

De paciente a caso: uma etnografia com egressos de internação psiquiátrica

From patient to clinical case: an ethnography
with psychiatric inpatient care releases

Martinho Braga Batista e Silva ¹

Abstract *Social Science contributions to the understanding of psychiatric care have highlighted the passage from person to patient as being crucial to the moral career of the mentally ill. In this article another moment relevant to a discussion on illness and social identity is investigated, namely the passage from patient to clinical case. Socio-anthropological fieldwork was conducted between 2007 and 2010 with users of a care network after release from psychological internment, their relatives and neighbors. It highlighted not only the administrative categories that professionals in the network used to designate patients, but also those given by other villagers. Some villagers are considered *doidos* (“loonies”) without having been admitted as “patients” to the local inpatient facility. Others are “users”, registered at an outpatient service; or “clients”, when they are frequent users. Some are called *bonequeiros* (“troublemakers”), “nervous”, or *barulhentos* (“noisy crackpots”) because of their behavior in public. Finally, by becoming the object of comments by people on the street, they also become “cases,” which are eventually discussed at the mental care facilities, thus becoming “clinical cases.” Mental disorders are as relevant to the management of a stigmatized social identity as surnames and nicknames.*

Key words *Social identity, Mental health, Stigma, Family, Community*

Resumo *Considerando as contribuições das ciências sociais para a compreensão da assistência psiquiátrica, que destaca a passagem de pessoa a paciente como crucial na carreira moral do doente mental, visamos investigar outro destes momentos que alimentam o debate acadêmico sobre doença e identidade social: de paciente a “causo”. Com base em uma perspectiva socioantropológica sobre a vida de egressos de internação psiquiátrica, um trabalho de campo foi conduzido de 2007 a 2010, junto a usuários de uma rede de atenção, seus familiares e vizinhos, destacando não só as categorias administrativas para designá-los entre os profissionais da rede, como também as utilizadas pelos habitantes da cidade. Notamos em que medida alguns habitantes são considerados “doidos”, mesmo sem terem sido “pacientes” da casa de repouso local; ora “usuários”, por terem sido matriculados em estabelecimentos da rede; ora “clientes”, por sua frequência no mesmo; “bonequeiros”, “nervosos” e “barulhentos”, por seu comportamento em público, alguns deles sendo objeto de comentário nas ruas da cidade e virando “causos”, e outros sendo objeto de discussão nos estabelecimentos de saúde e tornando-se “casos clínicos”. Portar transtornos mentais é tão relevante no manejo da identidade social estigmatizada quanto portar sobrenomes e apelidos.*

Palavras-chave *Identidade social, Saúde mental, Estigma, Família, Comunidade*

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier 524/ Pavilhão João Lyra Filho/6º andar/bloco E, Maracanã. 20550-900 Rio de Janeiro RJ Brasil. martinho02003@yahoo.com.br

Introdução

Segundo Goffman, um momento crucial da carreira moral de doente mental é a internação no manicômio, dada a passagem de pessoa a paciente e o brusco declínio no *status* de adulto livre implicado nessa transição¹. Ele destaca também o papel do registro de fatos degradantes em prontuário, por parte da equipe dirigente; a montagem da história do caso desdobrando-se sobre o exercício de direitos civis, por parte do interno; e a perda da privacidade, sendo um de seus mais agudos efeitos. Assim, não só a passagem de pessoa a paciente como também a de paciente a caso pode ser um momento relevante para a compreensão dessa carreira moral. Para Foucault, justamente técnicas documentárias como o exame médico fazem de cada indivíduo um caso². Partindo dessas e de outras contribuições teóricas, conceituais e metodológicas das ciências humanas para o campo da saúde mental, considero relevante compreender a carreira moral de egressos de internação psiquiátrica através do delineamento de outra passagem: *de paciente a caso*.

Alguns estudos no campo da saúde mental têm trabalhado justamente com casos para tecer suas considerações teóricas³, embora ainda se encontrem investigações sobre a passagem entre pessoa e paciente⁴. Existem situações nas quais pacientes viram casos de justiça, como ilustra o caso Custódio Serrão, na passagem do século XIX para o XX⁵, diferenciando-se dos casos de saúde citados anteriormente. São cada vez mais frequentes os estudos sobre o protagonismo dos usuários⁶ dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), alguns deles chegando mesmo a se tornar militantes da luta antimanicomial durante sua trajetória de vida⁷, e outros se inscrevendo em entidades culturais específicas, como a de artistas⁸. Além disso, muitos ex-internos de hospícios têm vivido como moradores⁹ nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), embora ainda haja alguns abandonados nos hospícios brasileiros¹⁰.

Assim, segundo a formulação de Goffman, alguns indivíduos podem viver a passagem de pessoa a paciente ao serem internadas em um hospital psiquiátrico, sendo que o paciente lá internado pode vir a ser considerado um caso pela equipe dirigente. Contudo, há outros destinos possíveis naquilo que o referido autor chama de carreira moral do doente mental, também envolvendo *status*, direitos e privacidade: caso de justiça, usuário, militante, artista, morador e abandonado. O caso de justiça pode ilustrar um extremo na perda da privacidade, quando a dor

vai parar os jornais¹¹. O abandonado pode exemplificar um acentuado declínio nas possibilidades de exercer direitos, dificultando ainda mais o ir e vir já regularmente cerceado aos pacientes psiquiátricos, incluindo-o em zonas de abandono social, nas quais a morte social está articulada a com uma vida farmacêutica¹². O usuário e o morador aparentemente mantêm o *status* de adulto livre, ainda que em graus variados de dependência dos familiares, profissionais e/ou instituições. O militante e o artista parecem ganhar mais do que perder *status*, adquirindo prestígio ao menos entre os profissionais do campo da saúde mental.

Certos pacientes psiquiátricos se tornaram afamados em uma dada localidade e passaram a simbolizar os valores de um povo, como aquela que os habitantes de Trinidad chamam de 'Mãe Terra'¹³. Pessoas de uma época na qual não existia hospício no Brasil eram conhecidas pelos transeuntes e cronistas da cidade do Rio de Janeiro como "loucas", devido ao seu comportamento em público, como o 'Filósofo do Cais'¹⁴. Além disso, outras pessoas que não se tornaram pacientes psiquiátricos podem ficar conhecidas como "doídas" em uma dada localidade e receber apelidos por conta de sua "fama", como o 'Doido de Monsanto' no estado de Pernambuco¹⁵. Quando utilizo o termo *causo* estou me referindo a pessoas que já foram pacientes psiquiátricos e agora são egressos de internação psiquiátrica, não a pessoas que não foram internadas no hospício e nem mesmo às que lá permanecem internadas. Dentre esses egressos, refiro-me àqueles que são conhecidos e reconhecidos em público pelos habitantes de uma dada localidade, não aos que são objeto de discussão e registro somente entre os membros da equipe dirigente de um estabelecimento psiquiátrico: aos *causos* e não aos casos, portanto. Assim, o termo *causo* aponta justamente para um destino possível da carreira moral de um ex-interno, qual seja, o de adquirir uma dada reputação frente aos cidadãos, o de ser conhecido publicamente por outros que não apenas seus familiares, vizinhos e profissionais, sendo objeto de comentários, fofocas e boatos em uma dada localidade.

Mais adiante me deterei com mais vagar nesta categoria nativa surgida durante o trabalho de campo em uma rede de atenção em saúde (rede) de um dado município (cidade), justificando a razão pela qual ela se tornou uma categoria analítica. Até o momento procurei apenas explicar a escolha deste objeto de pesquisa, a passagem de paciente a *causo* – e não a de pessoa a paciente ou a de paciente a caso – na carreira moral de

um egresso de internação psiquiátrica – e não de um doente mental ou interno. A meu ver essa passagem envolve mais ganho de publicidade do que perda de privacidade, mais ascensão do que declínio no *status*, diferentemente da carreira moral do doente mental conforme descrita por Goffman.

No que tange ao exercício de direitos, a promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001¹⁶, conhecida como Lei Antimanicomial, favoreceu uma mudança importante na assistência psiquiátrica nacional, pois a internação tornou-se um procedimento terapêutico secundário – “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” – e mesmo proibido em alguns casos – “vedada... em instituições com características asilares”. Além disso, a Lei Antimanicomial também colaborou para uma modificação no termo para se referir aos que anteriormente eram designados “alienados” – Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903¹⁷ – ou mesmo “psicopatas” – Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934¹⁸ – e ainda “doentes mentais” – Decreto 3.138, de 24 de março de 1941¹⁹ – e que foram a partir dela chamados “pessoas portadoras de transtorno mental”.

A expressão “usuário” de serviços de saúde mental marca a passagem entre o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MLAM) no final da década de 1980, tornando-se um dos segmentos deste movimento, ao lado dos familiares e profissionais²⁰. Em 2009, inclusive, acontece a Marcha dos Usuários a Brasília pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, fomentando a IV – e última – Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010. Essas terminologias adotadas no campo da saúde mental têm sido objeto de debates políticos e de investimento teórico. Esse debate tem contado com as contribuições da ética e da epistemologia para o enfrentamento do estigma, os ditos “loucos infratores”, sendo designados cada vez mais de “pessoas adultas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei”²¹, por exemplo.

Duas dimensões do processo sócio-histórico de reforma psiquiátrica são muito relevantes no âmbito da causa antimanicomial, a jurídico-política e a epistemológica²⁰, refletindo nas mudanças de nomenclatura para se referir às pessoas portadoras de transtorno mental consolidadas em lei. Contudo, a identidade estigmatizada de doente mental²² nem sempre comparece isolada em contextos socioculturais específicos. Um estudo recente, por exemplo, destaca a estigmatização de

certos usuários do CAPS por conta da adesão a um dado culto religioso²³, não necessariamente por conta do diagnóstico psiquiátrico. Na pesquisa desenvolvida por mim na rede de uma cidade, houve situações nas quais o pertencimento familiar e de vizinhança predominou sobre o religioso nesse processo de estigmatização.

Como o egresso de internação psiquiátrica que viveu a passagem entre paciente e causo em sua carreira moral, uma pessoa poderia ser tratada como “esquizofrênica” entre os profissionais da rede e vista como “doida” entre os habitantes da cidade. Ela também poderia ser chamada de “bonequeira” por causar confusão nos estabelecimentos comerciais do espaço urbano, tanto pelos profissionais quanto pelos habitantes. Ela poderia até mesmo ser designada “galinha d’água”, por conta do pertencimento a uma determinada família e/ou localidade, enquanto os portadores de um dado sobrenome serem apelidados desta maneira, por serem considerados muito “falantes” pelos vizinhos, por vezes até mesmo “zoadentos”. Deste modo, durante o trabalho de campo, que será apresentado a seguir, presenciei situações e escutei relatos de momentos nos quais não só portar transtornos mentais como também sobrenomes e apelidos contribuíam para a construção de estereótipos sobre os egressos de internação psiquiátrica.

Identidade é um tema relevante no campo da saúde coletiva, tanto a de usuários²⁴ quanto a de profissionais²⁵ de serviços de saúde. Ao estudar a “passagem de paciente a causo” na carreira moral de egressos de internação psiquiátrica, meu objetivo é justamente investigar a relação estabelecida entre doença e identidade social neste contexto sociocultural específico, debruçando-me assim sobre a dimensão sociocultural do processo sócio-histórico de reforma psiquiátrica brasileira.

Referencial teórico-metodológico

O material que subsidia este texto em parte foi extraído de tese de doutorado em antropologia social, sendo que o projeto de pesquisa financiado pelo CNPQ foi submetido e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido utilizados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Trata-se de uma pesquisa com e não em seres humanos²⁶, especialmente com egressos de internação psiquiátrica, na medida em que os mesmos se tornaram interlocutores e não apenas informantes ao longo do trabalho de campo. O trabalho de campo foi realizado na rede de uma cidade, sen-

do que justamente para preservar a identidade dos profissionais, familiares e usuários dos serviços de saúde, bem como dos habitantes da cidade, não serão apresentados muitos detalhes sobre elas, apenas os dados que se fizerem necessários para contextualizar as situações observadas e as entrevistas realizadas.

A entrada em campo aconteceu após uma notícia sobre a rede dessa cidade, enviada a mim e a todos os participantes do grupo virtual “Em defesa da reforma”, no ano de 2006. O grupo reúne militantes do movimento pela reforma psiquiátrica de todo o Brasil e neste movimento há, basicamente, três segmentos: usuários, familiares e profissionais de serviços de saúde mental. Além de profissional de outra rede de atenção em saúde, de outro município do país, na época em que recebi a notícia, era parente de habitantes dessa cidade sobre a qual a notícia falava. Além disso, esse parente era usuário da rede desta cidade. Através do contato com o profissional, que enviou a notícia e o parente que era usuário da rede, realizei um trabalho de campo nessa cidade entre os anos de 2007 e 2010, período no qual lá estive por 5 meses não sucessivos.

A rede era composta de: 1 CAPS, 1 CAPSad (álcool e drogas), 1 SRT, 1 enfermaria psiquiátrica em hospital geral (HP), 1 ambulatório de especialidades e quase 30 unidades básicas de saúde nas quais atuavam aproximadamente 50 equipes de saúde da família (UBS). O CAPS tinha mais de 20 funcionários, a maioria de nível superior e do sexo feminino, entre eles enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, psicólogos, técnicos de enfermagem, psiquiatras e agentes administrativos. Estes funcionários atendiam aproximadamente 5 mil usuários, a grande maioria habitante da cidade de quase 200 mil habitantes. O CAPS tinha reunião de equipe semanal e a rede supervisão clínico-institucional mensal.

Excetuando o CAPSad, conduzi observação participante em todos os estabelecimentos da rede, durante consultas, reuniões de equipe e supervisões clínico-institucionais; também o fiz fora dos serviços de saúde com seus profissionais – nas visitas domiciliares – e sem a companhia dos mesmos – nas casas dos usuários e seus familiares –, bem como em praças e outros espaços da cidade, com eles e os demais habitantes da cidade. Excetuando os moradores de SRT, entrevistei profissionais, usuários e familiares (dentro dos serviços e em suas casas também) dos serviços de saúde, bem como habitantes da cidade sem relação com os serviços de saúde. Ao longo

do trabalho de campo, conversei informalmente com 30 usuários do CAPS, enquanto os mesmos aguardavam consultas, sendo que 10 deles foram entrevistados por indicação da equipe e/ou do meu parente, que também era usuário do serviço.

Desta maneira, alguns habitantes da cidade também eram usuários, familiares e profissionais da rede. Além disso, alguns habitantes da cidade eram não só moradores como também nascidos no local. Às vezes, estes habitantes pertenciam a famílias conhecidas na região – não só na cidade – pelo sobrenome. Neste contexto social e institucional, escutei o termo “causo”. Entrevistava um profissional da rede que não era natural da cidade, quando ele recomendou que eu fizesse o mesmo com um colega de trabalho morador e natural da cidade, com o intuito de conhecer mais acerca do cotidiano dos egressos de internação psiquiátrica. Segundo o profissional, seu colega costumava falar dos “causos” por trás dos “casos clínicos” ao longo da reunião de equipe semanal no CAPS. Ou seja, o colega – profissional da rede, morador e natural da cidade – conhecia as histórias de vida e não apenas os percursos clínico-institucionais dos usuários, pois estava imerso em uma rede social diferente da rede: aquela formada de habitantes da cidade, particularmente os que pertenciam a uma dada família local.

A rede surgiu na década de 2000, após a casa de repouso da cidade ter sido desativada na década de 1990, sendo que esta tinha começado a funcionar durante a década de 1970. A casa de repouso foi desativada após um caso de justiça envolvendo um paciente do estabelecimento, ou seja, o caso contribuiu para o fechamento da casa e para o surgimento da rede, na qual os habitantes poderiam ser tratados como “casos clínicos” nos CAPS.

No século XIX, uma Santa Casa de misericórdia já tinha sido criada na cidade, sendo que esta não tinha unidade de internação psiquiátrica. Parentes do prefeito eram proprietários da casa de repouso, enquanto parentes do ex-prefeito o eram da Santa Casa. Os proprietários da casa de repouso portavam um sobrenome que os fazia serem apelidados como “miliquita” entre os moradores da cidade, tanto considerados “nervosos” quanto “trabalhadores”, enquanto os proprietários da Santa Casa portavam um sobrenome ao qual se atribuía a alcunha de “galinha d’água”, considerados “falantes” e até mesmo “zoadentos”, em situações nas quais se encontravam em grupo, como mencionado anteriormente.

Miliquita é o nome de uma formiga, considerada símbolo de trabalho entre os habitantes da

cidade, sendo que é um tipo de formiga pequena e vermelha, cuja picada é muito ardida, daí o apelido dado àqueles que portam um dado sobrenome na cidade; vou designá-los aqui de Silva. Galinha d'água é o nome de um pássaro que pousa em um determinado rio nos arredores da cidade, sendo que o barulho que o mesmo costuma fazer é tão grande que, por analogia, se atribuiu esse apelido aos habitantes da cidade portadores de outro sobrenome, que vou designar aqui de Batista. As pessoas ligadas a estas famílias e/ou localidade são assim chamadas de modo jocoso e em público. Embora esse apelido fosse pejorativo, também podia ser utilizado para prestigiar um habitante da cidade, pois ele tanto poderia ser considerado “nervoso” e “zoadento” quanto “trabalhador” e “falante”. Além disso, há outros apelidos atribuídos a outros sobrenomes, sendo que o apelido pode ser utilizado para designar uma pessoa mesmo que ela não pertença a tal ou qual família ou localidade, bastando para tanto estar em uma situação de conversa coletiva e apresentar uma conduta considerada pelos demais uma característica dos “barulhentos” galinha d'água, ou dos “agoniados” miliquitas. Portanto, não é algo de ordem substancial, mas contextual.

Essa terminologia para referir ao comportamento dos habitantes estava presente inclusive dentro dos serviços de saúde, sendo utilizada até mesmo pelos profissionais durante as consultas. Por exemplo, quando dois médicos discutiam um caso clínico em uma UBS, um deles sugeriu o diagnóstico de “transtorno bipolar” a uma usuária em atendimento, enquanto o outro retrucava dizendo se tratar de uma “galinha d'água”, tanto por conta do hábito de falar demais quanto por ser portadora do sobrenome Batista. Os médicos e a usuária eram moradores e naturais da cidade, sendo que um deles, ainda em tom de brincadeira, designava o outro de um modo jocoso, devido ao apelido dado ao seu sobrenome, nem Batista nem Silva.

Desta maneira, nota-se a preeminência da linguagem do nervoso²⁷ neste contexto sociocultural específico, para retomar a contribuição de Duarte acerca das pessoas acusadas de doença mental entre as classes trabalhadoras urbanas. Além disso, as relações jocosas e as sanções satíricas que Nogueira notou entre os internos de um sanatório para portadores de tuberculose pulmonar²⁸ se faziam presentes entre os habitantes no contexto de meu trabalho de campo, apontando para a relevância dos apelidos dados aos portadores de determinado sobrenome nesta cidade. Sem falar nos atributos morais domésticos e nos

apelidos institucionais apontados por Biehl, em seu estudo entre as instituições médicas, as casas das famílias e os bairros da cidade¹⁵, fazendo-me pensar nos atributos morais e nos apelidos públicos entre os habitantes da cidade: “nervoso”, como também “zoadento”.

O termo “causo” foi utilizado por um profissional de saúde mental para se referir às informações sobre o usuário do CAPS que circulavam entre os habitantes da cidade, por oposição àquelas que circulavam apenas entre os profissionais da rede, os “casos clínicos” ou simplesmente “casos”. Generalizei esse termo para todo e qualquer egresso da casa de repouso desativada na cidade que viesse a se tornar afamado, a adquirir uma reputação, a ser conhecido e reconhecido em público pelos habitantes. Assim, tornei essa categoria nativa uma categoria analítica para investigar a passagem de paciente a causo na carreira moral dos egressos de internação psiquiátrica, distinta da passagem de paciente a caso.

Apenas a carreira moral de 3 dos 10 usuários entrevistados serão apresentadas e discutidas neste texto, já que as mesmas colaboram para a compreensão da especificidade da passagem de paciente a causo: José, Gerson e João, nomes fictícios. Esses 3 usuários do CAPS colaboraram para a compreensão de diferentes momentos da carreira moral de um egresso de internação psiquiátrica: “usuário”, por ter sido matriculado no CAPS; “cliente” devido à sua frequência no CAPS; “caso clínico” por conta de ser comentário entre os profissionais na reunião de equipe do CAPS e/ou na supervisão clínico-institucional da rede; “causos” por serem objeto de comentário entre os habitantes da cidade. Deve-se lembrar que essa carreira moral é permeada por uma relação singular entre doença e identidade social, mediada por apelidos e sobrenomes e não apenas por diagnósticos psiquiátricos, pois habitantes da cidade podem ser considerados “doidos” mesmo sem terem sido “pacientes” da casa de repouso local, ou mesmo “bonequeiros”, como veremos a seguir.

Resultados e discussão

A casa de repouso, criada na cidade durante década de 1970, funcionava com aproximadamente 60 leitos nos últimos anos de existência. A cidade era uma vila no século XVIII, ficando conhecida no século XIX por conta do plantio de algodão e o comércio de couro, mas, no século XX, adquiriu fama na região por conta desse estabelecimento em seu território. Percebi isso quando

realizei um passeio pela região em companhia de um profissional da rede e visitei parentes em um dos municípios durante um fim de semana.

Na casa de parentes, durante o lanche da tarde em companhia do profissional da rede, seu colega professor, meus tios e primos, uma vizinha reconheceu o profissional da rede como seu terapeuta. Quando meus tios começaram a brincar com esta vizinha, referindo-se ao fato dela ter sido usuária do CAPS, a mesma retrucou dizendo que uma das minhas primas também era “doida”, por ter nascido na cidade da casa de repouso e não no município da região. O tom jocoso e o clima de brincadeira, mais do que de constrangimento, imperaram durante essa conversa coletiva, de modo que meus tios passaram a “frescar” com essa prima também.

Quando o filho de algum morador da região nascia nesta cidade, dizia-se de modo jocoso que era “doido” ou, ainda, “com problema”. Assim, ser “paciente” da casa de repouso desta cidade ou ainda “usuário” do CAPS não era condição para ser considerado “doido” entre os habitantes da região, bastando ser natural da cidade para tanto. Entretanto, entre os habitantes da cidade, designava-se alguém de “doido” ou ainda “queima-graxa” apenas após terem sido “pacientes” da casa de repouso e, eventualmente, após terem sido “usuários” do CAPS também.

Diferente da casa de repouso, na periferia da cidade, o CAPS era localizado em uma praça central da mesma, dando maior visibilidade aos seus frequentadores. Entretanto, enquanto poucos habitantes da cidade foram pacientes da casa de repouso, muitos foram usuários do CAPS, tendo este estabelecimento matriculado mais de 2% dos cidadãos (cerca de 5 mil dos quase 200 mil habitantes), dentre eles José, Gerson e João.

José nunca foi paciente da casa de repouso, embora tenha sido internado na HP. Ele era morador e natural da cidade, tendo frequentado os 2 únicos consultórios de psiquiatria particulares da cidade, até o ano de 2000. Frequentava o CAPS durante o período do trabalho de campo, no qual recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar em uma consulta médica. Esse usuário da rede e egresso de internação psiquiátrica começou a apresentar “problemas mentais” em torno dos 17 anos, sendo que morava com os pais e irmãos. Ele permaneceu em atenção psicossocial no território durante todo o período do trabalho de campo, entre os anos de 2007 e 2010, sem ter passado por uma única internação sequer.

José relata seu processo de inclusão como usuário no CAPS, a aceitação de participar de

atividades de terapia ocupacional no início (artesanato, música, passeios), tendo sido fundamental para sua permanência no estabelecimento. No momento em que participava de atendimento individual e grupal regular no CAPS passou a ser designado pelos profissionais de “cliente” e não apenas “usuário”. Ele saiu de uma destas atividades por conta da percepção aguda do olhar dos transeuntes quando ele se punha a tocar violão em público em companhia de outros usuários do CAPS. De desacreditável tinha se tornado desacreditado²², ficando claro aos demais habitantes da cidade que ele também podia ser considerado “doido”, embora para os da região o fato dele ter nascido nesta cidade já o colocasse sob esse risco e dentro do CAPS estivesse sendo considerado um “cliente” em processo de “habilitação social”.

José fazia distinções entre si e os demais usuários, com base no grau de capacidade demonstrado na execução de certas tarefas, não de periculosidade – como muitos moradores – ou de cronicidade – como alguns profissionais. Apenas outro “cliente” tornou-se sua companhia para andar pelas ruas da cidade: Gerson. Lembra das ocasiões em que recebeu esse “colega” em sua casa e foi recebido por ele também, destacando que este lhe fez um sanduíche, como que ressaltando as habilidades do “amigo”.

Gerson era mais velho do que José e morava com o pai em um apartamento, após ter vivido em casa própria com sua esposa e filhos, tendo sido dono de um “comércio” no município. Disse-me em entrevista que já tinha sido internado até em outros estados da federação, para se referir ao fato de ter sido paciente de hospitais psiquiátricos tantas vezes que já havia esquecido quantas, tanto na casa de repouso quanto na HP, e nesta algumas vezes durante o período do trabalho de campo. Ele conhecia os profissionais do CAPS de ocasiões fora do estabelecimento, como participação em campanhas políticas e festas, sendo que tanto fazia amigos quanto inimigos nesses cenários: um dos profissionais do CAPS esteve com ele em comícios, mantendo uma relação amistosa com o mesmo; já uma das profissionais do estabelecimento foi abordada por ele durante uma festa, sendo que ele tentou seduzi-la e, diante do insucesso, começou a ofendê-la, de modo que o episódio se tornou pauta da reunião de equipe do CAPS e também da supervisão da rede.

Deste modo, este ex-paciente da casa de repouso e da HP, usuário e cliente do CAPS, também era visto como um “caso clínico” pelos profissionais do CAPS, pois tanto a “confusão” com um deles quanto outros episódios que ameaça-

vam a ordem pública se repetiam: uma moradora prestou queixa na delegacia contra ele por tentativa de estupro. Os profissionais ficaram alarmados com ambos os acontecimentos e foi cogitado encaminhá-lo para um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico durante uma das supervisões, muito embora a decisão final tenha sido no sentido de mantê-lo em atenção psicossocial e colaborar para que o mesmo pudesse responder o processo judicial como qualquer outro cidadão. Nesta ocasião, seu diagnóstico foi objeto de debate, oscilando entre o “transtorno de personalidade” – como a equipe do CAPS costumava vê-lo – e o “transtorno do humor” – como o supervisor sugeria que ele fosse descrito.

Durante o trabalho de campo, excetuando Gerson, nenhum dos 10 usuários que entrevistei foi internado na HP ou qualquer outra unidade de internação psiquiátrica. Como Gerson, José já tinha permanecido na HP, mas apenas uma vez. Diferente de Gerson, durante o trabalho de campo José não compareceu como “caso clínico” na reunião de equipe do CAPS ou na supervisão da rede, não sendo assim assunto entre os profissionais do estabelecimento. Deste modo, José era certamente um usuário da rede e visto como um “cliente” pelos profissionais do CAPS, quanto participava das atividades semanais de terapia ocupacional, enquanto Gerson era regularmente paciente da HP, usuário e cliente do CAPS e, o que interessa aqui destacar, um “caso clínico” da rede, pelo fato de ser objeto de discussão tanto da reunião equipe do CAPS quanto na supervisão da rede, tendo sido anteriormente “paciente” da casa de repouso. Apesar de milhares de habitantes da cidade estarem matriculados no CAPS e, portanto, serem considerados “usuários” do mesmo, centenas deles frequentavam o estabelecimento e algumas dezenas deles eram chamados pelos profissionais de “clientes”, poucos destes tendo sido “pacientes” da casa de repouso. Ser considerado um “caso clínico” na rede e não apenas um usuário ou mesmo cliente do CAPS fazia da pessoa objeto de comentário regular entre os membros da equipe do estabelecimento, embora não necessariamente entre os habitantes da cidade.

Este “caso clínico” no CAPS considerava-se alguém muito envolvido “na política”, dizendo isto com orgulho: “Eu sempre fiz campanha para o Silva...”. Gerson não era visto pela maioria dos moradores como um “doido”. Diferente de Gerson, José não tinha qualquer envolvimento com esta atividade política e não participava de “festas”, permanecendo em casa a maior parte do tempo. José era um usuário que frequentava con-

sulta médica mensal e foi um “cliente” do CAPS que vinha semanalmente ao grupo terapêutico, momento no qual tocava violão na praça em companhia de colegas, com receio de ser identificado como “doido”. Diferente de Gerson e José, João era apontado na rua como um “doido”.

João tinha sido internado na casa de repouso como Gerson, embora diferente de Gerson e José nunca o tenha sido na HP. Também diferentemente de Gerson e José foi usuário de uma UBS antes de ser encaminhado para o CAPS, nesta tendo sido diagnosticado como “epiléptico” e neste “esquizofrênico”. Nesta passagem de um estabelecimento da rede para outro, foi um caso clínico em discussão na reunião de equipe do CAPS. João ia ao CAPS quase todos os dias da semana e era chamado de “cliente” pelos profissionais, não de “usuário”. João era mais velho que Gerson e morava com a mãe como José, em uma casa cedida pelo cunhado. Ficava escutando “piadas de doido” em casa, o que o divertia bastante, mas queixava-se do fato de ser “chamado de doido na rua”, algo que o incomodava muito. Ou seja, aborrecia-se e ao mesmo tempo divertia-se com o uso da expressão “doido”, pois era reconhecido desta maneira pelos moradores da cidade e, ao mesmo tempo, gostava dos relatos francamente pejorativos sobre quem era assim reconhecido.

“Aí eu realço!”, foi o que me disse João durante uma dessas visitas, após me mostrar uma fita gravada de um programa de rádio no qual ele era citado pelo entrevistado, seu irmão. Ouvir fitas e CDs, divertindo-se com gravações ao vivo de shows de humor – as “piadas de doido” – e músicas de diferentes gêneros – em especial forró – era a atividade mais regular de João quando ele estava em casa. A entrevista com seu irmão estava acontecendo por conta do seguinte episódio: a “bodega” – bar – no qual João e sua mãe trabalhavam tinha sido assaltada e o irmão de João, dono do bar, estava contando como tinha sido o assalto no estabelecimento comercial intitulado com o apelido de João.

João usava essas e outras expressões – como “engrandecer” – para se referir também a algumas atividades realizadas como “cliente” do CAPS: o grupo terapêutico, no qual ele raramente faltava; na Associação de Usuários, Familiares e Amigos do CAPS, através do qual ele se tornou um dos militantes da luta antimanicomial, dando palestras na universidade sobre o assunto inclusive; na distribuição do jornal do CAPS pelas ruas, atividade que realizava voluntariamente e sem receber remuneração para tanto, embora tenha sido ofertado a ele um valor monetário.

Quando relatava os momentos em que dava palestras e distribuía jornais, João também usava a expressão “aí eu realço”, embora neste último caso acontecessem situações nas quais alguém o chamava de “doido”. Desta maneira, João geralmente dizia “eu engrandeço” ou “eu realço” para se referir a momentos em que era reconhecido publicamente, em atividades nas quais adquiria visibilidade na cidade. O apelido veio, segundo ele, do fato de manter em suas mãos um “boneco” que “buzinava”, ao ficar atrás do balcão na “bodega”, para lidar com os frequentadores que o aborreciam. Quando ficava “mordido” ou sentia-se “espetado” por alguém, apertava o boneco e fazia o som de buzina de carro ecoar pelo estabelecimento. Eventualmente, também agredia os frequentadores que, segundo ele, “brigavam por conta de uma meiota [copo de pinga]” e o enganavam na hora de pagar a conta.

No entanto, esse apelido tinha também outro uso e significado na região em que esse egresso de internação psiquiátrica morava. Enquanto estava entre parentes, escutei várias vezes eles dizerem que um dado morador era “bonequeiro”, algo que tanto podia ser um elogio quanto uma crítica. De tanto ouvir perguntei a eles o significado: “bonequeiro” era um “farrista”, mas também alguém que “provoca confusão” e “se mete em briga”, alguém que gosta de festas e diversões, sendo que “botar boneco” é uma expressão utilizada tanto para se referir a fazer confusão quanto a organizar festas. Depois fui conferir em alguns dicionários distribuídos para turistas e lá constava a expressão “botar boneco” exclusivamente como fazer confusão, sendo “bonequeiro” sinônimo de “encrenqueiro”. João guardava o cartão da bodega consigo, tendo me mostrado em uma das visitas à sua casa. Ele gostava que o chamassem pelo apelido e se orgulhava do fato do irmão tê-lo utilizado para nomear a “bodega”.

Assim, esse cliente do CAPS que já tinha sido usuário de UBS e caso clínico em discussão na reunião de equipe, bem como paciente da casa de repouso, era identificado como “doido” nas ruas da cidade e tinha recebido um apelido relativo à expressão “bonequeiro” dado seu comportamento pouco usual no estabelecimento em que trabalhava, seja pelos sustos que provocava nos clientes com sua buzina ou ainda pelas agressões e brigas provocadas. Nessa passagem de paciente a causo, João se tornou um dos símbolos da luta antimanicomial local, enquanto dava nome à bodega de seu irmão.

João ajudou-me a adentrar no universo dos apelidos na cidade, categorias morais em com-

posição e por vezes concorrência com as categorias administrativas “paciente”, “usuário”, “cliente” e “caso clínico”, como também as científicas “epilepsia” e “esquizofrenia”. Uma ligação entre portar transtornos mentais e portar apelidos foi se construindo desta maneira, até que outro elemento se fez presente nas conversas com este egresso: portar sobrenomes.

O avô de João era um Neves e dava nome a uma das ruas da cidade, informação publicada em um jornal quando de seu falecimento. Ele falava com orgulho de seu avô, pai de sua mãe, diferentemente de sua mãe. Segundo ela, seu cunhado, cujo sobrenome era “Batista”, era um “galinha d’água”. Perguntada sobre esse apelido, ela conta a razão de sua mágoa em relação ao seu pai: enquanto os Batista é que eram “faladores” para a mãe de João, os Silva eram “tudo fofoqueiro” e os Neves “tudo ignorante”. Segundo ela, a razão do “problema” de João estava na “ignorância”, pois ele e o pai tinham “brigado” muitas vezes e, no último conflito, João saiu da residência para a casa de repouso e ela separou-se do pai de João e foi morar na residência do pai dela. Completa dizendo que João era tanto “Neves” quanto “Silva”. João se defende da caracterização realizada com base na associação entre traços de comportamento, sobrenomes e apelidos, dizendo que gosta de “conversar”, mas é acusado por sua mãe de “dedo-duro”.

Deste modo, participar do cotidiano da residência de João e da cidade na qual ele morava levou-me a notar que alguns dos “doidos” da cidade eram especialmente afamados, recebendo apelidos, os mesmos estando intrinsecamente ligados à valoração de comportamentos entre os moradores do estado: quem provoca confusão demais na rua pode ser considerado “meio doido”, embora provocar confusão – “botar boneco” – não seja propriamente um comportamento reprovável. Desta forma, João foi paciente da casa de repouso e era mais do que um “usuário” do CAPS, sendo considerado um “cliente” no período do trabalho de campo e antes disso um “caso clínico” em discussão pelos profissionais na reunião de equipe, não gostando de ser notado como “doido” na rua e divertindo-se com “piadas de doido” em casa. Se José não era mencionado nas reuniões de equipe do CAPS – apenas um “cliente” e mais do que um “usuário” – e Gerson o era com frequência – tornando-se um “caso clínico” – João, além de “cliente” para os profissionais, era assunto entre os moradores, embora não fosse objeto de preocupação por parte da equipe do CAPS: era um “causo” e não um “caso clínico”.

Considerações finais

O estudo clássico de Duarte²³ sobre doença e identidade social apresenta um esquema através do qual as variadas acusações de doença mental entre as classes populares urbanas podem ser compreendidas: em um extremo de um contínuo, qualificados positivamente, os acusados de terem vivido uma experiência espiritual; no outro, negativamente, os de estarem fazendo um espetáculo; entre eles, pessoas consideradas com encosto, em crise de nervos e em estado de loucura. Este esquema opera com base no maior ou menor grau de responsabilidade e consciência atribuída aos acusados, os possessos sendo considerados menos conscientes de seus atos do que os maus, os loucos sendo vistos como menos responsáveis por suas atitudes do que os nervosos.

Com base no estudo da passagem entre paciente e causo na carreira moral de um egresso de

internação psiquiátrica, no qual portar sobrenomes e apelidos contou tanto quanto portar transtornos mentais no manejo da identidade social estigmatizada, notei uma relação peculiar entre doença e identidade social. Basicamente, os ex-internos da casa de repouso da cidade tiveram 3 destinos distintos: um caso de justiça que fechou a casa, um caso clínico em discussão no CAPS e um “causo” que aderiu à causa antimanicomial.

Outros destinos possíveis na carreira moral de egressos de internação psiquiátrica se desenharam na luta antimanicomial, os de militante e artista demonstrando que nem sempre o declínio do *status* se coloca no horizonte dos internos de hospício. Considero que também é esse o caso dos “causos” aqui apresentados, no qual o grau de publicidade e visibilidade é mais relevante para a compreensão da relação entre doença e identidade social do que o de consciência e responsabilidade.

Referências

- Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva; 1996.
- Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes; 1987.
- Goldberg J. *Cotidiano e Instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituição pública* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 1998.
- Mantilla M. *De persona a paciente: las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires* [tesis]. Buenos Aires: Conicet; 2010.
- Carrara S. *Crime e Loucura: o surgimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro, São Paulo: EDUERJ, EDUSP; 1998.
- Costa D, Paulon, S. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saude em Debate* 2012; 36(95):572-582.
- Soalheiro N. *Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Reinheimer P. Tô maluco, mas tô em obra: a trajetória do artista moderno e as representações da loucura. *Rev Ciências Sociais* 2010; 41(1):48-66.
- Pereira R. *De volta para casa: a vida nas residências terapêuticas e o trabalho dos cuidadores em Barbacena-MG* [dissertação]. Niterói: UFF; 2008.
- Arbex D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
- Vianna A. Introdução: fazendo e desfazendo inquietudes no mundo dos direitos. In: Vianna A, organizadora, *O fazer e o desfazer dos direitos: experiências etnográficas sobre política, administração e moralidades*. Rio de Janeiro: E-Papers; 2013.
- Biehl J. *Vita: life in a zone of social abandonment*. Los Angeles: University of California Press; 2005.
- Littlewood R. *Pathology and Identity: the work of Mother Earth in Trinidad*. New York: Cambridge University Press; 1993.
- Engel M. *Delírios da Razão: médicos, hospícios e loucos no Rio de Janeiro (1830-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Marques A. *Intrigas e questões: vingança de família no sertão nordestino*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará; 2005.
- Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
- Brasil. Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Realiza a assistência a alienados. *Diário Oficial da União* 1903; 23 dez.
- Brasil. Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1934; 14 jul.
- Brasil. Decreto 3.138, de 24 de março de 1941. Dispõe sobre a prestação de assistência médica, pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, dos doentes mentais que forem seus segurados ou associados. *Diário Oficial da União* 1941; 31 dez.
- Amarante P. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- Brasil. Ministério Público Federal. *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216 / 2001*. Brasília: PFDC, MPF; 2011.
- Goffman E. *Estigma: a manipulação da identidade deteriorada*. São Paulo: Brasiliense; 1990.
- Nunes M, Torrenté, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl.1):101-108.
- Nóbrega J. Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3): 671-679.
- Bachilli R, Scavassa, A, Spiri, W. A identidade do agente comunitário de saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):51-60.
- Oliveira L. Pesquisa em versus Pesquisa com Seres Humanos. In: Victora C, Oliven RG, Maciel ME, Oro AP, organizadores. *Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil*. Niterói, Porto Alegre: EDUFF, ABA; 2005. p. 33-44.
- Duarte L. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1986.
- Nogueira O. *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

Artigo apresentado em 21/10/2013

Aprovado em 30/11/2013

Versão final apresentada em 09/12/2013