

Relatos sobre suicídio e vozes: um estudo etnográfico

Sílvia Monnerat

Escola de Ciências Sociais da Fundação Getúlio Vargas - RJ
silviamonnerat@yahoo.com.br

RESUMO

Fruto de trabalho etnográfico realizado entre 2008 e 2014 em dois serviços de atenção à saúde mental (um público e outro particular), localizados no estado do Rio de Janeiro, este artigo analisa diferentes fontes, orais e escritas, como: prontuários, entrevistas em profundidade, conversas informais e anotações em caderno de campo provenientes da observação participante, e estabelece uma discussão sobre suicídio e sobre a experiência de ouvir vozes. Partindo de relatos de pacientes, familiares e técnicos dos dois serviços, o estudo aponta para a dimensão social inscrita em vivências relacionadas ao sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Etnografia, Saúde mental, Loucura, Suicídio e Vozes

Introdução

Resultado de pesquisa etnográfica realizada entre os anos de 2008 e 2014 em dois serviços de atenção à saúde mental, um público e outro particular, localizados no estado do Rio de Janeiro, este artigo analisa relatos (orais e escritos) de pacientes, familiares e técnicos dos dois serviços, sobre *suicídio* e sobre a experiência de *ouvir vozes*¹. O interesse em desenvolver tal estudo se originou da observação de que os relatos de diferentes agentes se apresentavam de maneiras qualitativamente distintas em campo.

Ao iniciar o trabalho etnográfico nas duas instituições, fiz a escolha de olhar os prontuários dos pacientes depois de conhecê-los pessoalmente. Assim, quando me dediquei à

leitura de seus prontuários, já conhecia as pessoas sobre as quais esses documentos versavam e foi surpreendente a discrepância entre a forma como meus interlocutores se apresentaram (e, portanto, a forma como eu construí minhas primeiras impressões sobre eles) e as informações sobre os mesmos em seus prontuários.

Durante os anos em que realizei trabalho de campo, observei pacientes falando abertamente sobre suas rotinas, sonhos, relações familiares e de amizade, atividades individuais e coletivas, episódios do passado, concepções sobre si e sobre os outros; em seus prontuários, no entanto, vigoravam versões sobre estes indivíduos que os congelavam em eventos e/ou situações traumáticas, em sintomas articulados a diagnósticos que acabavam por dar materialidade a uma história oficial sobre o paciente. Em trabalho anterior (MONNERAT, 2014), analisei o caso de um paciente do serviço público que foi acusado de “se esconder atrás do álibi de doente mental”. Essa acusação partia de técnicos e de outros pacientes que acreditavam que ele era um vagabundo, vivendo problemas com a lei e que não estava doente. O questionamento sobre o diagnóstico desse rapaz passava pela argumentação de que ele nunca tinha ouvido vozes e que se recusava a fazer uso dos psicotrópicos receitados. Percebe-se, assim, a dimensão que determinados sintomas ganhavam em campo, se mostrando como determinantes para a construção de identidades. Quando este paciente começou a apresentar mania persecutória e alucinações auditivas, os técnicos mudaram sua percepção sobre ele e passaram a identificá-lo como portador de sofrimento psíquico e não mais como alguém que queria se aproveitar dos recursos disponíveis no serviço para fugir de uma condenação legal.

Ainda que os técnicos dos dois serviços, em seus discursos (in)formais, enfatizassem que o diagnóstico não era fator primordial no tratamento; observei que, nos prontuários e nas interações cotidianas, referências sintomáticas e diagnósticas eram utilizadas e adquiriam lugar de destaque nesses espaços de discurso. Uma paciente que realizava tratamento no serviço público chegou, certa vez, gritando, muito exaltada, apresentando o que foi rapidamente traduzido como mania persecutória. Nesta ocasião uma técnica enfatizou que estávamos observando o início de uma crise psicótica da paciente, já que sua medicação injetável estava atrasada. A técnica finalizou afirmando que, quando medicada, “voltaria ao normal em três dias”. Enfatizando, assim, a importância que a medicação assumia no tratamento e demonstrando que determinados comportamentos e formas de interação, considerados como inapropriados, poderiam ser associados a sintomas psicóticos e resultar em uma busca ativa para suprimi-los, pela via medicamentosa.

Suicídio

O interesse em estudar possíveis relações entre suicídio e doença mental cresceu após um acontecimento vivenciado em campo: um paciente do serviço particular me relatou seus planos para acabar com a vida. Essa foi a primeira vez que alguém compartilhava comigo o desejo profundo de se matar. Dentre outros sentimentos, esse episódio desencadeou a necessidade premente de refletir sobre essa temática.

Este rapaz de 22 anos, recém-chegado de intercâmbio em Lisboa (onde estudou engenharia), começou a frequentar a instituição de atenção à saúde mental particular com o diagnóstico de depressão e suspeita de esquizofrenia. Poucos meses após seu ingresso, ele me contou sobre problemas de relacionamento e sobre dificuldades em estabelecer vínculos afetivos durante os seis meses em que esteve no exterior. Esta experiência, segundo ele, teria sido responsável pelo desenvolvimento de seu quadro depressivo. Ainda em Portugal iniciou tratamento psiquiátrico, tendo sido medicado com anti-depressivos. Ao chegar de volta ao Brasil, sua mãe e seu irmão o chamavam de “fraco” por usar medicação psiquiátrica. Contou também sobre uma festa que teria ido, no Brasil, com amigos da faculdade, onde dançou forró com uma colega e constatou que suava muito (principalmente nas mãos), ele atribuiu a sudorese ao nojo que achava que as meninas sentiam dele. Ele nunca havia namorado e falou de sua insatisfação com seus amigos de faculdade (que o acompanhavam na festa) que o pressionavam para que ele se relacionasse amorosamente com garotas, o que sua insegurança em relação a elas não permitia. Contou que após a festa passou a pensar em se matar e que já teria um plano para colocar em prática. Em seu discurso apareceram referências a um sentimento de inadequação, a não se sentir confortável com os outros e da existência de um sentimento de inferioridade, o que, segundo ele, dificultaria sua capacidade de estabelecer relações com as pessoas. Ele relacionava seu sofrimento à dificuldade de interação e considerava-o de âmbito relacional, enquanto seus familiares o creditavam a uma fraqueza individual.

Paralelamente a este acontecimento, eu realizava consultas aos prontuários dos pacientes das duas instituições, sempre transcrevendo anotações relacionadas ao suicídio. Observei que as tentativas que não levaram a óbito, assim como a culpa e/ou o trauma ocasionado pela morte voluntária de alguém próximo, ganhavam destaque nos prontuários. A marca deixada pelo suicídio de algum ente querido aparecia como explicação para o desencadeamento da doença mental e a tentativa de se matar indicava sintoma da mesma doença. Um paciente do serviço de atenção à saúde mental particular, por exemplo, tinha em seu prontuário muitas

referências ao fato da sua irmã ter se matado e dele ter visto o corpo dela, logo após o suicídio. Ele, no entanto, nunca falou a respeito do assunto. Ele era um paciente com quem eu conversava muito e que demandou, inclusive, uma entrevista individual comigo. Nessa conversa falou sobre questões pessoais, sobre sua origem familiar, sobre sua relação com o álcool e outras drogas, sobre vozes que escutava, sobre a relação com sua médica, com sua família e com o serviço. Enfim, falou bastante de si, relatou crises, falou sobre o estigma que sofria e como lidava com o sofrimento psíquico, mas não mencionou o suicídio da irmã. Também não o questionei a respeito, mas este silêncio levantou em mim reflexões metodológicas relacionadas às distintas percepções que podemos ter sobre uma mesma pessoa. Se eu não tivesse tido acesso ao seu prontuário essa provavelmente seria uma informação que eu não ia ter sobre esse paciente, não perguntei e deixei que ele próprio conduzisse a narrativa, construindo naquele espaço de interação a sua versão oficial de si.

Ainda que eu tenha procurado me afastar da busca de origens, causas e determinações nas minhas interações com os pacientes, a associação entre doença mental e tendência ao suicídio apareceu com bastante força. Esta perspectiva vem sendo historicamente estabelecida pelo saber médico e por pesquisadores do assunto. Jean-Étienne Esquirol (1838, p. 639), discípulo de Pinel que cunhou o termo alucinação, sustentava que o “suicídio possui todas as características das alienações mentais” e que o “homem só atenta contra a própria vida quando está mergulhado no delírio; logo, os suicidas são alienados” (ESQUIROL, 1838, p. 665), perspectiva esta que atravessou séculos, chegando até os dias atuais como argumento de grande força.

Ao tentar analisar diferentes percepções sobre as origens das doenças mentais, partindo das minhas interações em campo, observei a prevalência de duas vertentes interpretativas. A primeira relacionava loucura à hereditariedade e, portanto, a critérios biológicos e genéticos. A outra articulava loucura à exposição a determinadas circunstâncias ambientais e sociais, tais como relações sociais e/ou familiares conflituosas, traumatizantes ou simbióticas. Em um contexto, como o estudado, em que a saúde mental era entendida dentro da lógica psicossocial, estas duas percepções não são excludentes, pelo contrário, no discurso de meus interlocutores as duas eram recorrentemente acionadas. A associação entre estas duas perspectivas, remete a percepção das doenças mentais como perturbações físico-morais², tal como foi proposto por Luiz Fernando Dias Duarte, ao recorrer à “antiga tradição médico-filosófica [que] dispunha da expressão físico-moral como qualificação das perturbações que justamente se construíram sobre a articulação entre os dois planos, considerados constitutivos da pessoa”

(DUARTE, 1994, p. 83), isto é, a mente e o corpo.

Durante a realização do trabalho etnográfico foi possível perceber como essa articulação está presente também no discurso de familiares e técnicos dos dois serviços. Em um prontuário do serviço particular, lê-se: “já tentou o suicídio [...]. Ela coloca que se ela fosse uma pessoa tão normal, como os familiares dizem, ela não teria tentado o suicídio seis vezes”. Em outra situação, a mãe de um paciente do mesmo serviço me contou que ocorreram muitos casos de suicídio em sua família: irmãos se mataram, tias por parte de pai do paciente tiveram filhos que se mataram e uma tia também já tentou fazê-lo. Contou ainda que seu marido, pai do paciente, também era *esquizofrênico*³ e que, por ordem médica, sua casa era toda gradeada, para evitar que o filho tentasse o suicídio, já que, segundo ela, o suicídio seria indício de doença mental. Sobre a fala dessa mãe, é interessante atentar que, para além da aproximação entre suicídio e doença mental, também vigora a ideia, comum ao saber médico, de que as doenças mentais teriam origens genéticas. Assim, ter familiares suicidas aumentaria a probabilidade de que seu filho também viesse a manifestar tal desejo, enfatizando uma perspectiva biologizante e determinista, muito presente nos relatos de técnicos, familiares e pacientes dos dois serviços.

Destaco, também, o fato de nenhum paciente do serviço público e apenas dois pacientes do serviço particular terem falado abertamente comigo sobre suicídio: o rapaz, anteriormente citado e um senhor que logo nos primeiros meses em campo, me falou: “Sou suicida!” e me contou rapidamente sobre um episódio em que se jogou nos trilhos do metrô. Este paciente, como uma apresentação de si, em uma sala repleta de pessoas, falou que era suicida e foi rapidamente interrompido por outra paciente que o censurou e disse para não falar algo tão pessoal em público. Na mesma hora ele se calou, evidenciando aquilo que, nos termos propostos por Maria Luiza Dias, parece se relacionar com

o tabu imposto ao falar da morte [que] repercute sobre o suicida, impedindo de se comunicar abertamente sobre seus motivos – o que, de um lado, impossibilita a ajuda social na superação de seus impasses, se for o caso, e, de outro lado, contribui para a constituição de um grande enigma em torno do tema (DIAS, 1994, p. 38).

Este paciente retomou a narrativa sobre o mesmo acontecimento meses depois, em uma conversa particular comigo. Devo destacar que ele não acrescentou muitas informações às anteriormente dadas, o que me fez refletir sobre os significados inscritos nos silêncios e nas falas sobre o suicídio. Refletindo sobre isso, me deparei com questões metodológicas relacio-

nadas à dificuldade de trazer para a fala lembranças de um acontecimento que está associado a momentos de intenso sofrimento emocional. Como agir, então, diante dessas falas e desses silêncios? Ouvir as falas espontâneas, respeitar os silêncios e acolhê-los? Até que ponto pode-se forçar o outro a falar sobre algo tão íntimo? Forçar a fala do paciente sobre assuntos delicados não seria reforçar e legitimar estereótipos, diagnósticos ou buscar uma comprovação dos sintomas e instituir uma possível causa?

Essas questões me assombraram durante todo trabalho etnográfico. Eu estava inserida em um contexto social em que me relacionava com pessoas que eram entendidas (e se entendiam) como portadoras de um intenso sofrimento psíquico, diagnosticadas com uma doença traduzida por técnicos e familiares como uma doença emocional, exatamente por considerarem que possuem uma extrema dificuldade em lidar com suas emoções e sentimentos. Segundo fala atribuída a um paciente em seu prontuário: “Loucura é a dificuldade de se expressar”. Como, então, trabalhar com os silêncios e com as falas dos pacientes sobre fatos que eram considerados como *divisores de águas* em suas vidas?

Vozes

Deixando um pouco de lado as angústias metodológicas e voltando para a análise do material etnográfico, gostaria de iniciar esse tópico retomando a discussão sobre suicídio e destacando algumas situações em que a *ideação suicida* me era explicada, não como oriunda do desejo individual, mas como fruto de vozes. Enquanto familiares e técnicos referenciavam o desejo de se matar ao indivíduo, os próprios sujeitos podiam interpretá-los como proveniente de vozes (internas ou externas) que escutavam.

Em certa ocasião presenciei uma paciente – que tinha em seu prontuário a seguinte anotação: “Aos 15 anos G. foi internada [...] tinha surtos nervosos, segundo sua irmã ‘Na casa dos meus pais, G. fumava muito e tinha desejos de se matar’” – falando que escutava recorrentemente xingamentos e ameaças de que iria morrer em breve. Segundo ela, sempre que ouvia essas vozes, respondia dizendo que isso não ia acontecer. Ao descrever essa estratégia, outro paciente contou que fazia o mesmo, também buscava travar um diálogo com a voz que escutava. Interessante observar que, enquanto, em seu prontuário, constava a afirmação da irmã de que a paciente desejava se matar, nas interações que tive com a mesma, ela me dizia que essa não era sua vontade, mas sim das vozes que escutava.

Entre os pacientes das duas instituições, observei relatos sobre vozes ameaçadoras relacionadas à morte. Como estratégia para lidar com elas, alguns pacientes procuravam di-

álgar com essas vozes, mas, em alguns casos, essa estratégia não era bem sucedida, como foi sublinhado no prontuário de um paciente do serviço particular, que teria dito “que tem ouvido vozes dizendo que vai morrer em breve. Disse-me [a um estagiário] que está tentando não dar muita bola para elas, mas que no fundo acredita mesmo nisso”.

Ainda que muitos procurassem estabelecer um diálogo com as vozes, um paciente, ao ser perguntado se respondia a elas, me disse: “não sou maluco!”. Em entrevista, outro paciente disse: “Eles são mais fortes que eu. A única coisa que eu dou pra eles é o meu silêncio” e “eles querem que eu saia daqui [da instituição]”. Diante da pergunta: “eles falam isso pra você?”, ele me respondeu: “não falam, mas colocam caminhão de mudança aqui em frente. Falam que eu devo deixar de fazer tratamento”. Ao ser perguntado se ele respondia a eles, o paciente exclamou: “Não, não sou doido! A médica orienta a não dar ouvido a eles, a não sair daqui, não beber, tomar o remédio direitinho”.

Durante o trabalho de campo, verifiquei uma diversidade de descrições sobre a experiência de ouvir vozes: A irmã de uma paciente do serviço público disse em entrevista: “Ela desde que nasceu tinha esse problema no ouvido, na época dizia que era como uma agulha entrando no ouvido [...]. Aí a gente colocava remédio no ouvido, procurava remédio para o ouvido e nunca tratamento pra cabeça”; segundo descrição de um prontuário: “parece que entra um bicho dentro de sua cabeça, relata que as vezes fica aéreo e que ouve vozes que o deixa confuso”; outra paciente, também do serviço público, relatou ouvir a voz de sua irmã, já falecida; outros relatos remetiam essas vozes à frequências de rádio ou TV; no caso de uma paciente do serviço particular, um aparelho de rádio havia sido colocado em sua casa por seu irmão militar, este aparelho possibilitava que ele e outras pessoas se comunicassem com ela. Foi observado também, o estabelecimento de uma aproximação entre a experiência de ouvir vozes e forças espirituais. A irmã de um paciente do serviço público, ao conversar comigo sobre a doença de seu irmão, fez referência a uma possessão sofrida por ele, que teria culminado na ida a um centro para tratamentos espirituais. Uma paciente do serviço particular se referia constantemente às vozes escutadas como oriundas do obsessor. Ela disse que no período da noite não respondia às vozes, como fazia durante o dia, pois se o fizesse, Ele ficaria mais tempo falando com ela. As vozes diziam que ela ia morrer e que nunca iriam deixá-la em paz, pois eram “da parte do Diabo”. Ao escutar esse depoimento, outro paciente disse para ela procurar um Centro Espírita, pois assim conseguiria controlar as vozes.

Devo salientar ainda, no que tange as diferentes possibilidades de significação sobre as

experiências de ouvir vozes, que nem todas as vozes escutadas eram entendidas como malélicas, em alguns casos eram consideradas boas ou tranquilizadoras. Em um diálogo travado informalmente com alguns pacientes do serviço público, conversava certa vez sobre o caso exposto por uma das usuárias, que havia contado ao grupo que não tinha dormido bem durante a noite por ter escutado vozes. Ao perguntar o que as vozes disseram a ela, respondeu-me que não se lembrava. Perguntei aos demais se alguém mais *ouvia vozes* e apenas um paciente respondeu afirmativamente, dizendo que as vozes que escutava nem sempre eram ruins, que algumas eram boas e que procurava “dar ouvidos” apenas às vozes boas. Um paciente do serviço particular, segundo seu prontuário, teria dito: “que escutava vozes, mas que acha isso bom, que as vozes o tranquilizam”.

Ainda que tenha sido possível escutar depoimentos sobre vozes boas, seu aparecimento era comumente considerado como algo fora da normalidade pela equipe técnica (que deveria estar atenta a essas manifestações). Tal como expôs Rosine Perelberg (1976, p. 82), o “fato de o paciente ouvir vozes é visto como sintoma médico, [...] porque este acredita que, na realidade não existam vozes. Implica, portanto, uma comparação (secreta) entre os conceitos e ideias dos pacientes e aquelas do médico ou da sociedade mais ampla em que se encontram”.

A troca de experiências se mostrou como uma forma eficaz para lidar com as vozes, tal como vem sendo evidenciado em estudos centrados na perspectiva psicossocial. Entre meus interlocutores também foi possível observar que “a circulação da palavra pode incentivar a construção de novas narrativas sobre o fenômeno” e possibilitar uma visão que considere que “o problema principal não reside no fato de ouvir vozes, mas na dificuldade de estabelecer algum tipo de convivência com elas” (MUÑOZ et al, 2011). Um paciente da instituição particular publicou no site do serviço algumas dicas para lidar com as vozes e com as paranóias, entre elas destaco: “Quando você está em casa deitado na cama (que é a hora pior) e sente que a TV está falando com você, mude de canal. De preferência troque para a TV Senado porque só fala de política”. Sobre esse relato do paciente, é interessante destacar duas respostas recebidas:

Descobri um jeito de ver tevê que não agride as noias. Ajuste a idade de censura para os programas e verás o que há de mais simples e positivo em alguns canais sem ver coisas que não existem. Ah sim, regule a censura dos canais de tevê por assinatura em 12 ou 14 anos e desfrute. O mundo se tornará mais leve.

Achei também uma outra forma de espantar as noias além de minhas ideias anteriores, acho que esta é adequada: ouvir música clássica, por-

que não tem letra que nos faça induzir um pensamento que pode ser prejudicial a nosso equilíbrio mental.

O *site* do serviço particular possibilitou um espaço para a troca de experiências sobre ouvir vozes e o paciente que iniciou as descrições sobre suas experiências, assumiu um lugar privilegiado no compartilhamento do seu saber, tornando-se, nos termos de Laplantine (2010, p. 17), um “autêntico pólo de saber”, confirmando, assim, tal como evidenciou Eduardo Mourão Vasconcelos, que

[A]s doenças crônicas como o sofrimento psíquico levantam problemas e desafios de vários tipos, vividos de forma cotidiana [...]. Além disso, esse período exige um longo processo de acumulação de experiências, de “dicas” informais, de pesquisa e troca de informações e de conhecimento técnico, de adequação às singularidades de cada um, de aprendizagem individual e coletiva, mas mais fundamentalmente, de luta, de acomodações substanciais de vida e de elaboração pessoal e coletiva das emoções e dos significados de todas estas vivências. (VASCONCELOS, 2003, p. 22).

As dicas compartilhadas por esse paciente eram preciosas e evidenciavam o quão real era essa experiência vivida por ele e por outros pacientes, experiência essa que, no entanto, foi recorrentemente desacreditada por técnicos e familiares, sendo comumente entendida como delírios e/ou referenciadas a traumas passados.

Considerações finais

O objetivo deste artigo não foi encontrar explicações causais para o aparecimento e/ou desenvolvimento de alguma doença e sim, analisar comparativamente determinadas características, expressões, sintomas e diagnósticos e suas significações entre diferentes interlocutores (pacientes, familiares e técnicos) em suas diferentes formas de expressão (prontuários, entrevistas em profundidade, conversas informais e observações de campo). Ainda que tenha sido verificada uma multiplicidade de experiências relacionadas aos sintomas ou diagnósticos, ficou latente o lugar privilegiado que a medicação assumia para a remissão de determinados sintomas, que deveriam ser suprimidos. Essa remissão se dava, prioritariamente, pela intervenção medicamentosa e, portanto, restrita a dimensão individual. O artigo buscou articular essa dimensão individual à dimensão social e subjetiva na qual está inscrita e o fez a partir do olhar para outras perspectivas e significações sobre a experiência de ouvir vozes ou sobre o suicídio. Este estudo buscou explicitar a dimensão social inscrita em determinados sintomas e diagnósticos.

Em minha dissertação de mestrado (MONNERAT, 2009), destaquei o caso de uma paciente do serviço público que acreditava estar sempre grávida e que seus familiares abriam sua barriga durante a noite para comer os bebezinhos que gerava. Mais de uma vez ela me contou, com riqueza de detalhes, sobre os abusos sexuais que sofria que eram seguidos de ferimentos com gilete em seu órgão genital. No prontuário da paciente encontrei a versão institucional oficial sobre ela, que teria vivido situações abusivas e traumáticas que eram revividos cotidianamente nesses delírios. Em seu prontuário havia referência a uma época não datada, em que teria vivido uma gravidez indesejada, fruto de um abuso impetrado por seu ex-patrão. Essa gravidez resultou em um aborto que, segundo consta em seu prontuário, seria revivido constantemente. Em outros trechos deste documento foram estabelecidas relações entre os cortes que a paciente dizia sofrer com a amputação de uma das pernas de seu pai, devido a problemas de saúde relacionados à diabetes.

Ainda que os técnicos entendessem o comportamento dos pacientes como oriundo de perturbações inconscientes; os pacientes viviam como realidade. Refletindo sobre como determinadas ideias e comportamentos podem ser considerados como delírios, alucinações e/ou paranoias para uns, enquanto, para outros, são entendidos como reais, parece-me apropriado retomar Schutz (1979, p. 94), que ressalta que quem está “de fora” classifica indivíduos a partir de categorias que são homogêneas apenas quando observadas sobre seus próprios pontos de vista, isto é, “do ponto de vista de quem está de fora”, afinal, “a interpretação do grupo pelo estranho nunca coincidirá plenamente com a auto-interpretação do grupo interno” (SCHUTZ, 1979, p. 94). Devido a isso, considero importante recorrer às narrativas dos pacientes e de seus familiares, para acessar informações que possibilitem contrastes e aproximações com o discurso oficial (apresentado pelos técnicos e prontuários).

Notas

1. Algumas notas metodológicas devem ser aqui destacadas para melhor compreensão do trabalho etnográfico realizado. A minha entrada em campo, nas duas instituições, aconteceu mediante a apresentação de um projeto escrito e de uma conversa com quem respondia pela instituição na ocasião. Em nenhum dos dois serviços me foi solicitada a aprovação em comitê de ética, como condicionante para a realização da pesquisa. Tive livre acesso às pessoas e às documentações nos dois serviços, tendo liberdade para transitar por todos os ambientes, conversar com todos os frequentadores e consultar livremente os arquivos disponíveis. Na pesquisa desenvolvida durante o mestrado frequentei a instituição pública por aproximadamente 20 horas semanais, que foram divididas em três visitas por semana. Para a pesquisa realizada durante o doutorado, frequentei cada instituição por oito horas semanais, somando dezesseis horas de trabalho etnográfico durante a semana, durante aproximadamente dois anos. Destaco ainda, que não foi o objetivo desta pesquisa realizar um levantamento quantitativo a respeito dos pacientes que tiveram suas trajetórias marcadas

por alucinações visuais e/ou auditivas, tentativa(s) de encerrar com suas próprias vidas e/ou sobre o trauma causado pelo suicídio de um ente querido; e sim, realizar uma análise qualitativa e comparativa entre diferentes representações e significações sobre suicídio e sobre a experiência de ouvir vozes.

2. Utilizo, neste trabalho, categorias nativas para me referir às experiências descritas por meus interlocutores. Sobre como estas categorizações apareceram no trabalho etnográfico, cabe ressaltar que observei que as equipes dos serviços se preocupavam em utilizar termos como sofrimento psíquico ou sofrimento mental (termos pouco usados pelos pacientes, mas muito presente na bibliografia médico-psiquiátrica) ainda que também utilizassem termos como louco, doido, maluco, doente, muito usados também por pacientes e familiares. Ainda que não busque realizar uma discussão sobre usos de categorias, vale destacar que estas categorias não eram entendidas como termos tabu e eram usadas recorrentemente por meus interlocutores.

3. A esquizofrenia é considerada pelo saber médico como um transtorno mental que acomete aproximadamente 1% da população mundial. Alguns sintomas relacionados a esse diagnóstico: alucinação, ideias delirantes, agitação psicomotora, embotamento das emoções e dos afetos e retraimento social.

Referências

DIAS, Maria Luiza. Suicídio. *Testemunho do Adeus*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DUARTE, Luiz F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?. In: ALVES, P. C. e MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ESQUIROL, Jean-Étienne. *Des Maladies mentales*. Paris, 1838.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

MONNERAT, Sílvia. Trajetórias, acusações e sociabilidade. Uma etnografia em um Centro de Convivência para pacientes psiquiátricos. *Dissertação* (Mestrado em Antropologia Social), Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

_____. Dizem que são loucos: um estudo sobre relações sociais, acusações e contágio. *Revista Universidade Rural. Serie Ciencias Humanas*, v. 36, p. 124-137, 2014.

MUÑOZ, Nuria M. *et al.* Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. *Estudos de Psicologia*, 16, janeiro-abril/2011.

PERELBERG, Rosine. Fronteiras do silêncio – um estudo de desvio e ritualização. *Dissertação* (Mestrado em Antropologia Social), Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.

SCHUTZ, Alfred. *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

VASCONCELOS, Eduardo M. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

Reports on suicide and voices: an ethnographic study

Abstract

This article presents part of the results of an ethnographic research conducted between 2008 and 2014 in two mental health services (one public and another private) located in Rio de Janeiro. The present study analyzes reports (oral and written) of patients, family members and service technicians, about suicide and the experience of hearing voices.

Key words: Ethnography; Mental health; Madness, Suicide and Voices

Recebido em 13 de agosto de 2017.

Aceito em 9 de março de 2018.