

O GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES: DISPOSITIVO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Henrique Campagnollo Dávila Fernandes¹
Valeska Zanello
Universidade de Brasília (UnB), Brasília-DF, Brasil

RESUMO. A alucinação auditiva é um fenômeno que participa da vida de muitas pessoas que fazem tratamento no sistema público de saúde mental de nosso país. No cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial de uma capital brasileira, ouvintes de vozes relatavam com frequência que continuavam sofrendo em função de experiências alucinatórias, mesmo seguindo o tratamento prescrito pela equipe de saúde. Considerando esse problema, foi criado no local um grupo voltado para a lida com o fenômeno. Este artigo teve como objetivo analisar experiências desse grupo. Para isso, utilizou-se o método qualitativo, o qual envolveu o registro de 62 sessões sob a forma de diário de campo, e a análise do *corpus*. A organização dos dados se deu em três espectros temporais estruturantes de (psico)terapias de grupo em geral: “apresentação”, “trocas de experiências”, e “fechamento”; além de um aspecto dinâmico, denominado de “manejo terapêutico”. A apresentação promoveu a ambientação dos participantes e possibilitou o surgimento de temas importantes, os quais foram trabalhados no decorrer da sessão. Ao trocarem experiências, os integrantes conseguiram compreender algumas dinâmicas relativas às vozes, e houve a promoção de determinados fatores terapêuticos. O manejo serviu para alinhar os espectros temporais e garantir a fluidez da atividade. Recomenda-se a adoção de grupos com esse foco e formato nos serviços de saúde mental, considerando que eles ampliam a capacidade de cuidado.

Palavras-chave: Psicoterapia de grupo; confusão alucinatória; saúde mental.

THE GROUP OF VOICE HEARERS: MENTAL HEALTH CARE DEVICE

ABSTRACT. Auditory hallucination is a phenomenon that is part of the lives of many people who are treated in the public mental health system of our country. In the daily life of a Psychosocial Care Center in a Brazilian capital, voice hearers frequently reported that they continued to suffer from hallucinatory experiences, even following the treatment prescribed by the health team. Considering this problem, a group was set up to deal with the phenomenon. This article aimed to analyze the experiences of this group. For this, the qualitative method was used, which involved the registration of sixty-two sessions in the form of a field diary, and the analysis of the corpus. The organization of the data occurred in three temporal spectra that structure group (psycho)therapies in general: “presentation”, “exchanges of experiences”, and “closure”; besides a dynamic aspect, called “therapeutic management”. The presentation promoted the setting of the participants and allowed the emergence of important themes, which were worked on during the session. By exchanging experiences, the members were able to understand some dynamics related to voices, and there was the promotion of certain therapeutic factors. The management served to tie the spectra together and ensured the fluidity of the activity. It is recommended the adoption of groups with this focus and format in mental health services, considering that they increase the capacity of care.

Keywords: Group psychotherapy; hallucinatory confusion; mental health.

EL GRUPO DE OYENTES DE VOCES: DISPOSITIVO DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

RESUMEN. La alucinación auditiva es un fenómeno que forma parte de la vida de muchas personas que hacen tratamiento en el sistema público de salud mental de nuestro país. En el cotidiano de un Centro de Atención Psicossocial de una capital brasileña, oyentes de voces relataban con frecuencia que seguían sufriendo en función de experiencias alucinatorias, aun siguiendo el tratamiento prescrito por el equipo de salud. Considerando este

¹E-mail: hcdfernandes@gmail.com



problema, se creó un grupo orientado a la lectura del fenómeno. En este artículo se tuvo como objetivo analizar experiencias de ese grupo. Para ello, se utilizó el método cualitativo, el cual involucró el registro de sesenta y dos sesiones en forma de diario de campo, y el análisis del corpus. La organización de los datos se dio en tres espectros temporales estructurantes de (psico)terapias de grupo en general: "presentación", "intercambios de experiencias", y "cierre"; además de un aspecto dinámico, denominado "manejo terapéutico". La presentación promovió la ambientación de los participantes y posibilitó el surgimiento de temas importantes, los cuales fueron trabajados en el transcurso de la sesión. Al intercambiar experiencias, los integrantes lograron comprender algunas dinámicas relativas a las voces, y hubo la promoción de determinados factores terapéuticos. El manejo sirvió para alinear los espectros y garantizar la fluidez de la actividad. Se recomienda la adopción de grupos con ese foco y formato en los servicios de salud mental, considerando que ellos amplían la capacidad de cuidado.

Palabras-clave: Psicoterapia de grupo; confusión alucinatoria; salud mental.

Introdução

Este estudo teve como ponto de partida o incômodo quanto ao fato de que pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) reclamavam da ineficácia das medicações para o tratamento das vozes que somente eles ouviam – sintoma esse denominado de “alucinação auditiva”, e que nas sociedades modernas ocidentais tem sido tomado, ainda que equivocadamente, como sintoma de esquizofrenia² (Bauer et al., 2011). A alucinação auditiva é um fenômeno sensoperceptivo que se manifesta por meio de pensamentos vívidos e intrusivos, imagens mentais auditivas e/ou, também, escuta de vozes e sons (Johns et al., 2014).

Muitos desses frequentadores estavam em tratamento no local há anos, e participavam de grupos terapêuticos e de outras atividades oferecidas pelo serviço. Mas apesar de apresentarem uma condição clínica melhor em comparação à época em que eram internados e tratados em hospitais psiquiátricos (manicômios), eles não conseguiam se “livrar” das vozes – as quais podem causar isolamento, limitações para trabalhar, e, em alguns casos, são tão insuportáveis que levam ao suicídio (Kalhovde, Elstad, & Talseth, 2013).

Diante desse problema, decidiu-se criar um grupo destinado a trabalhar especificamente o fenômeno da “audição de vozes” (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, & Thomas, 2014, p. S285, tradução nossa). Esse tipo de dispositivo tem vantagens em relação a grupos compostos com demandas variadas, pois os participantes se sentem à vontade para falar sobre as vozes, além do aumento da integração e de trocas que se dão no sentido de um cuidado mais apropriado (Ruddle, Mason, & Wykes, 2011).

O grupo foi denominado de “ouvidores de vozes” e sua metodologia foi inspirada em pressupostos do “Movimento de Audição de Vozes” – em inglês, *Hearing Voices Movement* (HVM) (Longden, Corstens, & Dillon, 2013, p. 1, tradução nossa), que atualmente é coordenado pela *Intervoice*. A abordagem do HVM se propõe a oferecer um espaço de escuta e troca de experiências. Por ser um grupo de apoio, ele proporciona o sentimento de segurança, e facilita o processo de compreensão e lida com as vozes, já que as pessoas são auxiliadas a enxergar questões que podem estar desencadeando as manifestações, e a encontrar sentidos para suas narrativas (Dillon & Hornstein, 2013).

Segundo Baker (2009), ao compreender a audição de vozes como uma manifestação não patológica da existência – que deve ser acolhida e qualificada –, essa abordagem contribuiu para abalar o domínio do modelo biomédico no trato da questão, e trouxe benefícios para ouvidores de vozes, amigos, familiares, e profissionais. Além disso, ela estimulou o fomento de pesquisas e o desenvolvimento de redes de suporte que têm auxiliado um grande número de pessoas a saírem do sistema dependente do manicômio/serviço de saúde – e inclusive do estigma associado a diagnósticos psiquiátricos (Corstens et al., 2014).

²Destacamos que não existe signo patognomônico em saúde mental (Martins, 2003). Ou seja, a alucinação auditiva pode estar presente ainda em outros quadros clínicos como a epilepsia, abuso de substâncias, demência, e nos transtornos de humor, dentre outros (Larøi et al., 2012). A literatura aponta que taxas de ouvidores de vozes não clínicos na população geral de alguns países variam de 0,8% a 31,4% (Nuevo et al., 2012) – o que torna problemática a associação do fenômeno a uma doença mental, postulada pela lógica biomédica tradicional.

Considerando essas questões, este artigo teve o objetivo de analisar experiências de um grupo de ouvidores de vozes de um CAPS de uma capital brasileira, de modo a contribuir para reflexões sobre a importância desse dispositivo no cuidado em saúde mental. Para isso, encontros anotados em um diário de campo foram analisados conforme os procedimentos descritos a seguir.

A história do grupo e o método de análise

Este estudo utilizou uma metodologia qualitativa, e fez parte de uma pesquisa de caráter empírico que teve como objeto o fenômeno da alucinação auditiva. Sua execução foi possível a partir da criação do grupo de ouvidores de vozes no CAPS, que teve um dos pesquisadores como coordenador. Para que a atividade pudesse ter início, o projeto de pesquisa foi apresentado à gerência e, em seguida, em uma reunião com a equipe técnica do serviço. Este estudo teve aprovação dos comitês de ética das instituições responsáveis pela realização de pesquisas – a Instituição de Ensino Superior e a Secretaria de Estado de Saúde – através dos códigos CAAE: 52032315.6.0000.5540 e 52032315.6.3001.5553.

Estipularam-se os seguintes critérios de inclusão para os participantes: 1) ouvir vozes com frequência ou ter tido ao menos uma experiência; 2) ser voluntário; 3) concordar em participar do projeto. Foi solicitado à equipe que o limite máximo de integrantes fosse oito, já que inicialmente seria feito um estudo piloto para avaliar condições mais adequadas para o funcionamento da atividade – era comum, no CAPS, os grupos terem uma média de 15 pessoas, e isso poderia prejudicar as trocas de experiências e o manejo terapêutico.

Os profissionais da equipe passaram ao pesquisador nomes de pessoas que se interessaram pela atividade, e através de contato telefônico ou conversas no CAPS, o projeto foi apresentado. Com o decorrer do tempo, em função das demandas que foram surgindo, houve a recomposição da proposta inicial (que previa 08 participantes), de maneira que em algumas sessões tivemos a presença de um número maior de pessoas – não só de pacientes, como também de parentes e amigos.

Ao longo dos 18 meses de funcionamento, passaram pelo grupo 31 ouvidores de vozes (12 homens e 19 mulheres), dez familiares e três amigos – estes últimos em sete sessões, sendo três delas combinadas previamente. As idades variaram entre 23 e 65 anos, e aspectos como raça, condição socioeconômica, diagnósticos, e escolaridade foram heterogêneos. A média de frequência por encontro foi de cinco pessoas – quantitativo que já era esperado, dadas às características do grupo. Além disso, os participantes relataram que as vozes os incomodavam, sobretudo, no dia do grupo, e isso prejudicou a frequência nas sessões.

Após cada encontro o pesquisador narrou em um gravador o que havia acontecido na sessão – alguns relatos, temas, e acontecimentos relevantes. Ao todo, foram 62 narrativas, com um tempo total de 15 horas e 25 minutos, e média de 15 minutos para cada registro. Os áudios foram transcritos para que pudessem formar o *corpus* e serem analisados.

A partir da análise dos diários, os dados foram organizados em três espectros temporais estruturadores de (psico)terapias de grupo em geral³: “apresentação”, “trocas de experiências”, e “fechamento”; além de um aspecto dinâmico, denominado de “manejo terapêutico”, que alinhou os espectros temporais e garantiu a fluidez do grupo e dos fatores terapêuticos. Os espectros e o aspecto dinâmico serão descritos a seguir. Para resguardar o sigilo dos participantes, foram utilizados nomes fictícios, e omitidos outros dados pessoais.

O funcionamento do grupo

Antes de adentrarmos na descrição dos espectros, é necessário contextualizar o *setting* de funcionamento do grupo. Segundo Zimmerman (2007), o “enquadre” ou “*setting*” (p. 144) é um

³ Yalom e Leszcz (2006) postularam que a sessão em grupo se divide em três etapas: o momento inicial, que serve como um aquecimento; o momento de desdobramento das discussões, que toma a maior parte da atividade; e o encerramento do grupo, que é marcado pelo término do tempo da sessão. Neste estudo optou-se por nomeá-las como “espectros”, apesar de seguirem a mesma lógica estabelecida por esses autores.

elemento essencial para o desenvolvimento grupal, já que é constituído por elementos que normatizam e dão possibilidade para que o processo terapêutico aconteça. Cada sessão teve em média o tempo de 1 hora e 30 minutos, com a frequência de uma vez por semana, em um período de 18 meses. A maioria das sessões foi realizada em uma sala de atividades do CAPS, a fim de proporcionar um ambiente reservado. Ainda assim, por algumas ocasiões, tanto em virtude da falta de lugar para realizar a atividade, quanto por solicitação dos participantes, alguns encontros foram feitos em espaços abertos (inclusive fora do CAPS).

Após os nove primeiros meses, o grupo passou a se desenvolver sem um limite definido de pessoas, e elas tinham liberdade para comparecer ou não. Essa decisão teve como objetivo dar a possibilidade para que o ouvidor de vozes escolhesse a atividade de acordo com seu desejo, implicando-se em suas questões e assumindo o papel principal, de protagonista, no tratamento. Além disso, alguns encontros foram abertos também a familiares e amigos.

Com 15 meses de funcionamento, o grupo não havia sentido ainda a necessidade de estabelecer “combinados de convivência”, ou seja, regras para evitar conflitos. Isso acabou acontecendo por solicitação de alguns participantes, após uma sessão em que três deles tiveram uma discussão. As regras estabelecidas tinham o objetivo de proporcionar um tempo de fala equivalente a todos; respeitar a experiência e o posicionamento de cada integrante; evitar interromper quem estivesse falando; e evitar impor crenças religiosas. Cabe ressaltar que esse tipo de estratégia deve ser construída coletivamente, assim que o grupo estiver formado, e lembrada em situações de conflito ou reajustada, caso necessário.

Na apresentação dos espectros, faremos outras considerações sobre o funcionamento do grupo. Além de recortes dos diários, serão apresentados os temas que mais estiveram presentes nas sessões, a forma como foram encaminhados e “fatores terapêuticos⁴” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 23) promovidos por meio das experiências do grupo.

Apresentação

As sessões começavam de dois modos diferentes, dependendo de quem estivesse presente. No caso da presença de novos participantes, o facilitador solicitava que todos se apresentassem, falando o nome, e como chegaram ao grupo (caso se sentissem à vontade). Essa solicitação teve o intuito de trazer conteúdos que pudessem ser tematizados no grupo e facilitou o processo de identificação entre os membros, como Mônica relatou:

Tenho me sentido livre, com muita vontade de falar, pela primeira vez na vida me identifico com pessoas que são iguais a mim, que entendem meu problema, e aqui nesse grupo ninguém vai me julgar ou pedir pra eu parar de falar. (Sessão 6)

Ao constatar que não era a única a ter experiências com audição de vozes – fator terapêutico nomeado como “universalidade” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 26) –, Mônica passou a se sentir melhor. Os sentimentos relatados por Mônica podem ser despertados em pessoas que preferem se manter caladas nas sessões, interagindo pelo silêncio, já que há possibilidade de aprendizagem e mudança através do espelhamento do outro – o “comportamento imitativo” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 35), que foi relatado por alguns integrantes em diálogos com o pesquisador. Outro aspecto que ela mencionou foi a “liberdade para falar”, que dizia respeito à característica do grupo em acolher e dialogar sobre qualquer tema.

Uma importante noção transmitida a eles surgiu na seguinte situação:

Mara relatou que tinha perguntado para a psiquiatra sobre seu diagnóstico, mas que não obteve uma resposta conclusiva. E João intercedeu: “os médicos não sabem o que a gente tem não. Teve uma vez que fui consultar, e perguntei: doutor, o que eu tenho? Sabe o que ele disse? Eu não sei, quem sabe melhor é você”. (Sessão 9)

⁴ Fazem parte de um complexo processo que ocorre quando as pessoas interagem entre si compartilhando suas experiências, e com isso promovem mudanças terapêuticas (Yalom & Leszcz, 2006). Procurou-se destacar não só os fatores comuns a qualquer grupo, como os específicos a grupos de audição de vozes.

O facilitador então colocou ao grupo que atuaríamos como esse médico, valorizando a explicação deles mesmos na tarefa de atribuição de sentido para as vozes. Esse é um ponto fundamental no trabalho com o grupo, já que auxilia o ouvindo de vozes a não se tornar dependente do profissional de saúde no processo terapêutico e subverte a hierarquia tradicional do tratamento – ele se torna protagonista no processo (Dillon & Hornstein, 2013).

Um dos principais pontos envolvidos no momento da apresentação, com a presença de novos participantes, era a possibilidade de encontrar no relato do motivo que os levou a procurar o tratamento alguns elementos que contribuíram para o surgimento das vozes:

Jobson se apresentou e disse que está no CAPS desde ANO, toma remédio e não entende o porquê, já que não melhora – continua ouvindo vozes e vendo coisas. Relatou que os sintomas começaram com a morte da noiva (que ele amava muito), com um tiro de arma de fogo (bala perdida). Logo em seguida ele começou a ouvir vozes, que ordenaram que cortasse os pulsos. Por causa da tentativa de suicídio, foi internado no manicômio, e lá permaneceu por um longo tempo. Melhorou um pouco, mas nunca deixou de ouvir vozes e nem de ver a noiva. (Sessão 3)

Jobson viu a morte da noiva como a etiologia das vozes que escuta. Além da morte de entes queridos, vários outros eventos que marcam a vida podem contribuir para a audição de vozes, como *bullying*, divórcio, e violências (Kråkvik et al., 2015). Assim como Jobson, outros participantes relataram ter passado por experiências impactantes, e as associaram ao surgimento das vozes. Segundo Romme (2009b), explorar a origem das vozes é um passo essencial para poder trabalhar as manifestações e as emoções que elas geram, e o momento da apresentação contribuiu não só para isso, como também para trabalharmos os sentidos das vozes e as formas de enfrentamento no grupo.

Já quando todos os participantes se conheciam – o que exigia outra maneira de realizar esse momento inicial da sessão –, o facilitador começava a atividade perguntando se alguém gostaria de falar algo, como tinham passado a semana, como estavam as vozes, ou qualquer outro assunto que despertasse o diálogo, como na seguinte cena:

Hoje fizemos o grupo na varanda. Quem começou falando foi o carro de som que passava na rua, anunciando frutas. Perguntei se costumavam comer fruta, e Luana disse que sim, mas que está fechando a boca. Essa pergunta abriu possibilidade para ela falar sobre a dificuldade de seguir recomendações da nutricionista, pois as vozes dão ordem para ela comer, e a ameaçam quando ela não as obedece. (Sessão 36)

Nesse caso as sessões começavam com esse tom de informalidade, o qual servia como “aquecimento” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 228) para as pessoas conseguirem falar sobre suas dores, como no caso de Luana. Assim, a colocação de uma situação aparentemente comum ou simples ao grupo abriu a possibilidade de queixas e demandas importantes virem à tona. Nesse momento inicial da sessão alguns temas já começavam a ser debatidos pelos próprios participantes, como veremos a seguir.

Trocas de experiências

Este espectro constituiu-se como fundamental para o desenvolvimento do grupo. As trocas de experiências estimulam as pessoas a construir outras narrativas sobre o fenômeno (Muñoz, Serpa Jr., Leal, Dahl, & Oliveira, 2011) e assim desvelar maneiras diferentes de lidar com o sofrimento. Elas aconteciam logo após o momento da apresentação, e ocuparam um tempo maior se comparado aos outros espectros.

Um tema discutido por meio das trocas foi o sentido das vozes.

Samanta disse que passou cinco dias com fortes dores de cabeça e que nenhum remédio lhe ajudou. As vozes estavam dando ordens para ela cortar o cabelo, e depois que ela cortou, as dores de cabeça cessaram; mas ela não estava feliz com isso. E então Luana relatou que quando estava casada, tinha o costume de mudar os móveis de posição, obedecendo comandos das vozes. “Depois que meu marido foi embora e se separou de mim, parei de mudá-los. Aí entendi que na

verdade o que tinha que mudar era aquela relação que eu não tava feliz.” Com isso, perguntamos à Samanta o que ela gostaria de cortar da vida, que está ruim. (Sessão 56)

A intervenção de Luana foi fundamental para que chamássemos a atenção para uma dentre as várias possibilidades de compreensão das vozes: seu sentido simbólico. Quando as vozes assumem essa forma de comunicação, metafórica, é possível que estejam se referindo a um problema da vida do ouvidor de vozes. Isso estava acontecendo com Samanta, que depois relatou que a vida não estava boa, pois a convivência com o marido estava insuportável; pensava em morar sozinha, mas não iria fazer isso ainda por não ter condições emocionais de dividir o valor da casa, e porque perderia muito dinheiro.

Trocas importantes se deram no sentido de auxiliar a se pensar em estratégias de lida.

Renato falou que dias atrás estava escutando vozes de conteúdo sexual que o atormentaram. Não sabia o que fazer e começou a bater na cama. Foi ficando nervoso, seu pai entrou no quarto e chamou a mãe. Começaram a discutir e ele quase entrou em surto. Daniel sugeriu que ele saísse de casa para se acalmar. Mas Renato disse que não adianta, porque as vozes o acompanham. E Ana Beatriz falou: “bom então se as vozes o acompanham, você pode tentar relaxar, ouvindo música, outra coisa, porque quanto mais você entra nas vozes, mais fica agressivo.” (Sessão 48)

As trocas possibilitaram aprendizagens interpessoais (Yalom & Leszcz, 2006) sobre as vozes, a partir da escuta atenta de Ana Beatriz: que ao reagir com agressividade, as vozes ficavam piores, e assim Renato poderia ter uma crise (principalmente porque a família não aceitava bem sua condição clínica); e que ele poderia tentar uma atividade que caminhasse no sentido contrário ao da agressividade. Renato pôde refletir sobre isso e falar mais sobre ações que já havia realizado para atenuar as vozes. Os participantes o estimularam não só a pensar sobre estratégias, como também a experimentá-las em uma próxima oportunidade.

Um dos objetivos do grupo era auxiliar as pessoas a desenvolver estratégias de enfrentamento, considerando que saber lidar com as vozes é um passo crucial para: a) o empoderamento (obter controle sobre elas) e a redução da valência emocional – que provoca muito sofrimento (De Leede-Smith & Barkus, 2013); b) o processo de recuperação (Escher, 2009); c) estabelecer alguma forma de conviver com elas. Quando esse tema era debatido no grupo, as pessoas procuravam falar tanto sobre estratégias que davam certo com elas, como também as que já haviam ouvido de outros participantes, e isso serviu para dar possibilidade para os integrantes aumentarem seus repertórios de estratégias.

Outras trocas se deram no sentido de dar suporte emocional à dor do outro.

Manfredo entrou na sala muito impaciente. Há alguns dias as vozes o perturbavam, e isso começou quando um conhecido falou que ele deveria vender seu sítio. Elas falavam: “vende, você não merece ficar com o sítio”. E aí ele contou para nós a história do sítio, muito sofrida. Ele via o pai agredindo a mãe, dentre outros problemas. Disse que gosta do sítio e não quer se desfazer dele, mas está sofrendo, sentindo-se muito sozinho. Então os participantes procuraram lhe ajudar. Heloísa falou de coisas que faz para não se sentir sozinho. Ana Beatriz aconselhou-o a ficar mais na casa do amigo que mora aqui perto. Mônica se preocupou com a mãe dele, perguntando como ela estava atualmente; dentre outras trocas. Ao final da sessão, as pessoas lhe deram abraços, e ele relatou que estava se sentindo melhor. (Sessão 30)

No recorte estão presentes dois fatores terapêuticos, segundo Yalom e Leszcz (2006): o “altruísmo” (p. 32) – pelo suporte e preocupação com as dores de Manfredo – e o “compartilhamento de informações” (p. 29) – que foi feito por meio das sugestões que ele recebeu. Esses recursos foram largamente utilizados entre os participantes, e fizeram com que eles se sentissem mais confortados e ficassem fortalecidos para enfrentar as dificuldades.

Conversar sobre objetivos futuros foi uma questão tematizada em algumas sessões.

Alípio disse que o dom dele é digitalizar documentos, que a maior benção que existe é quando você encontra um documento antigo disponível na internet, e tinha vontade de ganhar dinheiro com isso. Daniel disse que não é algo complicado, que se ele tiver scanner daria para fazer. Contou que uma vez um fazendeiro que não tinha internet em casa pediu para ele digitalizar umas leis, e lhe pagou

cem reais. Alípio ficou muito animado e disse que iria procurar se informar mais sobre isso. (Sessão 50)

Duas sessões depois, Alípio retomou o assunto: “*demorei tanto na minha vida pra descobrir o que eu gosto de fazer, e agora que eu descobri tenho que agarrar essa oportunidade.*” O grupo proporcionou não só a Alípio, como a alguns outros integrantes, a possibilidade de desejar, de se animar com novos planos, questão que os auxiliou no processo de empoderamento frente às vozes. Esses três aspectos dizem respeito a alguns dos vários benefícios dos grupos de audição de vozes, e corroboram dados de Romme (2009a).

A identificação de “gatilhos” (Longden, Corstens, Escher, & Romme, 2012, p. 4, tradução nossa) também foi outro tema tratado entre os participantes.

Moema relatou que desde os 23 anos escuta vozes, e que quando era criança foi numa tribo indígena, e viu um demônio entrando na oca de uma índia. Ela já frequentou o espiritismo, mas não acredita mais nessa religião. E então Raiane começou a passar mal; relatou que as vozes estavam vindo para pegá-la. Daniel levantou, e saiu da sala com ela para tomar uma água. E Renato pontuou: “poxa, toda vez que a gente fala dessas coisas de espírito ela passa mal”. (Sessão 46)

Renato fez uma colocação fundamental para o trabalho do grupo, já que os gatilhos remetem a fatores que provocam ou agravam as vozes na atualidade, e que é necessário avaliá-los para que possamos compreender os problemas associados a eles e suas dinâmicas emocionais (Corstens & Longden, 2013). Durante o tempo de realização do grupo, os gatilhos relatados com mais frequência se enquadraram na descrição de Corstens e Longden (2013): emoções específicas (como culpa e raiva), pessoas específicas (familiares e pessoas da convivência) e circunstâncias específicas (como, por exemplo, situações do meio social).

Assim que o tema era apresentado por meio de falas como a de Renato, as trocas se davam no sentido de reconhecer os gatilhos de cada participante e buscar explicá-los, e foram importantes para reconhecerem que, caso entrassem em contato com eles, haveria a possibilidade das vozes se manifestarem. Além disso, o debate sobre esse tema abria caminho para dialogarmos sobre estratégias de lida, e foi importante em função de ter auxiliado não só os integrantes do grupo, como também familiares – já que algumas estratégias tinham como foco conversar com uma pessoa de referência –, a dar outras resoluções para a questão.

Fechamento

Este espectro se referiu ao momento final da sessão, que teve um tempo curto de duração, já que se procurou explorar e preservar ao máximo as trocas de experiências. No entanto, considerando que o fechamento também foi um momento importante da atividade, é mister destacar alguns elementos que dele fizeram parte.

Um aspecto a ser destacado se referiu à retomada de acontecimentos (de valência positiva ou negativa) que os integrantes haviam relatado ao longo da sessão. Isso foi feito não só pelo facilitador, mas também pelos outros participantes, e promoveu o fator terapêutico “altruísmo” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 32), como na fala de Félix: “*poxa, depois desses depoimentos estou vendo que meu sofrimento é pequeno. Você deve ter muita força porque esse sofrimento é difícil*”. (Sessão 16). Além desse elemento, quando algum importante tema ou demanda foram finalizados em virtude do término do tempo da sessão, sem que tivessem sido explorados de forma suficiente, o facilitador fazia uma breve síntese sobre a questão, e após isso perguntava aos participantes se gostariam de retomá-la no encontro seguinte.

O fechamento também foi um momento utilizado para a transmissão de alguns avisos e recomendações do CAPS, ou do próprio grupo. Além disso, era verificado se algum integrante estava precisando resolver alguma questão ou esclarecer dúvidas sobre um determinado assunto. Foi comum os integrantes pedirem auxílio ao facilitador quanto à verificação da data de marcação do serviço de psiquiatria junto à gerência, e também o interesse pela matrícula em cursos profissionalizantes ou por atividades de geração de renda – o que exigia o diálogo com profissionais com os quais não haviam tido contato no CAPS.

A seguir, discorreremos sobre o manejo terapêutico, o qual serviu para alinhar os três espectros temporais analisados.

Manejo terapêutico

Neste tópico serão apresentadas as intervenções realizadas pelo facilitador com mais frequência. Uma intervenção básica foi nomeada de “circularização”.

Ana Beatriz havia dito que as vozes estavam aparecendo e ordenando que ela se matasse. E aí Luma falou: “Ah as vozes sempre falam pra gente fazer besteira, coisa ruim, então não é pra acreditar nelas.” Abri a questão ao grupo, perguntando o que achavam que poderia ser feito com essas vozes. (Sessão 20)

A circulação das falas abriu possibilidade para as pessoas formularem ideias e se integrarem, bem como para horizontalizar os saberes – aspecto este importante para o processo decisório igualitário entre as pessoas do grupo (Vasconcelos, 2013). Além disso, esse tipo de intervenção proporcionou o debate de outras questões (como a colocação de Luma, que provocou o diálogo sobre estratégias de lida).

Outra intervenção foi a reiteração (Rogers & Kinget, 1977), que consistiu em pontuar um elemento importante na fala, resumir a narrativa ou repetir palavras ditas ao final de um relato.

Samanta relatou que depois que a filha morreu, tudo desmoronou. O marido largou o emprego e abandonou tudo; eles vivem do benefício que ela recebe, e têm três filhos. Ela se sente bem indo ao cemitério, e não entende o porquê disso.

- *Facilitador: Você se sente bem indo ao cemitério. (Sessão 35)*

À medida que foi falando mais sobre o cemitério, Samanta conseguiu compreender o motivo de sentir-se bem nesse local – ficava perto da filha e longe de casa (a família achava que o sofrimento dela era “frescura”). A reiteração é uma preparação para a tomada de consciência, e amplia o campo de percepção sobre o que está sendo posto em questão (Rogers & Kinget, 1977). Além disso, o participante tem o sentimento de que alguém o está acompanhando, e de que está se fazendo entender – o que serve de estímulo à livre expressão de conteúdos (Holanda, 2009).

Outra estratégia foi a reflexão (Vasconcelos, 2013), que tem os mesmos objetivos da reiteração, porém é feita por meio de perguntas.

E sobre as vozes, João disse que “a única solução pra esse sofrimento é morrer”.

- *Facilitador: E por que a única solução pra esse sofrimento é morrer?*

- Eu tenho vários problemas, e só tá piorando, não enxergo de um olho, escuto vozes, não durmo, não sei ler nem escrever, minha família não gosta de mim por causa que escuto vozes, não recebo nenhum benefício, não consigo arrumar remédio. Então tá tudo muito ruim, e se morrer acabo logo com tudo isso, pra eu descansar. (Sessão 10)

Após a fala de João, o facilitador abriu a questão ao grupo. Os participantes puderam refletir sobre a morte e o suicídio, e conversamos sobre outras formas de enfrentar problemas que causavam grande sofrimento. Essa sessão foi importante para as que se seguiram, pois quando algum participante falava em morrer, recebia suporte no sentido de buscar outra forma de pensar – o que significa dizer que houve ampliação na capacidade de lidar com essa questão. Em outra sessão,

Marieta relatou um problema com a mãe e a irmã, que tem lhe trazido muita irritação, e ela não sabe como se comportar com a mãe; sente que vai “estourar” (sic). Ela pediu um conselho ao grupo. E aí Luana interveio: “Minha bisavó falava que nós temos que ficar caladas, que a maior sabedoria que existe é não fazer nada, ficar calada e ter calma, que isso evita muita briga.”

- *Facilitador: Mas será que o melhor é ficar calada? (Sessão 61)*

Luana possui uma trajetória biográfica repleta de violências, e aprendeu a ficar calada desde quando foi estuprada na infância (nada foi feito por parte da pessoa que ficou sabendo do fato). Esse comportamento contribuía para que ela não conseguisse lidar bem com as vozes e a prejudicou no casamento – ela se calava diante das violências do ex-marido.

Considerando a situação de Luana e de outros participantes que também sofreram violências das mais diversas, e que tinham dificuldade em lidar com as vozes pelo fato de não conseguirem falar sobre elas, a intervenção do facilitador se deu no sentido de suspender preconceitos e ampliar possibilidades no trato com aquilo que faz sofrer. A reflexão foi utilizada também em outras sessões, com maior frequência quando algum participante trazia um acontecimento relacionado com as vozes, e é uma forma de manejo que deve ser feita com cuidado e por meio de perguntas abertas (para evitar sugestões).

Outra forma de intervenção foi a normalização, que consistiu em apresentar o fenômeno de diferentes perspectivas, por meio de histórias de ouvintes de vozes clínicos ou personalidades internacionais que estabeleceram boa convivência com as vozes; dados de pesquisas do HVM; e informações de culturas que tratam o fenômeno de forma diferente, entre outras. Tal intervenção teve o objetivo de promover o sentimento de pertencimento a um lugar comum, “normal”, e a identificação com um fenômeno que faz parte da condição humana – questões que atenuam o autoestigma e o isolamento (Ruddle et al., 2011). Além disso, ela favorece a “instilação de esperança” (Yalom & Leszcz, 2006, p. 25) – a crença de que o sofrimento pode ser superado (como aconteceu com alguns participantes). A normalização se caracteriza como fator terapêutico inespecífico – ou seja, comum a todas as abordagens grupais – denominado psicoeducação (Cordioli & Giglio, 2008).

Uma das intervenções mais específicas no trato do fenômeno e no manejo deste tipo de grupo é o diálogo com as vozes, que combina técnicas da Análise Transacional, Gestalt e Psicodrama, e foi desenvolvida por profissionais da psiquiatria, psicologia e ouvintes de vozes que fazem parte do HVM/*Intervoice* (Baker, 2009). Ela consistiu em conversar com as vozes de forma direta ou com mediação do participante, como no recorte a seguir:

Heloísa disse que as vozes estavam insuportáveis. Ela tinha algo para contar, mas não estava pronta, e as vozes não falariam comigo. Então propus um acordo:

- Peço licença para conversar com a Heloísa, e sei que vocês estão muito irritadas porque falamos coisas no grupo que vocês não gostaram. Mas ela está sofrendo, e eu queria solicitar um acordo. Teria como vocês me deixarem conversando somente com ela, sem ficarem falando? Vou marcar um minuto no relógio, e quando esse tempo terminar eu vou avisar, caso vocês queiram voltar a falar. Pode ser?

Ela concordou. Acionei o relógio, e avisei que o tempo havia começado. (Sessão 31)

E então Heloísa parecia ter acordado. Relatou que foi abusada pelo pai aos cinco anos, e que as vozes estavam perturbando-a com esse conteúdo há algumas semanas, desde que aconteceram conflitos familiares referentes a esse tema. Com o término do tempo acordado, o facilitador avisou Heloísa, mas ela disse que não queria que as vozes voltassem, pois parecia que havia tirado um peso das costas, e estava se sentindo aliviada. Nesta intervenção utilizou-se uma das técnicas de focalização criadas pela Rede de Audição de Vozes da Austrália (Hearing Voices Network Australia, 2006).

Baker (2009) afirmou que com a aplicação dessa forma de manejo é possível constatar que, quando o ouvinte de vozes consegue desenvolver uma atitude mais forte e positiva em relação às vozes, há possibilidade de que elas mudem. Assim, o diálogo com as vozes tem como objetivos: encorajar a pessoa a se comunicar com elas; explorar razões pelas quais elas estejam se manifestando; auxiliar a enxergar perspectivas diferentes acerca do que elas estejam querendo falar; dar suporte para que a pessoa tenha maior controle sobre a experiência (como ficou claro no recorte) e para encontrar estratégias de lida.

Sua aplicação não se reduz somente à clínica individual, mas também em grupo. No entanto, nas sessões em que todos os participantes permaneceram na sala, os diálogos foram mais difíceis, e o

facilitador buscou outras estratégias de intervenção pela fala. Cabem alertas quanto a esse tipo de intervenção: não se deve induzi-la intencionalmente, a não ser que ela seja conduzida por pessoas capacitadas ou experientes no tema, sob pena de provocar outros problemas (como, por exemplo, a internação hospitalar ou a perda do vínculo com a família). De qualquer forma, a colaboração dos participantes é o fator diferencial no suporte às crises.

Outras estratégias foram a disponibilização de um espaço para atender o participante e/ou sua família em horários diferentes ao do grupo e a possibilidade de eles buscarem o suporte da rede. Quanto à primeira, se deu quando alguém não se sentiu à vontade no grupo para expor uma situação particular, e quando os familiares tinham dificuldades ou dúvidas em compreender e lidar com o que estava acontecendo com o participante.

Já com relação aos diálogos sobre a possibilidade da busca do apoio da rede de cuidado – profissionais do CAPS, instituições encarregadas da garantia de direitos, e também familiares e amigos –, eles aconteceram com base nas orientações da normativa que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (portaria n. 3.088, 2011), com o intuito de diversificar as estratégias de cuidado; atender necessidades mais específicas do participante; e estimular o controle social.

Essa intervenção serviu não só para ampliar a capacidade de cuidado, como também gerou efeitos positivos na relação com as vozes. Como exemplo, temos o caso de Moema, que estava se sentindo angustiada com as dívidas que o proprietário anterior de sua residência havia deixado. O facilitador a orientou a buscar a Defensoria Pública, e com o auxílio desse órgão ela conseguiu dar início à resolução do problema. A partir daí, ela passou a se sentir menos preocupada, e isso contribuiu para reduzir as manifestações das vozes.

Considerações finais

Este estudo teve por objetivo apresentar experiências de um grupo que se desenvolveu em um serviço de saúde público, e possuiu algumas limitações: questões burocráticas do serviço – não era permitida a participação de pessoas que não fossem pacientes ou familiares/cuidadores de pacientes; por ser um grupo aberto, houve variabilidade na frequência de participantes; e a impossibilidade de gravação das sessões – questão que teria fornecido maior volume e precisão de dados a serem analisados.

Fazemos ressalvas às generalizações sobre a alucinação auditiva a partir dos resultados deste trabalho, considerando que ele retrata uma experiência baseada em corrente de pensamento específica (HVM/*Intervoice*) – e que existem outras formas de trato do fenômeno. Ainda assim, constatou-se que essa corrente fornece elementos essenciais para o cuidado de pessoas que escutam vozes. Os dados do grupo apontam que é possível afirmar ser este um dispositivo que promove fatores terapêuticos importantes para o processo de lida com o fenômeno de audição de vozes e de recuperação em saúde mental.

Pensando nesses aspectos, o grupo de audição de vozes pode ser realizado em outros espaços pertencentes à comunidade. Isso poderia contribuir para a diminuição da demanda dos serviços de saúde, como estratégia de prevenção e promoção em saúde mental, como tem acontecido nos países que possuem núcleos do HVM (Corstens et al., 2014), e promover ainda mudanças acerca do estigma da loucura. Além desses grupos, intervenções junto à família e no território – elementos essenciais para desmistificar e transformar representações sociais sobre a alucinação auditiva –, o emprego assistido e articulado com os serviços (dentre eles os CAPS), e o treinamento de habilidades, são estratégias psicossociais altamente recomendadas, já que possuem um nível comprovado de eficácia (Green et al., 2014).

Com essas ações haveria possibilidade de transformar a lógica tradicional de tratamento, que insiste em tentar reduzir, silenciar e suprimir o fenômeno da audição de vozes (Englisch & Zink, 2012; Sommer et al., 2012). É importante salientar que, ao privilegiar o modelo biomédico para o tratamento, que consiste em diagnóstico e medicalização, o serviço de saúde contraria a ideia dos CAPS serem locais de criação e implementação de formas de cuidar e tratar a saúde mental (Merhy, 2007). E, além disso, na tentativa de calar as vozes, quem se cala é a pessoa, e com ela suas possibilidades mais genuínas de vir a ser.

Referências

- Baker, P. (2009). *The voice inside: a practical guide for and about people who hear voices*. Port of Ness, UK: P&P Press.
- Bauer, S. M., Schanda, H., Karakula, H., Olajossy-Hilkesberger, L., Rudaleviciene, P., Okribelashvili, N., Chaudhry, H. R., Idemudia, S. E., Scheider, S., Ritter, K., & Stompe, T. (2011). Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 319-325.
- Cordioli, A. V., & Giglio, L. (2008). Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias e intervenções psicoterápicas. In A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias – Abordagens Atuais* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.
- Corstens, D., & Longden, E. (2013). The origins of voices: links between life history and voice hearing in a survey of 100 cases. *Psychosis*, 5(3), 270-285.
- Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham R., & Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull*, 40, S285–S294.
- De Leede-Smith, S., & Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front Hum Neurosci*, 7, 1-25.
- Dillon, J., & Hornstein, G. A. (2013). Hearing voices peer support groups: a powerful alternative for people in distress. *Psychosis*, 5(3), 286-295.
- Englisch, S., & Zink, M. (2012). Treatment-resistant Schizophrenia: Evidence-based Strategies. *Mens Sana Monographs*, 10(1), 20–32.
- Escher, S. (2009). Accepting voices and finding a way out. In M. Romme, S. Escher, J. Dillon, D. Corstens, & M. Morris (Orgs.), *Living with voices: 50 stories of recovery* (pp. 48-53). Birmingham City University, UK: PCCS Books.
- Green, C. A., Estroff, S. E., Yarborough, B. J., Spofford, M., Solloway, M. R., Kitson, R. S., & Perrin, N. A. (2014). Directions for future patient-centered and comparative effectiveness research for people with serious mental illness in a learning mental health care system. *Schizophr Bull*, 40(S1), S1-S94.
- Hearing Voices Network Australia. (2006). Strategies for coping with Distressing Voices. Recuperado em 27 de fevereiro, 2017, de <https://southbayprojectresourcedotorg.files.wordpress.com/2016/02/hvn-aotearoa-nz-strategies-for-coping-with-distressing-voices.pdf>
- Holanda, A. F. (2009). A perspectiva de Carl Rogers acerca da Resposta Reflexa. *Revista do NUFEN*, 1(1), 40-59.
- Johns, L., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T., Longden, E., Preti, A., Alderson-Day, B., Badcock, J. C., Cella, M., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., Peters, E., Raballo, A., Scott, J., Siddi, S., Sommer, I., & Larøi, F. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophr Bull*, 40, S255-S264.
- 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.
- 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.
- Larøi, F., Sommer, I. E., Blom, J. D., Fernyhough, C., Hugdahl, K., Johns, L. C., McCarthy-Jones, S., Preti, A., Raballo, A., Slotema, C.W., Stephane, M., & Waters, F. (2012). The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull*, 38(4), 724-733.
- 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.
- 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 (Orgs.), *Madness contested: power and practice* (pp. 161-180). Herefordshire, UK: PCCS Books.
- Martins, F. (2003). *Psicopatologia II: Semiologia Clínica: Investigação Teórica Clínica das Síndromes Psicopatológicas Clássicas*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Merhy, E. E. (2007). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In E. E. Merhy, & H. Amaral (Orgs.), *A reforma psiquiátrica no cotidiano II* (pp. 55-66). São Paulo: Hucitec.
- Muñoz, N. M., Serpa Jr., O. D., Leal, E. 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*, 16(1), 83-89.
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull.*, 38(3), 475-85.
- Portaria n. 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. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 de janeiro, 2017, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Rogers, C. R. & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas* (Vol. 2). Belo Horizonte: Interlivros.

- Romme, M. (2009a). Hearing voices groups. In M. Romme, S. Escher, J. Dillon, D. Corstens, & M. Morris (Orgs.), *Living with voices: 50 stories of recovery* (pp. 73-85). Birmingham City University, UK: PCCS Books.
- Romme, M. (2009b). What causes hearing voices? In M. Romme, S. Escher, J. Dillon, D. Corstens, & M. Morris (Orgs.), *Living with voices: 50 stories of recovery* (pp. 39-47). Birmingham City University, UK: PCCS Books.
- Ruddle, A., Mason, O., & Wykes, T. (2011). A review of hearing voices groups: Evidence and mechanisms of change. *Clinical psychology review*, 31(5), 757-766.
- Sommer, I. E., Slotema, C. W., Daskalakis, Z. J., Derks, E. M., Blom, J. D., & Van der Gaag, M. (2012). The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*, 38(4), 704-714.
- Vasconcelos, E. M. (2013). *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde.
- Yalom, I. & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimmerman, D. E. (2007). *Fundamentos básicos das grupoterapias* [recurso eletrônico] (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed. Recuperado em 12 de março, 2017, de <https://books.google.com.br>

Recebido em 13/08/2017

Aceito em 06/03/2018

Henrique Campagnollo Dávila Fernandes: Psicólogo graduado pelo Centro Universitário de Brasília - UniCeub (2013). Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (2017), com pesquisa sobre o fenômeno da audição de vozes (alucinação auditiva). Especialista em Gestão de Pessoas pela Universidade Federal de São João Del Rei - MG (2008), e em psicologia clínica de base fenomenológico-existencial, pelo Instituto de Psicologia Fenomenológico-Existencial do Rio de Janeiro - IFEN (2016). Integra um grupo de ouvidores de vozes desde 2015, e tem prestado apoio a um grupo de ajuda mútua em saúde mental na comunidade da Ceilândia - Distrito Federal. É graduando em filosofia (UnB). <http://orcid.org/0000-0001-9976-8551>

Valeska Zanello: possui graduação em Filosofia pela Universidade de Brasília (2005), graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (1997), e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (2005) com período sanduíche de um ano na Université Catholique de Louvain (Bélgica). Professora adjunta 3 do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, orientadora de mestrado e doutorado no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PSICC). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em saúde mental e gênero, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, gênero, psicanálise e filosofia da linguagem. Coordena o grupo de pesquisa "Saúde Mental e Gênero" (foco em mulheres) o qual realiza uma leitura do campo da saúde mental sob um viés feminista das relações de gênero (e interseccionalidades com raça e etnia) no que diz respeito à epistemologia, semiologia, diagnóstico psiquiátrico e prática profissional. Foi representante do Conselho Federal de Psicologia no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (SPM) e no GEA (Grupo de Estudos do Aborto) no período de 2014 a 2016. Membro do Grupo de Estudos Feministas (GEFEM) da UnB. Participou do TEDx Universidade de Brasília com o talk "Por que xingamos homens e mulheres de formas diferentes?". Gravou o (vídeo aula) ORIENTAPSI, do Conselho Federal de Psicologia, sobre o tema "Saúde Mental e Gênero". <https://orcid.org/0000-0002-2531-5581>