compreender o fenômeno não mais como sinal de doença mental (Hill & Linden, 2013).

Com o apoio de ouvidores de vozes, Romme e Escher fundaram o *Movimento de Audição de Vozes*, em inglês, *Hearing Voices Movement* (HVM<sup>4</sup>; Corstens et al., 2014), que está presente em países europeus, asiáticos, da América do Norte e Oceania. O HVM oferece redes de suporte alternativas à lógica biomédica, com bons resultados – como redução de medicações e maior bem-estar (Corstens et al., 2014), e serviu de base para que a audição de vozes fosse pesquisada de várias formas: para saber como ouvidores de vozes avaliavam diálogos entre pares, combinando psicoeducação com trocas de experiências, levantando efeitos de grupos de ouvidores de vozes, dentre outros (Romme, 2009a).

No Brasil, essa realidade é diferente. As experiências alucinatórias são mais frequentemente relatadas nos espaços destinados ao tratamento em saúde mental ou em grupos religiosos que valorizam e fomentam *experiências*

*anômalas* (EAs)<sup>5</sup> – como católicos carismáticos, protestantes pentecostais, religiões afro-brasileiras e espíritas (Alminhana & Menezes, 2016). No campo da saúde mental, a alucinação auditiva é entendida conforme os manuais de psiquiatria<sup>6</sup> e o tratamento segue a metodologia tradicional: prescrição de medicamentos que visam à remissão dos sintomas.

Quanto aos grupos religiosos citados, são procurados pelos ouvidores de vozes para dar sentido às suas experiências e afastar o estigma da loucura, pois as crenças consideram as EAs como manifestações do divino (Godoy, 2012) e/ou sinal de mediunidade (Almeida, 2004). Porém, há casos em que os líderes religiosos orientam a pessoa a buscar ajuda profissional, em geral, quando as experiências alucinatórias envolvem elementos como prejuízos sociais e ocupacionais, sofrimento e comorbidades, ocorrências frequentes e de longa duração e falta de controle da experiência (Menezes & Almeida, 2009).

Crítérios semelhantes são utilizados para diferenciar ouvidores de vozes clínicos e não clínicos (Daalman et al., 2011; Badcock & Chhabra, 2013; Baumeister et al., 2016; Hill & Linden, 2013). Eles são fundamentais para evitar que uma EA seja confundida com um sintoma de transtorno mental e resulte em problemas iatrogênicos e diagnósticos equivocados (Almeida & Cardeña, 2011). Em se tratando de caso clínico ou não, procurar entender como as experiências se estruturam na vida das pessoas é algo fundamental para o cuidado (Baker, 2009) e auxilia na elaboração de estratégias de intervenção apropriadas para cada caso (McCarthy-Jones et al., 2014). No campo da saúde mental essas medidas são indispensáveis, já que muitos ouvidores de vozes permanecem realizando tratamento com medicações durante anos e relatam grande sofrimento em decorrência das alucinações e dos efeitos colaterais dos remédios, sem alguma resolução para essa questão.

Considerando esses pontos, este estudo teve como objetivo analisar experiências de audição de vozes de pessoas que faziam tratamento no sistema público de saúde, de modo a contribuir para reflexões sobre novas formas de compreensão e cuidado em relação a esse fenômeno. Para isso, frequentadores de um CAPS foram entrevistados e tiveram seus relatos apreciados conforme os procedimentos descritos a seguir.

<sup>3</sup> Diz respeito ao *recovery*, processo que ultrapassa a concepção de cura ou a remissão de sintomas e é alcançado quando o usuário resgata a esperança, melhora sua qualidade de vida e reconquista aspectos da existência que perdeu em razão do adoecimento. Ele se torna possível com a atuação conjunta de fatores externos (como o cuidado disponibilizado por serviços de saúde mental) e internos (recursos da própria pessoa) (Baccari et al., 2015). Tal conceito será visto com certa frequência neste artigo.

<sup>4</sup> Atualmente o HVM é coordenado pela *Intervoice – Rede Internacional para Treinamento, Educação e Pesquisa em Audição de Vozes* (Longden et al., 2013, p. 162, tradução nossa).

<sup>5</sup> Fazem referência a experiências incomuns ou as que, mesmo sendo comumente relatadas, são entendidas como diferentes das habituais e não pertencentes à realidade (Almeida & Lotufo Neto, 2003).

<sup>6</sup> *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM -5) e *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da Classificação Internacional de Doenças* (CID-11).

## MÉTODO

Este estudo fez parte de uma pesquisa de cunho empírico, que tinha, dentre seus objetivos, o intuito de problematizar a lógica tradicional do manejo da alucinação auditiva. Utilizou-se a metodologia qualitativa, já que se procurou explorar e entender significados atrelados à audição de vozes por meio de relatos de pessoas que convivem com esse tipo de experiência. O local escolhido foi um CAPS II, destinado ao cuidado de pessoas em situação de sofrimento psíquico grave, de uma capital brasileira. Para que a pesquisa tivesse início, o projeto foi apresentado e acordado com a equipe técnica do CAPS, seguindo os trâmites necessários para autorização junto aos comitês de ética dos órgãos responsáveis – a Instituição de Ensino Superior e a Secretaria de Saúde, tendo sido aprovado com os números CAAE: 52032315.6.0000.5540 e 52032315.6.3001.5553.

Os sujeitos de pesquisa frequentaram ao menos uma vez um grupo de ouvidores de vozes que tinha um dos pesquisadores como facilitador. Quatro não estavam mais em tratamento no CAPS. Ao todo, quinze ouvidores de vozes foram convidados a participar e receberam informações sobre a pesquisa. Dez aceitaram o convite, sendo quatro homens e seis mulheres, com o seguinte perfil: idades compreendidas entre os 25 e 54 anos; raça, tempo de tratamento, condição econômica e diagnósticos heterogêneos; religião e/ou práticas religiosas<sup>7</sup> variadas – quatro acreditavam no espiritismo, três eram evangélicos, um era católico e dois não fizeram referência a nenhuma crença; e tempo de audição de vozes compreendido entre 2 e 46 anos.

As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade das pessoas. Algumas delas foram entrevistadas no CAPS, e outras preferiram que isso fosse feito no local de residência. Oito foram gravadas em áudio, enquanto que dois participantes optaram pela não gravação, em razão de já terem tido delírios com aparelhos de transmissão sonora e não se sentirem à vontade com esse tipo de instrumento. Nesses casos, os relatos foram redigidos pelo pesquisador em folhas à parte, ao mesmo tempo em

que os entrevistados falavam, o que fez com que essas duas entrevistas durassem 30 minutos e 1 hora e 15 minutos. Posteriormente, foi lido para cada um dos entrevistados o que tinha sido redigido através do depoimento deles, para verificar se havia algo a ser retificado. Somadas, as entrevistas tiveram o total de 8 horas e 30 minutos, com um tempo médio de 51 minutos de duração.

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado a partir (a) do instrumento *Audição de vozes: Um questionário* (Escher et al., 2011, p.1, tradução nossa); (b) de questões que Romme et al. (2009) elencaram como fundamentais para a compreensão da relação entre a pessoa e suas vozes, bem como para o estabelecimento de caminhos terapêuticos<sup>8</sup>; (c) de experiências com o grupo de ouvidores de vozes do CAPS. Assim, foram explorados temas como estratégias de lida, características das vozes, acontecimentos relacionados ao surgimento das vozes e apoio da família, através de oito perguntas<sup>9</sup>: (1) “Me conte sobre sua história de vida”; (2) “Você lembra quando começou a escutar vozes?”; (3) “Como foi a primeira experiência?”; (4) “Aconteceu alguma coisa que você consegue associar com o surgimento das vozes?”; (5) “O que você faz quando as vozes começam a falar?”; (6) “Como entende a escuta de vozes?”; (7) “O que elas falam?”; 8) “Qual é a postura da família em relação a isso?”.

Os dados foram analisados conforme técnicas da Análise de Conteúdo (Bardin, 2016). O método analítico dividiu-se em quatro momentos: (1º) leitura livre do material transcrito (áudios e entrevistas redigidas); (2º) leitura com levantamento dos temas em cada entrevista; (3º) comparação dos temas entre as entrevistas e construção das categorias (para todas as entrevistas); (4º) agrupamento dos trechos de cada entrevista nas categorias. As quatro categorias elencadas foram: “origem” das vozes, fenomenologia das vozes, estratégias de lida e suporte familiar. Cada uma delas será explicada e ilustrada com recortes dos relatos dos entrevistados no próximo tópico. Utilizaram-se, nos recortes, nomes fictícios, sendo omitidos dados pessoais a fim de resguardar o sigilo do participante.

<sup>7</sup> Neste estudo os termos *religião*, *religiosidade*, e *espiritualidade*, aparecerão com certa frequência. Segundo Koenig et al. (2012) *religião* é um sistema organizado de rituais, crenças, práticas, e símbolos destinados a aproximar a pessoa ao sagrado e para propiciar a compreensão da vida em comunidade. *Religiosidade* é um envolvimento ou compromisso com uma religião (Hardy & Carlo, 2005). *Espiritualidade* é uma busca pessoal por respostas que conduzam à compreensão sobre o significado da vida e pela relação com o sagrado, a qual pode se dar por meio de rituais religiosos (Koenig et al., 2012).

<sup>8</sup> Cabe ressaltar que tais autores integram a *Intervoice* e chegaram a essas questões por meio de relatos de ouvidores de vozes, após anos de pesquisa, suporte, trabalho e convivência com eles.

<sup>9</sup> Destacamos que quando a pessoa tem a impressão de que as vozes sejam provenientes de outra entidade, deve-se perguntar “quem são essas vozes?”, questão que abre possibilidade para a integração de sentido e a lida com as manifestações – como foi observado nos relatos de alguns entrevistados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### “Origem” das Vozes

Nesta categoria, foram agrupados e analisados os dados relacionados ao surgimento das vozes, como acontecimentos marcantes, contextos de vida e sentidos que os sujeitos de pesquisa deram à ocorrência do fenômeno. A partir das repostas dos entrevistados, dividiu-se a “origem” das vozes em duas subcategorias: (a) contexto de surgimento (temas que envolveram a primeira experiência de audição na vida do entrevistado); (b) atribuição etiológica (questões que os participantes atribuíram ao surgimento das vozes – tanto na trajetória biográfica, quanto atualmente).

#### Contexto de Surgimento

Os temas relacionados a essa subcategoria foram violência doméstica e psicológica (extra-doméstica); isolamento e solidão; e o período da adolescência. Oito ouvidores de vozes relataram terem sofrido violência doméstica e/ou vivido em ambientes em que esse tipo de violência era comum. E quatro passaram por situações de violência psicológica (preconceito em razão da condição de saúde mental) e/ou *bullying*, como Reinaldo: “comecei a fugir porque fiquei constrangido, todo mundo me chamava de viado, e comecei a ter vergonha de sair na rua”.

Reinaldo não terminou o ensino fundamental, e seu ciclo de internações psiquiátricas começou na adolescência. O caso dele e de muitos outros pacientes do CAPS atestam que a violência pode provocar condições graves de saúde e interferir no desenvolvimento ao longo da vida (Organização Mundial da Saúde, 2014). Ou seja, a violência pode deixar marcas que podem estar na raiz da audição de vozes, principalmente as vozes negativas, quando o episódio de violência não é compartilhado (Romme, 2009b), o que se demonstra como muito presente na vida de ouvidores de vozes clínicos (Honig et al., 1998; Kråkvik et al., 2015).

Contextos de solidão e isolamento fizeram parte de algum momento da vida dos dez entrevistados e se deram (a) como consequência das situações de violência; (b) por familiares, amigos ou conhecidos do convívio diário terem se afastado quando souberam que os entrevistados ouviam vozes; (c) em decorrência do processo de internação e tratamento no manicômio ou no CAPS. Com isso, eles tiveram dificuldade em construir redes de suporte para lidar com o sofrimento e as experiências alucinatórias foram se agravando.

A adolescência foi um período citado com muita frequência – nove entrevistados o retrataram como o mais conturbado, com muitos conflitos. Segundo Marcela:

*Na adolescência, meus pais foram alcoólatras, eu tive muita tensão nervosa, muito medo (...) quando a família é alcoólatra gera brigas, desavenças, e por minha família ser assim instável,*

*eu sempre via aquilo, sofria muito. Eu fui obesa mórbida na adolescência, sofria muita discriminação, então acho que tudo isso juntou, e eu tinha muita dificuldade de me relacionar com as pessoas (...) eu era muito complexada, então acho que tudo isso foi ajudando nas vozes.*

Fábio retratou de forma significativa a relação desse período com seu adoecimento: “a adolescência é um momento difícil; as bombas são implantadas, e, quando adultos, aparecem os problemas psiquiátricos”. Situações intensamente dolorosas na adolescência se refletem nos períodos subsequentes da vida e a não existência de uma rede ou de mecanismos de suporte (como a escola, a família e as políticas) voltados para atender adolescentes que têm problemas como esses podem se tornar um fator de risco para a saúde mental (World Health Organization, 2014), como foi o caso de alguns dos entrevistados. Apenas um deles foi acolhido pela família ao relatar suas dificuldades emocionais. Os demais foram considerados “loucos” e alguns foram levados ao manicômio ou ao psiquiatra.

#### Atribuição Etiológica

Agrupou os seguintes temas: violência sexual, experiências religiosas ou espirituais e “gatilhos” (eventos que fazem a pessoa se sentir pressionada e/ou geram tensão, sentimentos e emoções, tendo, como consequência, a manifestação das vozes). Quatro entrevistados (três mulheres e um homem) responderam terem sofrido algum tipo de violência sexual e relataram sofrimento e problemas de várias ordens em decorrência disso, como Larissa:

*Quando eu tinha onze anos, quando fui abusada. Então o negócio desandou, por esse motivo (...) com catorze anos comecei a sentir tristeza, ficar isolada, os amigos se afastaram. Comecei a sentir medo, perdi o sono. Logo que tive minha filha, tive depressão pós-parto, que minha vó faleceu dias depois. Fiquei muito triste, comecei a ver vultos. Depois vieram as vozes, algumas vezes foi de comando, queria que fizesse coisa ruim. Aí minha mãe me levou no Hospital “X”. Fiquei lá um tempo, vieram as vontades de se matar, tentei várias vezes, fui internada. As internações sempre foram difíceis porque batiam, machucavam, amarrava, deixava sem comida.*

De acordo com a entrevistada, o seu processo de isolamento teve início com o estupro – violência que ela relacionou ao surgimento das vozes. A ela, coube o lugar do segredo. Ocorreu ainda a negligência por parte de uma pessoa próxima com a qual compartilhou o fato, que se absteve de auxiliá-la por medo de que algum familiar viesse a matar o estuprador (também parte da família). Essa decisão imprimiu um sentimento de culpa à entrevistada, o que se manifestou como gatilho no desencadeamento do

processo de ouvir vozes. Além das questões presentes no recorte, Larissa sofreu também violência doméstica de seu ex-marido, que ameaçava separar-se dela nos seus períodos de crise, além de cometer outras violências psicológicas.

As três entrevistadas representam uma realidade mundial: uma em cada três mulheres sofreram ou irão sofrer violência sexual de algum homem que não seja o seu companheiro (World Health Organization, 2013). No período da infância, esse dado passa de uma para cada cinco mulheres (Organização Mundial da Saúde, 2014). Em recente pesquisa, Pedrosa e Zanello (2016) apontaram uma forte correlação entre violência contra mulher, a procura de serviços de saúde mental e transtornos mentais.

No que tange às alucinações auditivas, pesquisas apontam a existência de uma alta interdependência entre o fenômeno e abusos sexuais (Shevlin et al., 2007; Longden et al., 2012). Esse dado foi corroborado por Campos e Zanello (2016), que constataram que 30,8% das mulheres que faziam tratamento em um CAPS haviam sofrido violência de gênero. Nesse grupo, mulheres que sofreram violência sexual tiveram mais relatos de sintomas psicóticos (como a alucinação auditiva) do que aquelas que sofreram outras violências, como a física e a psicológica. Read et al. (2003) sublinharam, nesse sentido, que a violência sexual na infância é fator preditor de audição de vozes.

Outra questão presente nesta subcategoria se referiu às crenças religiosas ou à espiritualidade, como relatou Marta:

*Fui na consagração, e o pastor revelou, acredito porque nunca vi o pastor e ele falou muita coisa duma amiga, “uma amiga sua, é assim assado, mas não é ela, é o espírito que tá nela, tem inveja de você”, que na casa dela fizeram uma oferenda, e eu comi, aí vem tudo acarretando, e era Deus tirando aquilo de mim, que tava na superfície espiritual, aí comecei a cuspir, mas não saiu comida, só cuspe como se fosse água. É isso, no mundo espiritual vai as vozes.*

Outros quatro entrevistados também associaram as vozes a esse tipo de experiência e relataram que elas eram decorrentes de espíritos conversando entre si e querendo fazer mal, ou que eram uma missão de Deus, ou um dom mediúnic. No caso de Marta, a audição de vozes teria sido causada por um espírito demoníaco, segundo o pastor que a acolhera. Essa explicação fez muito sentido para a entrevistada, já que o pastor estabeleceu uma relação coerente (para ela) entre as vozes e um acontecimento de vida. Também causou alívio ao permitir a “expulsão” parcial da entidade, em um ritual de desobsessão. Com isso, ela estabeleceu um compromisso religioso e procurava se fortalecer por meio de orações e da frequência nas atividades oferecidas nesse local.

O conhecimento da “origem” das vozes envolve, portanto, elementos que pertencem ao repertório de vivências e aos “mundos” de cada pessoa. Além das experiências religiosas ou espirituais, temos outros elementos, como a cultura popular, importante recurso de criação e cuidado na

clínica, que desafia os pressupostos tradicionais por auxiliar no processo de recuperação (Costa & Braga, 2013).

Já com relação aos gatilhos, destacamos um recorte da fala de Marta:

*Então no serviço quando eu comecei tava com resíduo da depressão, mas falei “gente eu preciso ajudar minha mãe”, que ela tava pagando minhas contas, e lá é uma pressão psicológica muito forte, tem o diretor, os dois donos, e é tudo de vidro, e tudo o que acontece ali onde a gente tá, eles ficam olhando, e mandam a pessoa embora assim “não vou com a sua cara, tchau”. Tem câmeras, e eu tava meio travada, naquela pressão psicológica (...) Aí vem as vozes, vem o que o diretor tá pensando, “o quê será que ele tá pensando?”.*

Além dela, oito entrevistados deixaram clara a associação entre condições ambientais e/ou situacionais, estado emocional, pressão mental e a “invasão” ou agravamento das vozes. Lembranças de acontecimentos marcantes e determinados pensamentos também podem ser gatilhos, assim como o *stress* e a ansiedade são considerados fatores determinantes no desencadeamento das vozes (Barnes et al., 2011). Micaela falou sobre outro importante gatilho:

*Ela puxa pra dentro do buraco, ele vai abrindo e você vai afundando, é medo da morte, envolve só coisa ruim (...) o medo gera expectativa, não posso dormir, é como se aquela pessoa pudesse mandar e tivesse todas as cartas na manga sobre mim.*

Esse recorte evidencia o valor das emoções e sentimentos para a ocorrência das vozes, que, além de serem gatilhos (Longden et al., 2012), contribuem para sua permanência (Freeman & Garety, 2003). Medo, solidão, tristeza e culpa foram as emoções e sentimentos mais associados às vozes pelos entrevistados.

## Fenomenologia das Vozes

Esta categoria diz respeito a variáveis topográficas das vozes, como intensidade, frequência, quantidade, conteúdo, identidade, gênero, forma como se apresentam, valência emocional e nível de influência, que apareceram nos relatos dos dez entrevistados. Sobre a intensidade e o impacto que causam, Marta afirmou que: “*são coisas ruins de você sentir e te fazer mal, a pressão aumenta, o pulso*”. E Artur relatou:

*O perturbado nessa situação, procure prestar atenção como ele sente o coração, que começa a ter certas sensações (...) e um detalhe que tem também, você não tem o controle sobre os órgãos internos, é como se as vísceras não fossem suas, perde as forças fica trêmulo, é como se tivesse perdendo controle sobre o corpo.*

O relato de Amanda também se deu nesse sentido: “*toma conta do ambiente, é como se ecoasse (...) dependendo do estado que eu esteja elas vão me afetar bem mais*”. Nesses

recortes pudemos perceber que as vozes intensificam ou alteram os estados ou gatilhos que as geraram. Todos os outros entrevistados falaram sobre a grande intensidade das vozes, com a perda do controle do corpo, o que pode resultar em estados dissociativos.

As variáveis *frequência* e *quantidade* foram diversas para cada entrevistado e podem estar relacionadas à história de vida e aos gatilhos. Quanto ao *conteúdo*, Fábio relatou: “*Elas invadem minha privacidade, minha vida, a intensidade às vezes é constante, às vezes não. Falam muita coisa ruim que vai acontecer comigo; conteúdo agressivo, que humilha, que te deixa mal*”. E Reinaldo:

*Nunca tive uma vida sexual ativa normal saudável, e quando imagino que vou ter sempre chegam vozes “você quer ser gay? Ser gay é a coisa mais ridícula do mundo”, aí me sinto castrado porque nunca tive uma vida sexual satisfatória, muito sofrida, me causou esse transtorno de esquizofrenia. E aí deixei vozes falando que não posso fazer o que me dá prazer nem nada, infelizmente tenho esses desejos, não queria ter, mas sou homo, mesmo assim me sinto frustrado, e essa situação é o que mais me faz sofrer.*

As vozes afetam questões que estruturam a vida das pessoas, como se observa nos relatos apresentados, o que nos leva a pensar na importância de valorizar o seu conteúdo no trabalho terapêutico para sua compreensão. Essa variável pode ter conexão com a “origem” das vozes ou eventos geradores de sofrimento, como Daniel relatou:

*Elas muda de tática constantemente, não brinca só com seu psicológico mas com seu corpo também, dizem coisas que você não gosta (...) eu sinto coisa no glúteo, me incomoda, tenho a sensação de que to querendo ser tocado, mas não quero, entendeu? Não sei se tem a ver com aquela experiência do vizinho.*

Daniel fez referência ao abuso sexual que sofreu de um amigo bem mais velho, quando era criança, fato que não compartilhou com ninguém. As vozes fazem-no ter sensações nas partes que o agressor tocou e problematizam sua orientação sexual, questão que o deixa bastante perturbado, a ponto de procurar ajuda psiquiátrica, por sentir a proximidade da crise. Segundo Beavan e Read (2010), o *conteúdo* é a variável que mais afeta ouvintes de vozes e possui uma relação significativa com as respostas emocionais. Além disso, há uma maior procura de serviços de saúde mental por pessoas que escutam vozes que geram emoções negativas, dado que se aplica aos dez entrevistados. Apenas três deles ouviam vozes “positivas”, mas com pouca frequência.

Assim como a variável *conteúdo*, é possível que a identidade das vozes possa ter relação com pessoas que marcaram a trajetória biográfica do ouvinte de vozes. Três entrevistados fizeram essa associação, como Reinaldo: “*A que mais me perturba é a do Jessé, ele me magoou bastante,*

*até hoje eu tento esquecer ele, mas toda vez que eu tento ele vem me perturbar, me chama de desgraçado, de doido*”. Outros dois sujeitos de pesquisa disseram que as vozes eram de pessoas conhecidas. A identidade é uma variável que pode ser buscada no trabalho clínico, na medida em que ela pode auxiliar na elaboração de conflitos que estejam na raiz das manifestações (Escher, 2009a).

Quanto ao gênero, apenas três entrevistados não conseguiram identificá-lo (em razão de as vozes serem misturadas ou soarem como uma multidão). Tal resultado problematiza achados de Badcock e Chhabra (2013), cuja revisão apontou que o gênero das vozes em ouvintes clínicos tinha a predominância masculina, enquanto que, em não clínicos, essa predominância não ocorria. Dentre os entrevistados que conseguiram identificar o gênero, cinco relataram que as vozes eram de pessoas conhecidas e falavam conteúdos referentes a acontecimentos de vida, como Amanda (que sofreu abuso sexual do pai diversas vezes, dos 8 aos 12 anos de idade):

*A maioria das vozes é negativa de homem, sempre fala coisas que ninguém falaria, “toma remédio e acaba com isso”, coisas assim. Existe também a voz feminina, que é aonde a masculina tá muito intensa, ela tenta atravessar, quando tô muito calma consigo ouvir ela, mais serenidade, dá conselhos, “tudo é uma fase, vai passar”, “não dê tanto ouvido a coisas negativas”, vem como se fosse uma mãe, pra me acalmar.*

O relato de Amanda corrobora a afirmação de Escher (2009a) de que *gênero* é uma variável que pode ter relação com o conteúdo e a identidade das vozes. Esse recorte nos traz outra variável topográfica: a *forma*, que se apresentou de três modos: as críticas ou de julgamento, as de apoio e as de sugestão ou comando. Todos os entrevistados relataram ouvir vozes que criticavam ações realizadas ou aspectos da vida, como Marcela: “*A escuta de vozes é uma repressão, ‘tá vendo, cê não devia ter feito isso’*”. Apenas dois escutavam vozes que prestavam apoio emocional. E a que mais afetava os entrevistados eram vozes que davam sugestões ou comandos, pois tinham o poder de influenciá-los a cometerem atos de auto e heteroagressão, como relatou Mirela: “*A primeira vez ouvi uma voz mandando me matar. Subi na passarela, tentei pular, foi horrível (...) não sabia o que estava fazendo*”.

Todos os entrevistados disseram terem ouvido vozes de comando no decorrer de suas trajetórias biográficas e, à época da pesquisa, seis pessoas ainda eram afetadas por elas. Sete entrevistados tentaram suicídio, e todos tiveram ideiação suicida pelo menos durante um período da vida em razão da valência emocional (intensamente negativa) e da grande influência que elas exerciam. Outra característica que os entrevistados relataram sobre as vozes de comando é que elas falavam que, caso os comandos não fossem cumpridos, eles teriam problemas mais sérios ainda, razão pela qual se sentiam compelidos a obedecê-las.

Apesar de as vozes de comando não estarem relacionadas diretamente com tentativas de suicídio, elas podem influenciar pessoas com problemas afetivos, dependentes de substâncias e quem já tentou outras vezes o suicídio (Harkavy-Friedman et al., 2003). Além disso, sentimentos como o de fracasso e aprisionamento (estar em um “buraco sem saída”) são mediadores entre vozes de comando e tentativas de suicídio (Taylor et al., 2010), como no caso de Micaela: “é a pior, que você não pode enfrentar, porque senão você pode cair no buraco de vez”. Esses dados apontam para a necessidade de haver um suporte mais cuidadoso quando o ouvidor de vozes (seja ele clínico ou não) relatar a presença de vozes de comando.

No entanto, a variável topográfica *nível de influência*, que se refere à realização de atos em função das manifestações, não comportou apenas as vozes de comando, mas também as outras duas formas (julgamento e apoio) e está relacionada ainda a variáveis como intensidade, frequência, conteúdo, identidade, e valência emocional, como no caso de Artur: “*dizem que não vou conseguir nada na vida, serei sempre um inútil*”. Em razão da repetição desse conteúdo e da dimensão que isso tomava na vida de Artur, ele relatou que abandonou inúmeros projetos e que isso trouxe diversas consequências negativas para sua vida. Os dez entrevistados relataram terem sofrido prejuízos em razão da forte influência das vozes.

Os achados referentes a essa categoria nos mostram que, assim como a “origem” das vozes, as variáveis topográficas devem ser valorizadas no manejo terapêutico, pois favorecem o processo de compreensão do fenômeno e abrem possibilidades para uma melhor convivência com as vozes (Baker, 2009).

## Estratégias de Lida

Nesta categoria, procurou-se apresentar técnicas que os entrevistados utilizavam para suportar as vozes ou conviver com elas. Ter estratégias e exercitá-las é um ponto crucial no processo de recuperação, uma vez que reduz o poder de influência e o impacto das vozes, trazendo um maior bem-estar psíquico (Escher, 2009b). Os dados das entrevistas levaram à divisão das estratégias em ativas e passivas – similar à de O’Sullivan (1994). As ativas envolveram a realização de qualquer ação que modificasse o estado em que o ouvidor de vozes se encontrava quando começou a ouvi-las. Elas se subdividiram em atividades físicas, atividades de distração, atividades de manipulação ativa da atenção e práticas religiosas ou espirituais. As estratégias passivas se caracterizaram pela não ação.

Todos os entrevistados haviam experimentado pelo menos uma vez alguma estratégia ativa. Dentre elas, destacaram-se as ligadas à religião ou espiritualidade, que foram relatadas como benéficas por sete entrevistados, como Daniel:

*Fui aprendendo a lidar com as vozes, estudar a Bíblia me ajudou bastante (...) Espiritualidade também ajudou, o lado espiritual assim tava totalmente morrendo tava desnutrido, tive que voltar a uma rotina espiritual, me chegar a Jeová Deus aí deu tudo certo.*

Assim como Daniel, os outros entrevistados sentiam conforto e menos angústia quando faziam orações e, em alguns casos, as vozes paravam de se manifestar. Outro aspecto citado foi a participação em cultos religiosos, ocasião em que os entrevistados tinham contato com pessoas que os recebiam e os aconselhavam em momentos difíceis. Os resultados corroboram os dados de Almeida et al. (2006), de que se envolver com crenças e práticas espirituais e/ou religiosas traz um maior bem estar psicológico, além do sentimento de pertencimento a um grupo e o suporte social.

Porém, cabe ressaltar que não é toda prática religiosa/espiritual que traz elementos benéficos, já que, como vimos, há possibilidade de intensificação das vozes e agravamento do sofrimento. Isso aconteceu com Reinaldo, que até hoje se ressentido de ter participado de algumas atividades (como rituais de exorcismo e incorporações de espíritos ruins) e conhecido certos líderes religiosos (que segundo ele foram preconceituosos), já que algumas lembranças são gatilhos para suas vozes.

Seis sujeitos de pesquisa relataram a busca por atividades físicas. Mirela relatou:

*Quando elas mandam fazer alguma coisa, eu mesmo sozinha falo “eu não vou fazer”, e sempre procuro me distrair; vou fazer uma caminhada, se tiver em casa, ou no trabalho converso com alguém, vou na padaria, faço alguma coisa, me movimento, porque se ficar parada, ouvindo, aí elas vão me dominar.*

As atividades físicas mais comuns foram a caminhada e exercícios em espaços pertencentes à comunidade ou academias de ginástica, como Larissa afirmou: “*agora que eu tô começando a melhorar um pouco, fazendo caminhada, ginástica, e isso é um amparo que tá me fazendo bem*”. Ainda no relato de Mirela, pôde-se observar o emprego de atividade de distração: procurar alguém pra conversar, estratégia que era feita também por telefone – um bom instrumento de suporte, considerando que alguns aparelhos dão acesso à *internet* e redes sociais. Alguns entrevistados inclusive solicitaram ajuda por mensagens de texto ou áudio, no grupo virtual criado por membros do grupo de ouvidores de vozes do CAPS e foram auxiliados a utilizar estratégias que os tiraram de crises iminentes.

A estratégia ativa menos utilizada foi a manipulação da atenção, relatada por quatro entrevistados, dentre eles, Fábio: “*Tento pensar em outras coisas, tento encontrar uma saída no fim do túnel, tento ignorar às vezes, mas não consigo, tento me esquivar*”. Fábio citou as três técnicas mais utilizadas pelos entrevistados: pensar em outra coisa, ignorar e esquivar-se (evitar a confrontação direta). No

entanto, esse tipo de estratégia surtia pouco efeito para a compreensão e a melhoria da relação com as vozes.

As estratégias de lida passivas (deitar na cama, ficar ouvindo as vozes e deixar-se tomar por emoções e sentimentos sem reagir) tiveram três adeptos. Porém, foram os que relataram sofrimento mais agudo, em comparação aos que realizavam estratégias ativas. Além disso, as experiências tinham maior duração e frequência durante o dia e, apesar de eles terem experimentado estratégias de lida eficazes em outras oportunidades, na maioria das vezes não conseguiam se utilizar delas.

Dessa forma, podemos inferir que o movimento é um princípio básico para a lida com as vozes. Os dados encontrados dialogam, em grande medida, com a literatura (Farhall et al., 2007; Baker, 2009; Romme et al., 2009) e corroboram a afirmação de Larøi (2012) de que estratégias de lida passivas aumentam o risco de agravamento do quadro clínico. Além disso, o ouvitor de vozes deve se utilizar do método que lhe for mais eficiente, já que o emprego de estratégias desajustadas pode levá-lo a um maior sofrimento (De Leede-Smith & Barkus, 2013).

## Suporte Familiar

Nesta categoria, foram reunidos dados que apontam a importância do suporte familiar e/ou social no processo de recuperação. O relato de Larissa ilustra essa afirmação:

*Eu tenho a minha filha, que me ajuda bastante, que é minha companheira, e que é por ela que eu ainda tô viva, nossa relação é muito boa muito bonita, ela tem um diálogo muito bom comigo nós somos muito sinceras uma com a outra, mas aí a única coisa que me incomoda mesmo são as vozes.*

Larissa e outros cinco entrevistados recebiam um bom suporte familiar à época da pesquisa (com escuta e abertura para o diálogo) e relataram que esse apoio vinha sendo importante para o processo de recuperação, no que tange às não internações. No entanto, no relato de Larissa, há um ponto que chama a atenção: apesar do suporte da filha e dos pais (que ela citou em outro momento da entrevista), as vozes continuavam a lhe incomodar. Esse dado problematiza alguns achados na literatura como os de Norman et al. (2005), que afirmam haver uma correlação entre suporte familiar e redução das experiências alucinatórias, o que foi comum aos entrevistados, já que continuavam a ter muitas experiências com as vozes a despeito do apoio da família.

No entanto, foi possível observar o cenário oposto: a falta de suporte ou a existência de relação conflituosa com familiares aponta para o agravamento não só das experiências alucinatórias, mas também do sofrimento, como relatou Reinaldo:

*Prefero conter dentro de mim, porque já falei pra minha mãe muitas vezes ela fala que tô louco, que é coisa da minha cabeça,*

*termina em discussão, confusão. Se falar pro meu pai não me dá atenção, pra minha irmã também não, e ela não acredita no que eu sinto ela quer pregar e aí dá discussão então parei de falar.*

A falta de escuta e a desqualificação dos familiares de Reinaldo acabavam gerando conflitos e crises, e foi um fato comum entre os entrevistados: seis deles relataram que, nas primeiras experiências com as vozes, os familiares achavam que eles tinham ficado “doidos” e três afirmaram que foram considerados “doentes”. Apenas um teve sua dificuldade acolhida (foi levado a um Centro Espírita para desenvolver a mediunidade). Oito entrevistados tiveram ao menos uma internação em manicômios e, em razão das violências sofridas nesses locais, seus familiares preferem não mais fazer uso desse recurso. Fábio retratou a forma como os familiares enxergavam sua situação:

*Me chamam de doente, de doido, reclamam por ter de comprar remédio, cobram coisas que não posso dar ainda, mas a doença não permite trabalhar, não têm muita compreensão, de uma pessoa que está precisando de ajuda, não de hostilização. Quando entro em crise, ajudam com o remédio, hospital. É como se não acreditassem que estou doente, como se tivesse escolhido ficar doente.*

Nesse recorte, fica evidente um julgamento moral conferido às vozes de Fábio. O que mais se destaca no caso dele é que outras pessoas da família também escutam vozes, mas, por conseguirem realizar suas atividades sem tantas limitações (como trabalhar, por exemplo), julgam que ele também possa e lhe fazem pressões e cobranças. Consequentemente, essa postura interfere na possibilidade de melhora tanto na relação com as vozes, quanto em seu estado de saúde.

Outro elemento presente nas atitudes dos familiares de Reinaldo, Fábio e de outros cinco entrevistados é a atribuição de sentido religioso para as vozes. Essa questão também pode contribuir para a intensificação das manifestações, já que dependendo da forma como tal atribuição é feita e da crença do ouvitor de vozes (que pode não ser a mesma dos outros familiares), pode-se gerar sentimentos e emoções de valência negativa que funcionarão como gatilhos para as vozes. Essa situação acontecia com Micaela. Sua mãe faz parte de uma religião neopentecostal e costumava ouvir do pastor que as alucinações eram coisa do diabo e que as pessoas deveriam ser exorcizadas para tirá-lo do corpo.

A postura da mãe de Micaela já levou a entrevistada a ter crises, uma vez que ela se sente culpada, extremamente irritada e costuma buscar o caminho do isolamento. Em razão desses e de outros problemas com familiares (como, por exemplo, o preconceito travestido de “brincadeiras” ou a ameaça de internação no manicômio), cinco entrevistados disseram terem optado por não compartilhar de sua condição de ouvir vozes, questão que também pode levar à intensificação das alucinações e à crise.



Apesar do suporte familiar não ser condição suficiente para a redução da audição de vozes – de forma que outros fatores (tais como a “origem” das vozes) devem ser explorados na análise e manejo do fenômeno – ressaltamos que, quando esse suporte não está presente, pode-se aumentar a chance de que o ouvidor inicie uma carreira psiquiátrica. E, por sua vez, essa questão traz implicações para o ouvidor de vozes tais como a medicalização, o estigma social, o aumento do sofrimento e outras limitações de várias ordens, como aconteceu com Marcela, momentos após sua primeira experiência de audição:

*Cheguei em casa, chamei minha família e falei “gente, eu sou paranormal!”. Minha mãe falou assim “Marcela vamo ali” me*

*levou no psiquiatra. E a psiquiatra que é evangélica, pegou e ela falou “isso aí é esquizofrenia”, e passou Lítio e passou coisa, e aí eu fui ficando foi pior.*

O relato de Marcela e vários outros que foram apresentados ao longo deste trabalho salientam o fato de que a família pode se estabelecer como uma rede essencial de suporte, já que, em muitos casos, ela é o primeiro (e talvez o único) ambiente que a pessoa procura para ter ajuda. Sendo assim, recomenda-se aos familiares ou cuidadores uma postura acolhedora e de auxílio ao ouvidor de vozes na compreensão de suas experiências, por meio de escuta e diálogo aberto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontaram dimensões da vida que podem estar regendo as experiências com as vozes, estruturadas em meio a contextos de sofrimentos que não puderam ser nomeados e/ou compartilhados. Entender o fenômeno apenas como sintoma de doença mental não é, portanto, o caminho mais adequado, já que ele carrega uma multiplicidade de sentidos que podem guiar o processo de lida e recuperação (Longden et al., 2012). Desse modo, o primeiro ponto a ser destacado é a necessidade de escutar o que a pessoa ou as vozes que ela escuta têm a dizer.

De acordo com os relatos, contextos de violência marcaram indelevelmente a vida dos entrevistados, trazendo diversos prejuízos. Em se tratando de mulheres que escutam vozes, é possível que tenham sofrido ou que ainda sofram violência, questão que é comum de ser ouvida nos relatos de mulheres que procuram os serviços de saúde mental (Pedrosa & Zanello, 2016). Cabe ressaltar que questões de gênero podem condicionar ou determinar o adoecimento – como foi observado em alguns relatos – e que não levá-las em consideração no acompanhamento e tratamento desses casos pode agravar a situação (Zanello & Silva, 2012). A questão da violência, portanto, deve ser explorada com profundidade no cuidado de ouvidores de vozes brasileiros, considerando o envolvimento de elementos específicos à nossa cultura e que diferem dos dados de pesquisadores ligados ao HVM/*Intervoice*, obtidos em sua maior parte em países menos violentos e com maior nível educacional.

Apesar de a religiosidade e a espiritualidade terem aparecido como tema transversal que alinhavou as vivências em três das quatro categorias “origem” das vozes, estratégias de lida e suporte familiar, o mesmo não foi observado na literatura do HVM/*Intervoice* analisada, que não as apresentou com tanta frequência. Assim como a questão da violência, faz-se mister pensar especificidades culturais atinentes a essas duas dimensões no Brasil, levando em consideração que somos marcados por um forte sincretismo religioso, com profundas raízes históricas. Ou seja, para a compreensão de experiências de audição de vozes em nosso

país faz-se necessário considerar que intervenções e contatos com seres espirituais são elementos centrais, frequentes e palpáveis na vida de milhões de pessoas (Bizerril, 2007).

Além disso, considera-se fundamental escutar e dialogar sobre essas experiências, assim como desenvolver atividades que reduzam a carga emocional para os ouvidores. Considera-se também importante que os profissionais possam fornecer suporte para construção de redes (amigos, familiares, e de saúde), pois estas se mostram indispensáveis ao processo de recuperação. Outra alternativa considerada crucial para se abordar tal experiência seria a criação de grupos de ouvidores de vozes, por oferecerem um contexto capaz de facilitar a compreensão destas e reduzirem conseqüentemente alguns de seus impactos (Romme, 2009a).

Este estudo possui algumas limitações, como amostra pequena e a utilização de um roteiro semiestruturado nas entrevistas orientado a partir de uma linha de pensamento. Dessa forma, incorre-se no risco de generalizações dos resultados encontrados, apesar de estarem alinhados com a literatura especializada. É importante ressaltar, ainda, que alguns estudos apontam para um componente fisiológico em relação ao fenômeno de audição de vozes e que há um campo científico de pesquisa destinado a tais estudos. Portanto, é necessário que cada caso seja analisado e que a construção do plano terapêutico tenha como protagonista o ouvidor de vozes, a partir daquilo que melhor lhe convier.

Apesar das limitações, este estudo oferece algumas reflexões importantes para o campo da saúde mental, com dados que indicam possibilidades de compreensão e cuidado em relação a esse fenômeno, enfatizando aos familiares, profissionais e ouvidores de vozes a importância de se tratar a questão para além do reducionismo biomédico. Almeja-se, ainda, contribuir e incentivar para que mais pesquisas relacionadas ao tema sejam realizadas, explorando questões relativas a gênero, raça, orientação sexual, credo religioso e populações não clínicas, dentre outras, tendo em vista a possibilidade de proporcionar uma maior qualidade de vida e de suporte para ouvidores de vozes e seus cuidadores.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, A.M., & Lotufo Neto, F. (2003). Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(1), 21-28. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000100003>
- Almeida, A. M. (2004). *Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Almeida, A.M., Lotufo Neto, F., & Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-50. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>
- Almeida, A.M., & Cardeña, E. (2011). Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), S21-S28. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000500004>
- Alminhana, L.O., & Menezes, A. Jr. (2016). Experiências Religiosas/Espirituais: Dissociação saudável ou patológica? *Horizonte*, 14(41), 122-143. <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2016v14n41p122>
- Baccari, I. O. P., Onocko Campos, R. T., & Stefanello, S. (2015). Recovery: Revisão sistemática de um conceito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 125-136. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.04662013>
- Badcock, J. C., & Chhabra, S. (2013). Voices to reckon with: Perceivers of voice identity in clinical and non-clinical voice hearers. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 1-9. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffnhum.2013.00114>
- Baker, P. (2009). *The voice inside: A practical guide for and about people who hear voices*. P&P Press.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barnes, J., Koch, L., Wilford, C., & Boubert, L. (2011). An investigation into personality, stress and sleep with reports of hallucinations in a normal population. *Psychology*, 2(4), 371-375. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2011.24058>
- Baumeister, D., Sedgwick, O., Howes, O., & Peters, E. (2016). Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. *Clinical Psychology Review*, 51, 125-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.010>
- Beavan, V., & Read, J. (2010). Hearing voices and listening to what they say: The importance of voice content in understanding and working with distressing voices. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 201-205. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d14612>
- Bizerril, J. (2007). Dilemas classificatórios: Fronteiras entre a experiência religiosa e a psicopatologia. In M. H. Freitas & O. P. Pereira (Eds.), *Vozes do silenciado: Estudos nas fronteiras da filosofia, antropologia e psicologia* (pp. 129-152). Universa.
- Campos, I. O., & Zanello, V. (2016). Saúde mental e gênero: O sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(48), 105-117. <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/11505>
- 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, S285-S294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>
- Costa, I. I. (2013). *Intervenção precoce e crise psíquica grave: Fenomenologia do sofrimento psíquico*. Juruá.
- Costa, I. I., & Braga, F. W. (2013). Clínica sensível à cultura popular na atenção ao sofrimento psíquico grave. *Fractal*, 25(3), 547-562. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300009>
- Daalman, K., Boks, M. P. M., Diederer, K. M. G., Weijer, A. D., Blom, J. D., Kahn, R. S., & Sommer, I. E. C. (2011). The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 320-325. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05797yel>
- De Leede-Smith, S., & Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 1-25. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00367>
- Escher, S. (2009a). Making sense of voices: The relationship between the voices and the life history. In M. Romme, S. Escher, J. Dillon, D. Corstens, & M. Morris (Eds.), *Living with voices: 50 stories of recovery* (pp. 54-62). PCCS Books.
- Escher, S. (2009b). Accepting voices and finding a way out. In M. Romme, S. Escher, J. Dillon, D. Corstens, & M. Morris (Eds.), *Living with voices: 50 stories of recovery* (pp. 48-53). PCCS Books.
- Escher, S., Hage, P., & Romme, M. (2011). *Voice hearing: A questionnaire*. <http://www.hearingvoices.org.nz>
- Farhall, J., Greenwood, K.M., & Jackson, H.J. (2007). Coping with hallucinated voices in schizophrenia: A review of self-initiated strategies and therapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 27, 476-493. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.002>
- Freeman, D., & Garety, P.A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: The direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 923-947. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00104-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00104-3)
- Godoy, D. B. D. O. A. (2012). *Modelagem topológica da possessão: Sujeito e alteridade na umbanda* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Hardy, S. A., & Carlo, G. (2005). Religiosity and prosocial behaviours in adolescence: The mediating role of prosocial values. *Journal of Moral Education*, 34(2), 231-249. <https://doi.org/10.1080/03057240500127210>
- Harkavy-Friedman, J. M., Kimhy, D., Nelson, E. A., Venarde, D. F., Malaspina, D., & Mann, J. J. (2003). Suicide attempts in schizophrenia: The role of command auditory hallucinations for suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 871-874.
- Hill, K., & Linden, D. E. J. (2013). Hallucinatory experiences in non-clinical populations. In R. Jardri, A., Cachia, P., Thomas, & D. Pins (Eds.), *The Neuroscience of Hallucinations* (pp. 21-41). Springer.
- Honig, A., Romme, M., Ensink, B. J., Escher, S. D., Pennings, M. H., & deVries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(10), 646-651. <https://doi.org/10.1097/00005053-199810000-00009>
- Kalhovde, A. M., Elstad, I., & Talseth, A. G. (2013). Understanding the experiences of hearing voices and sounds others do not hear. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1470-1480. <https://doi.org/10.1177/1049732313507502>
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press.
- Kråkvik, B., Larøi, F., Kalhovde, A. M., Hugdahl, K., Kompus, K., Salvesen, Ø., & Vedul-Kjelsås, E. (2015). Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 508-515. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fsjop.12236>
- Larøi, F. (2012). How do auditory verbal hallucinations in patients differ from those in non-patients? *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 1-9. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffnhum.2012.00025>

- Longden, E., Corstens, D., Escher, S., & Romme, M. (2012). Voice hearing in a biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis, 4*, 224–234. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.596566>
- Longden, E., Madill, A., & Waterman, M.G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin, 138*(1), 28–76. <https://doi.org/10.1037/a0025995>
- Longden, E., Corstens, D., & Dillon, J. (2013). Recovery, discovery and revolution: The work of Intervoice and the hearing voices movement. In S. Coles, S. Keenan, & B. Diamond (Eds.), *Madness contested: power and practice* (pp. 161-180). PCCS Books.
- McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Strauss, C., Dogdson, G., Jones, N., Woods, A., Brewin, C. R., Hayward, M., Stephane, M., Barton, J., Kingdon, D., & Sommer, I. E. (2014). Better than mermaids and stray dogs? Subtyping auditory verbal hallucinations and its implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin, 40*(4), S275–S284. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu018>
- Menezes, A. Jr., & Almeida, A. M. (2009). Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Revista de Psiquiatria Clínica, 36*(2), 75-82. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000200006>
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J., & Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research, 80*, 227–234. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.05.006>
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência* (Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, Trad.). <http://nevus.org>
- O'sullivan, K. (1994). Dimensiona of coping with auditory hallucinations. *Journal of Mental Health, 3*, 351–361. <https://doi.org/10.3109/09638239408997946>
- Pedrosa, M., & Zanello, V. (2016). (In)visibilidade da violência contra as mulheres no serviço de saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(n. Esp), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne214>
- Read, J., Agar, L., Argyle, N., & Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*, 1–22. <https://doi.org/10.1348/14760830260569210>
- Romme, M. (2009a). Hearing voices groups. In M. Romme, S. Escher, J. Dillon, D. Corstens, & M. Morris (Eds.), *Living with voices: 50 stories of recovery* (pp. 73-85). PCCS Books.
- Romme, M. (2009b). What causes hearing voices? In M. Romme, S. Escher, J. Dillon, D. Corstens, & M. Morris (Eds.), *Living with voices: 50 stories of recovery* (pp. 39-47). PCCS Books.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. PCCS Books.
- Shevlin, M., Dorahy, M., & Adamson, G. (2007). Childhood traumas and hallucinations: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research, 41*(3), 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.03.004>
- Taylor, P. J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Johnson, J., Pratt, D., & Tarrier, N. (2010). Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Research, 178*, 244–248. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.015>
- Telles-Correia, D., Moreira, A. L., & Gonçalves, J. S. (2015). Hallucinations and related concepts – Their conceptual background. *Frontiers in Psychology, 6*, 1-9. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2015.00991>
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. <http://apps.who.int>
- World Health Organization. (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. <http://www.who.int>
- Zanello, V., & Silva, R. M. C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética, 20*(2), 267-279. [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/745](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745)