

**Memórias e representações do “medo da loucura” no meio de médicos e médicas  
psiquiátricas**

**Memories and representations of the “fear of madness” among doctors and psychiatric  
doctors**

**Memorias y representaciones del “miedo a la locura” entre médicos y médicos  
psiquiátricos**

Recebido: 01/10/2020 | Revisado: 02/10/2020 | Aceito: 06/10/2020 | Publicado: 07/10/2020

**Ednea Conceição Correia Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4529-0737>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: [edneaesb@gmail.com](mailto:edneaesb@gmail.com)

**Lívia Diana Rocha Magalhães**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0784-6749>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: [lrochamagalhaes@gmail.com](mailto:lrochamagalhaes@gmail.com)

**Resumo**

Este artigo tem como objetivo apresentar os resultados da pesquisa sobre memórias sociais e coletivas construídas por médicos e médicas psiquiatras acerca da visão do louco e da loucura, tomando como base as contribuições da Teoria da Memória e as contribuições da Teoria das Representações Sociais. Aplicamos entrevistas semiestruturadas a 10 médicos (as) que trabalharam ou trabalham com o enfermo psiquiátrico, por dois anos ou mais, e desenvolveram a maior parte de suas atividades profissionais na cidade de Vitória da Conquista – Bahia. No trabalho, pontuamos o percurso das representações sociais coletivo-individuais que foram sendo construídas por esses profissionais. Como resultado, observamos que os entrevistados (as) mobilizam uma representação da memória do medo do “louco” e da “loucura” no seio das relações familiares, dos mais próximos, uma memória individual-coletiva resultante das experiências vividas por eles (as), bem como por seus pares e referências da psiquiatria para construir a narrativa de si e de sua profissão no que se refere à compreensão do significado do medo do “louco” e da “loucura”.

**Palavras-chave:** Loucura; Memória; Psiquiatria; Representações sociais; Medo.

## **Abstract**

This article's scope is to present results of the research about social and collective memories constructed by psychiatrists regarding the concept of mad and madness, based on the contributions made by the Theory of Memory and the Theory of Social Representation. We applied semi structured interviews to 10 physicians that are currently working (or have worked) with psychiatric patients for at least two years, having developed most of their professional activities in Vitória da Conquista - Bahia. In this work, we situate the course of social representations - both collective and individual - that have been shaped by these psychiatrists. As a result, we observed that the interviewees mobilized a representation of fear concerning the mad and madness, alongside a collective-individual memory of their experiences, as they pinpointed their personal and professional points of view, as well as their pairs and psychiatric references to construct a narrative of themselves and their profession, concerning the comprehension of the meaning of fear of the mad and of the madness.

**Keywords:** Madness; Memory; Psychiatry; Social representations; Fear.

## **Resumen**

Este artículo tiene como objetivo presentar los resultados de la investigación sobre memorias sociales y colectivas construidas por médicos y psiquiatras sobre la visión del loco y la locura, a partir de los aportes de la Teoría de la Memoria y los aportes de la Teoría de las Representaciones Sociales. Aplicamos entrevistas semiestructuradas a 10 médicos (as) que trabajaron o trabajan con el paciente psiquiátrico, durante dos años o más, y desarrollaron la mayor parte de sus actividades profesionales en la ciudad de Vitória da Conquista - Bahia. En el trabajo señalamos el rumbo de las representaciones sociales colectivo-individuales que fueron construyendo estos profesionales. Como resultado, observamos que los entrevistados movilizaron una representación del recuerdo del miedo al "loco" y la "locura" en las relaciones familiares, de los más cercanos, una memoria individual-colectiva fruto de las vivencias vividas por ellos. , así como por pares y referencias psiquiátricas para construir la narrativa de ellos mismos y de su profesión en términos de comprensión del significado del miedo al "loco" y la "locura".

**Palabras chave:** Loucura; Memoria; Psiquiatria; Representaciones sociales; Temor.

## **1. Introdução**

Neste artigo, tecemos algumas considerações acerca dos resultados da pesquisa sobre a

visão de médicos e médicas da especialidade da psiquiatria, quando se fala em “louco ou da loucura” tomando como referência suas recordações sobre seus primeiros contatos com a psiquiatria; escolha da especialidade; o trabalho com o paciente, entre outras temáticas correlatas.

Para a análise das entrevistas recorreremos as contribuições da teoria da memória (Halbwachs, 1999, 2004) e também, de forma aproximativa, de uma das vertentes da teoria das representações sociais, a partir da consideração de que as nossas memórias são construídas com base nas crenças comuns (representações) produzidas socialmente e no entorno mais próximo onde vivemos, mas também são reconstruídas conforme o acúmulo de conhecimento, de experiências que adquirimos.

## **2. Metodologia**

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa que ocorreu através de entrevistas semiestruturadas. Como ressalta Pereira et al. (2018, p. 67), " Os métodos qualitativos são aqueles nos quais é importante a interpretação por parte do pesquisador com suas opiniões sobre o fenômeno em estudo". Também tomamos como referência Ludke e André (2013) para compreendermos o sentido que médicos e médicas deram "as coisas e a sua vida" e analisamos os dados por meio do chamado processo indutivo.

Em vista disso, realizamos entrevistas semiestruturadas com onze profissionais, mas aqui vamos destacar as respostas analisadas com o objetivo de compreender as visões sobre o medo do “louco” e da “loucura”.

Os critérios para a eleição das amostras: médicos (as) que atuam/atuaram em hospital psiquiátrico há dois anos ou mais e que aceitaram falar sobre o tema do louco, da loucura e do medo, e que disponibilizaram tempo para tal mister. Visando manter o anonimato dos (as) entrevistados (as), usamos para identificar as respostas as siglas de dez estados brasileiros litorâneos, iniciando aleatoriamente por RS e chegando a PE. Os dez entrevistados (as) foram assim nomeados (as): RS; SC; PR; SP; RJ; ES; BA; SE, AL e PE. Todos os entrevistados leram e assinaram o devido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **3. Resultados e Discussão**

Quando analisamos as entrevistas, ficou evidente que durante o processo formativo, no desenvolvimento da carreira de psiquiatras, vamos observar que médicos e médicas recordam

imagens, sentidos e valores acerca do chamado “louco”, ancorando-se em um passado que lhes foi ativamente transmitido. E, quando se tornam profissionais, a visão adquirida no passado em sua dialética com o vivido vai ganhando, adquirindo ou acrescentando outros sentidos científico-sociais, individuais-coletivos, conforme suas formações e vivências cotidianas com seus pares e pacientes.

### 3.1 A psiquiatria e o seu paciente

O termo esquizofrenia foi cunhado em 1911 pelo psiquiatra Bleuler (1857-1939) (*apud* Louzã Neto & Elkis, 2007), a esquizofrenia, vocábulo derivado de *schizo* (partir) e *phrene* (mente), define-se como a cisão da alma, a partição do ser, uma viagem do eu por caminhos desconhecidos e não escolhidos. A esquizofrenia pode ser

[..] definida como um distúrbio que apresenta distorções características do pensamento e da percepção e afetividade inapropriada ou embotada. A capacidade intelectual está preservada, embora possam ocorrer certos déficits cognitivos com o curso da doença; a consciência está sem alteração (Louzã Neto & Elkis, 2007, p. 238).

Esse transtorno pode-se apresentar de forma abrupta, ocasionando comportamentos atípicos, como perda de interesse, ansiedade, ideias e comportamentos bizarros e fora da realidade, mas pode, também, aparecer de forma lenta e crescente. É usual a presença de alteração da sensopercepção, mormente alucinações e delírios.

As síndromes psicóticas caracterizam-se por sintomas típicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro, como falas e risos imotivados [...]. Os sintomas paranoides são muito comuns, como ideias delirantes e alucinações auditivas de conteúdo persecutório (Dalgalorrondo, 2008, p. 326).

Segundo Fidalgo e Silveira (2010), em termos estatísticos espera-se um (a) esquizofrênico a cada cem indivíduos:

A esquizofrenia apresenta prevalência em torno de 1% da população geral, é um transtorno crônico e, em grande parte dos casos, implica grave prejuízo funcional. Isso, somado à característica de início precoce, contribui para que esteja listada entre as 10 principais causas de anos perdidos de vida saudável, segundo a OMS (Fidalgo & Silveira, 2010, p. 84).

Para Alvarenga (2008), os transtornos mentais caracterizam-se por alterações na cognição, no humor, no controle dos impulsos e no comportamento. A faixa etária que tem maior risco de adoecimento está entre 15 e 49 anos. Inscreve-se a esquizofrenia como transtorno mental de aspecto usualmente crônico, com graves prejuízos sociais, familiares e funcionais. Os sintomas podem ser enumerados como psicóticos ou positivos, que são os delírios e as alucinações, também a desorganização do pensamento e da conduta, ao lado dos sintomas negativos, como o empobrecimento afetivo-volitivo e, ainda, perdas cognitivas, como o rebaixamento da capacidade de abstração e o prejuízo das funções executivas, somando-se também a sintomas depressivos.

O estudo da história da presença da loucura e do (a) louco (a) na sociedade e suas classificações como sujeitos marginais, bizarros, andarilhos ou produto de possessões demoníacas, redireciona-se principalmente com os estudos de Pinel (1745-1826) que foi médico no asilo de Bicêtre (França). Em meio aos ideais libertários da Revolução Francesa e trabalhando em hospitais psiquiátricos da época. E realizando estudos e observações dos comportamentos desses pacientes relata que os [...] transtornos mentais foram considerados como resultado das tensões sociais e psicológicas excessivas, de causa hereditária ou, ainda, originadas de acidentes físicos (Millani & Valente, 2008). Esse seria um grande passo, à época, pois ao ser reconhecida a condição de doença, tais pacientes poderiam ser vistos como sujeitos a um tipo específico de cuidado, de atenção médica

Destarte, é no século XX, que Freud descortina por meio da psicanálise e da psiquiatria, uma tentativa de criar uma possibilidade de entendimento da fala da loucura, por meio de construções teóricas complexas, que tentavam dar inteligibilidade a essa fala. Passou, então, a haver a possibilidade de um diálogo entre o louco e o 'são', desde que este último seja capaz de desvendar, interpretar, por meio de uma linguagem especializada, o mistério da fala do louco (Providello; Yasui, 2013, p. 1515-1529).

E, Foucault (1995), reascende com vigor a discussão acerca sociedade que exclui os diferentes e tem por meta afastar aqueles (as) que não se adaptam ao modo “correto” de conviver com os demais, marginalizando os (as) que fogem das regras de conduta e dos enquadramentos impostos para o convívio social. E, a coação retira do meio dos outros indivíduos esses (as) “diferentes”, “bizarros (as)”, “esquisitos(as)”, que, por si só, amedrontam e geram desconforto com que transitam.

Portanto, o internamento deve ser tanto espaço de verdade quanto espaço de coação, e só deve ser este para poder ser aquele. Pela primeira vez é formulada essa ideia que tem um peso único na história da psiquiatria até o momento da libertação psicanalítica:

a ideia de que a loucura internada encontra nessa coação, nessa vacuidade fechada, nesse ‘meio’, o elemento privilegiado no qual poderão aflorar as formas essenciais de sua verdade (Foucault, 1995, p. 432).

Assim, de forma sintética, poderíamos dizer, que as abordagens ao estudo da loucura, se situa entre os condicionamentos da doença e a valor social e ético de seu tratamento humano. Desde a existência da loucura como algo “inesperado” e “uma doença” que exige a retirada de dados pacientes do convívio social até a busca de alternativa para garantir seu direito de liberdade, de existência e expressão.

### **3.2 Memórias e representações: uma aproximação visando a discussão em pauta**

Os estudos de Maurice Halbwachs (1877-1945) acerca da memória concebem o indivíduo em uma pertença social, coletiva. Para o autor, a memória se ampara em quadros sociais (*Les cadres sociaux de la mémoire*, 1925), ou seja, lugares, espaços, tempo, valores recebidos na família, na religião, na classe social, por meio da linguagem, entre outros, de acordo com a formação moral e material de uma sociedade. Na obra póstuma *A Memória Coletiva*, Halbwachs (1990) discute a relação intrínseca entre memória individual, coletiva, social e chama a atenção para a importância e a inseparabilidade do indivíduo do seu coletivo na construção da memória das experiências vividas e recebidas.

No mais, se a memória coletiva tira sua força e sua duração do fato de ter por suporte um conjunto de homens, não obstante eles são indivíduos que se lembram, enquanto membros do grupo. Dessa massa de lembranças comuns, e que se apoiam umas sobre as outras, não são as mesmas que aparecerão com mais intensidade para cada um deles. Diríamos voluntariamente que cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, que este ponto de vista muda conforme o lugar que ali eu ocupo, e que este lugar mesmo muda segundo as relações que mantenho com outros meios. Não é de admirar que, do instrumento comum, nem todos aproveitam do mesmo modo. Todavia quando tentamos explicar essa diversidade, voltamos sempre a uma combinação de influências que são, todas, de natureza social (Halbwachs, 1990, p. 34).

As individualidades vão sendo tecidas e reconstruídas dentro das relações sociais, coletivas em sua relação com os muitos grupos com os quais convivemos, e assim, se a nossa memória é, [...] arrastada até então na corrente dos pensamentos e sentimentos que nos ligam aos nossos próximos [...] e se mantém presa, ao mesmo tempo em que participa de outras correntes, portanto, memória é interação, reelaboração” (Halbwachs, 1990, p. 41).

Vivendo em uma mesma sociedade, formamos entendimentos assemelhados, comportamentos, valores próximos, que carregamos conosco, ou seja, sofremos a interferência de uma sociedade, mesmo que nós tenhamos distanciado de [...] basta que carregue comigo em meu espírito tudo que me capacite para me posicionar do ponto de vista dos seus membros, de me envolver em seu meio e em seu próprio tempo, e de me sentir no coração do grupo (Ibid, p. 121).

Por sua vez, Serge Moscovici (1925-2014), no final da década de 1950 e início da década de 1960, com o trabalho *La psychanalyse, son image et son public* (“A psicanálise, sua imagem e seu público”) analisou como se projeta a ideia da psicanálise em populares, moradores de Paris. No seu estudo, o autor observa que a base científica desse conhecimento vai sendo apropriada pelo senso comum, e saber científico e senso comum, vão se interpenetrando, sendo percebidos pelos moradores da cidade, numa inter-relação de um com o outro. Na sua rotina, uma sociedade, os indivíduos conhecem e dominam o mundo, elaborando suas visões de mundo segundo as concepções comuns que o rodeia. Inclusive a própria ciência acaba sendo absorvida segundo essas concepções, portanto, conforme as crenças, valores construídos socialmente.

O autor pressupõe dois processos básicos na formação das representações sociais, ancoragem e objetivação, e argumenta que “o propósito de todas as representações é tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, familiar”. A ancoragem, que torna familiar o não familiar, e a objetivação, que torna concreto o que é abstrato, trabalham na construção das realidades possíveis e as guardam na memória. Para ele (2003, p. 61), “ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa”. A ancoragem possibilita ao indivíduo inserir o novo na malha dos seus entendimentos, no pensamento pré-existente, com a unicidade do seu olhar.

Na interpretação de Jodelet:

A obra *A psicanálise, sua imagem e seu público*, seguindo a deriva de uma teoria científica – a Psicanálise –, à medida que penetrava na sociedade, entendia estar contribuindo para uma psicossociologia do conhecimento então inexistente [...] e de uma epistemologia do senso comum recém-nascida [...]. Este estudo do choque entre uma teoria e os modos de pensamento próprios a diferentes grupos sociais delimitava como se opera a transformação de um saber (científico) num outro (senso comum) e vice-versa (Jodelet, 2001, p. 28).

E, “a representação social é sempre a representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito)”, em que “[...] as características do sujeito e do objeto nela se manifestam”. As representações sociais são formadas pelo conjunto das produções de um grupamento



social, cujos indivíduos são partícipes e componentes da construção de partes simbólicas do mundo dinâmico das práticas sociais.

A teoria das representações sociais e a teoria da memória acima explicitada, de perspectivas distintas, se apoiam em postulados de Durkheim (2019) para fundamentar o peso da sociedade sobre os indivíduos em seu meio cultural e visões de mundo.

### **3.2.1. Memória e aproximações das representações do “louco” e da loucura” no meio de médicos (as)**

E como seria falar de “louco “ e de “loucura” no meio médico? Como era esperado, afloram memórias que se alicerçam em representações e vivências oriundas do processos individuais-coletivos nos espaços de atendimento a esse paciente.

Inicialmente quando pedimos aos entrevistados (as) para falar sobre os primeiros contatos com a especialidade médica da psiquiatria, os mesmos revelam em palavras e em gestos que, notadamente no início do curso de medicina, ao deparar com ambientes hospitalares e com o (a) paciente portador (a) de distúrbios severos (a exemplo da esquizofrenia), lhes causaram espanto a destituição do lugar desse paciente. E o primeiro contato, desencadeia entre o sete dos entrevistados (as):

*Curiosidade [relata um episódio pessoal com uma conhecida, que encontrou no leito psiquiátrico, e que dissera que iria viajar (risos)] (AL);*

*Espanto e indignação com a situação que vi, os pacientes atrás das grades no Hospital Juliano Moreira enquanto estudante. Não escolhi a Psiquiatria [ali, naquele momento...]. Falta humanidade no tratamento (SC);*

*Mistério, medo, agressividade [assombro diante da realidade vivida por esses (as) pacientes citados (as)] (PR);*

*Impressionado por ter que lidar com um pessoal que eu sabia que tinha transtorno de comportamento (SP);*

*Pena pelo desprezado, pelo fora de si [reportando ao sentimento de pena, pelo estigma, pelo desprezo enfrentado, por uma situação de grande dificuldade e alienação enfrentada pelo (a) paciente dentro da sociedade] (RJ);*

*Contato inicial foi no Juliano antigo, em Brotas. O louco como confinamento [...] usavam muito medicamento [...] Em relação aos loucos, eu pensava, eu vou sair, eles ficam [...] (RS).*



E para outros (as) entrevistados (as) o entendimento do “louco” como aprisionado pela doença e pelas normas da sociedade onde vive: a “loucura” como um cárcere: “Medo, e já na residência [período de estudo médico, após a graduação]” (SE);

Em outras duas entrevistas, pudemos observar satisfação ou a abertura de algo novo na especialidade: “Encantada. Eu não gostava e nada na medicina” (BA); “Esperança. Me achava perdida na medicina, e, aí, abriu uma luz, tem o caminho. É isso que eu quero [relata agressão por parte de paciente, muito desagradável, mas continuou preferindo a psiquiatria]” (ES). “Descoberta da diferença” (PE).

É interessante notar que a memória dessas experiências vividas se manifestam por meio da recordação de imagens, emoções, espaços e tempos contidas nas palavras medo, mistério, espanto, pena do (a) paciente “desconhecido (a)”; “preso (a)” que se ancoram em quadros humano-afetivos, de piedade diante do diferente, do sofrimento do paciente, e do seu local de existir entre grades, na imagem cabal da exclusão. Mas também dos desafios e possibilidades diante do inusitado.

Quando indagamos sobre o que parentes e amigos (as) acharam da escolha pela psiquiatria, as informações coletadas evidenciaram visões negativas sobre a especialidade, representadas pelo medo da potencial agressividade do paciente. Segundo a maioria dos entrevistados (as), familiares, pessoas mais próximas e amigos (as) não aprovaram a escolha dessa especialidade, pois a consideravam cheia de “perigos”. Acharam a escolha:

*Uma loucura! (SC);*

*[A família] ficou temerosa, um irmão psicólogo tem medo até hoje. Como fazer essa especialidade? [Logo essa?] (ES);*

*Sem futuro! (SE);*

*Péssima escolha! (AL);*

*Os meus familiares e amigos ficaram bastante receosos, medo de agressão por parte dos pacientes. Medo [também, de levar a vida rotineiramente entre ‘essas’ patologias...] de que eu ficasse louco. Amigos também disseram ser uma área complicada, de agressões, de muitos procedimentos (PR);*

*Não gostaram, nem gostam hoje. Porque tem gente agressiva, e psiquiatra não é médico. Em pronto-socorro geral tem tanta ameaça, tanta agressão [...] (BA). E “psiquiatra não é médico” (BA).*

Somente em três das dez entrevistas, aparece a informação de que familiares apoiaram a escolha da profissão de psiquiatria:

*Ótima escolha! (PE);*

*Aplausos dos meus! Apoio total! Pais, irmãos, filhos (RS).*

*[A esposa] Ela era espírita e apoiou demais nisso (SP).*

No seu relato, (SP) recorda que essa é uma área que nem todos (as) profissionais médicos (as) querem ou se sentem em condição de atuar, por suas particularidades. Inclusive relembra que, quando foi trabalhar em dado hospital psiquiátrico, ficou patente que:

*Ninguém queria lidar com o louco, que era [considerado] um marginal. Exemplo: no hospital tinha celas, enfermarias fechadas, de uma ou duas pessoas. Não tinha pessoal suficiente para cuidar [caso a caso, vigiar]. Foram vários homicídios, álcool, retardo, F20, epilético, perverso. E suicídio (SP).*

*Inclusive, numa das entrevistas há referências que os familiares temiam que o (a) médico (a) viesse a adoecer por conta do contato íntimo e duradouro com o doente mental, como se a doença fosse contagiosa: “O medo de que viesse a adoecer nesse ambiente (PR)”.*

*E apenas um (a) entrevistado(a) informou que seus parentes, próximos “Não opinaram” (RJ).*

Observamos a menção de um quadro social familiar de uma memória que recorda familiares amedrontados, que temiam ou continuam a temer pelos entes queridos que abraçam essa profissão. As representações sociais e as memórias do “louco” como perigoso, marginal, agressivo, bizarro e fora da normalidade são transportadas como medo da agressão a quem escolhe a carreira de psiquiatra. Também há relatos de desvalorização desta especialidade como uma área menor da Medicina.

Como diria Moscovici (2003), tal como as imagens, os elementos culturais interferem na construção de realidades a partir de ideias significantes. Isso se deve à capacidade que a sociedade tem de levar um determinado fenômeno para o universo consensual, para o senso comum. Vemos, então, uma representação construída socialmente, que muitas vezes se enraíza numa memória social que registra esse paciente como violento, impulsivo, sendo caracterizado como um sujeito perigoso, sempre propenso a surtos psicóticos. Nessa situação, sempre são vistos como representantes de risco à integridade física dos médicos (as) entre outros profissionais da área.

Dando continuidade à entrevista, fizemos o seguinte questionamento aos (as) entrevistados (as) por que tememos o louco. Foram surgindo recordações compartilhadas acerca de experiências vividas no exercício da profissão, de experiências vividas ou compartilhadas com pacientes agressivos, entre outras.

Alguns depoimentos evidenciam que o medo do “louco” tem outra face: o temível medo da própria loucura. Um (a) entrevistado (a) pondera, de forma eloquente:

*O temor do louco é o da sua loucura, seu medo é seu: TOC, transtorno do pânico, TAG. São doentes que têm temor. Têm temor (AL); “um colega abandonou a especialidade escolhida ainda na graduação, depois de ter sido agredido no Hospital Santa Mônica, em Salvador (AL)*

*Significa o medo da nossa própria loucura (SC);*

*O temor do confronto com a nossa loucura. A questão da transferência e contratransferência (PE);*

Ou, ainda:

*O temor do desconhecido. Os outros, os donos da ‘verdade’, que dizem o que é, qual é a verdade. Ninguém sabe explicar. Por que corremos do louco e aplaudimos o poeta? [...] Nise [da Silveira, psiquiatra] não temeu. É o bizarro, o desconhecido, um entrave que requer cuidados, um paciente que precisa de ajuda. Nunca bem-vindo [socialmente]. (RS).*

*Estereótipo. Medo da diferença, pois nos acostumamos a lidar com o igual. Narciso acha feio o que não é espelho (ES);*

*Deveria [...] acolher, no entendimento [da doença]. Qual é a produção subjetiva. Cognitivo, não só afetivo. Ele se rompe para se construir, subjetivar em outro lugar (SE);*

*Medo das alterações de comportamento. Agressividade (PR);*

*Uma resposta simples: agressão; colegas que foram agredidos, chegando um deles a deixar o Hospital Afrânio Peixoto. Eles são pacientes que agridem. Médicos foram agredidos “ (SP).*

*Um (a) colega abandonou a especialidade escolhida ainda na graduação, depois de ter sido agredido no Hospital Santa Mônica, em Salvador (AL).*

*Não é medo! [faz um gesto eloquente e endurecido com as mãos espalmadas e meneia a cabeça]. É real (RJ).*

E testemunhamos uma expressão pensativa e preocupada:

*Falta de conhecimento, eu acho [queda a cabeça, num movimento pensativo, longo]” (BA).*

Observamos que as respostas de médicos (as) se amparam na memória das vivências individuais e coletivas vividas no cotidiano profissional. Recorrendo mais uma vez a Halbwachs (1990, p. 51) diríamos que “cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, [...] construída nos espaços de convivência entre grupos sociais e cujo [...] ponto de vista ocorre conforme o lugar que cada um ocupa”.

Destarte, quando insistimos e perguntamos se de fato deveríamos temer a loucura observamos que os (as) profissionais reportam que o temor existe inclusive quanto à possibilidade de adoecimento pessoal em patologias psiquiátricas.

*Que podemos irromper, interromper todos nós, a qualquer momento (RS);*

*Um temor da possibilidade de estar naquele lugar, corremos todos o risco de estar aí. Ela, a loucura, é surpreendente na vida das pessoas. Estamos vulneráveis a adoecer. Isso nos assombra. (SE).*

Outros (as) profissionais, reforçam que a princípio:

*Não. Conviver com ela no dia a dia. Com a dos outros e com a sua própria” [reporta ao fato de sermos todos sujeitos a situações em que podemos apresentar uma crise psicótica e devemos conviver de forma pacífica ao acontecimento, tanto consigo próprio, como ao dos outros] (AL);*

*Filosoficamente, não. Politicamente correto, não. A loucura em nós, cuidar da vida em nós [lembra que devemos cuidar da vida em nós, cuidar do que temos e da saúde mental] (ES).*

Reforçam que, diante dos (as) doentes, é necessário superar qualquer sentimento pessoal de medo ou apreensão e adotar o tratamento, o adequado manejo adequado da doença.

*Não. Devemos encará-la (SC);*

*Não. Ajudar sim (PR);*

*Não. Nunca (PE);*

*Não. Saber manejar, lidar (BA);*

*O leigo, sim. Nós, não, pela consciência que temos. E se você fosse bipolar? Reporta ao fato de que, por conhecer a doença, os (as) entrevistados (as) têm condição de autodiagnóstico precoce e de cuidados. Vigiamos nós mesmos (SP);*

*Não devemos temer a loucura. Hoje tem tratamento. Já fiz muito Cerletti [eletroconvulsoterapia], que é ótima, tira as alucinações e sem nenhuma intercorrência negativa. Todas as pessoas saíram muito bem. Já fiz mais de mil. Havia pacientes que pediam o procedimento [...] Pacientes inquietos têm excelentes resultados. (RJ).*

Se as falas desses profissionais, que outrora, durante seu processo formativo, remetiam a uma memória representacional familiar, de caráter social da loucura, agora se referem a um constructo de uma memória coletiva, da experiência vivida (e científica) que cerca o seu mundo profissional. Reportam que pessoas saudáveis podem ser acometidas de situações de crise, inclusive eles/as por doenças psiquiátricas.

Jodelet (2015), no seu estudo sobre a loucura entre leigos, ressalta que à medida em que há uma convivência com esses (as) enfermo (as), vai ocorrendo reconhecimento de si nesse processo. Tudo indica que essa situação se torna evidente no meio médico.

Na verdade, a essa população mais capaz de observar a ação da doença, o cortejo das suas vítimas ensina que a loucura não poupa ninguém, que sua marca sub-reptícia ou berrante não distingue com uma diferença radical. Essa experiência lhe fornece o argumento da sua mansidão contra as resistências agressivas do preconceito. [...] Eles eram completamente tapados, a gente dizia: ‘Ninguém sabe como vai ser no futuro, você não sabe, os seus filhos também não’. [...] A proximidade do contato com a loucura modifica a apreensão global da doença (Jodelet, 2015, p. 109-110).

Esses profissionais, nos demais desdobramentos da entrevista também destacaram a necessidade da inter-relação da psiquiatria com profissionais afins, como terapeutas e psicanalistas, defendendo o tratamento multidisciplinar ao doente mental. É defendido que o tratamento seja realizado por vários profissionais, englobando, inclusive envolvendo o meio ambiente social do paciente.

Portanto, nota-se que os médicos e médicas à medida que vão sendo questionados (as) sobre essa enfermidade e os seus doentes, vão demonstrando uma memória vivida no seio da profissão a partir de referências científicas, onde organizam uma memória profissional ancorada no preparo científico para agir diante de uma patologia que, assim como tantas outras, exige a tarefa do enfrentamento e tratamento.

#### 4. Considerações Finais

À luz do referencial da teoria da memória social e coletiva, com apoio em pontos da teoria das representações sociais, buscamos compreender os quadros de referência que médicos (as) psiquiatras mobilizam quando falamos de “louco” e “loucura”, notadamente quanto a um suposto medo que acompanha sua lida profissional.

Nas entrevistas compareceram memórias relacionadas à história de pacientes, quadros acompanhados ou partilhados no percurso de médicos e médicas nessa área. Durante as entrevistas, foram observados aspectos sutis entre os (as) entrevistados (as) como longos silêncios, posturas pungentes e pensativas acerca dos casos antigos; de pacientes graves e hospitalizados (as); lembranças de registro de suicídios e homicídios em hospitais psiquiátricos. Enfim, a lida diária da psiquiatria.

Há uma memória acerca da escolha pela psiquiatria que foi pouco festejada: apenas três dos (as) dez entrevistados (as) foram aplaudidos (as) por parentes e amigos (as). Compare nas falas a menção a um lugar de medo e mesmo de pavor dos seus entes queridos quanto ao potencial agressivo que esses (as) doentes oferecem, e até mesmo de virem a adoecer na lida diária nesse ambiente prenhe de sofrimentos.

Assim, recorrendo a Moscovici (2003), inicialmente comparece uma função prescritiva das representações, que se caracteriza por uma força imposta sobre as pessoas e o seu grupo social. Então, podemos falar que a natureza prescritiva da cultura, da tradição e do pensamento popular hegemônico, dita o que inicialmente devemos pensar, concordar e partilhar com nossos pares, amigos e familiares, sem nenhum pensamento crítico sobre determinada categoria e objeto.

Para alguns profissionais, a psiquiatria representa uma especialidade de chegada, um local de subjetivação e pertinência. Parte deles (as) chegou à psiquiatria após palmilhar outra especialidade, em escolhas bastante maduras, com forte tonalidade pessoal, com objetivo de ouvir, partilhar com (a) paciente sua especialidade.

Destarte, no geral, observamos memórias que revelam a aprendizagem permanente diante do (a) paciente que é considerado com grande potencial de auto e heteroagressividade, o que causa temor. Ao longo da pesquisa foi se evidenciado que as memórias revividas pelos (as) médicos (as) psiquiatras entrevistados (as), transitam do conhecimento do senso comum acerca do medo do “louco” e da “loucura” e o preparo técnico, formando uma visão socioprofissional que desemboca no entendimento desse (a) paciente.

Essa discussão nos remete à confiança na ciência, na possibilidade de controle da doença e, quiçá, na difusão desse conhecimento até o senso comum. Como ratifica Jodelet (2001):

Geralmente, reconhece-se que as representações sociais – enquanto sistema de interpretação que rege nossa relação com o mundo e com os outros – orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados, tais como a difusão e a assimilação de conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição de identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais (Jodelet, 2001, p. 22).

Com essa pesquisa, procuramos entender a memória e as representações acerca do “medo social” que rodeia o sujeito de estudo e a ação da psiquiatria. Ficou evidente para nós a importância de estudos multidisciplinares para a área da saúde mental, em pesquisas que observem o cotidiano, a trajetória e a memória dos (as) profissionais da área.

Concluímos que a utilização dos estudos da memória social e coletiva e das representações do “louco” e da “loucura” aplicadas ao campo da psiquiatria, abrem mais uma janela para o entendimento sobre essa área da medicina, quando, sobretudo, são consideradas as relações sociais que rodeiam médicos e pacientes. Recomendamos que outros trabalhos acadêmicos sejam realizados vislumbrando descortinar dimensões, trazer à luz, por exemplo, a problemática do “medo” que envolve os sujeitos partícipes, direta ou indiretamente, desses processos.

## Referências

Alvarenga, P. G. (2008). *Fundamentos em psiquiatria*. Barueri, SP: Manole.

Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Durkheim, E. (2019). *Da divisão social do trabalho*. (5a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Fidalgo, T. M., Silveira, D. X. (org.). (2010). *Manual de psiquiatria*. São Paulo: Roca.

Foucault, M. (1980). *O nascimento da clínica* (2a ed.). Rio de Janeiro: Forense-Universitária.



Foucault, M. (1995). *História da loucura*. (4a ed.). São Paulo: Perspectiva.

Halbwachs, M. (1990). *A memória coletiva*. São Paulo, SP: Vértice.

Halbwachs, M. (2004). *Los marcos sociales de la memoria*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EDUERJ.

Jodelet, D. (2015). *Loucuras e representações sociais*. São Paulo: Vozes.

Lüdke, M., & Andre, M. E. D. A. (2013). *A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas* (2a ed.). Rio de Janeiro: E.P.U.

Louzã Neto, M. R., & Elkis, H. (2007). *Psiquiatria básica*. (2a ed.) Porto Alegre: Artmed.

Millani, H. De F. B. & Valente, M. L. L. de C. (2008). O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) 4(2). Ribeirão Preto, ago.

Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Editado em inglês por Gerard Duveen traduzido por Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes.

Pereira, A. S., et.al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica* [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM.

Providello, G. G. D., & Yasui, S. (2013). A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, 20(4).

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Ednea Conceição Correia Santos – 60%

Lívia Diana Rocha Magalhães – 40%