

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

EDNÉA CONCEIÇÃO CORREIA SANTOS

**MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA NA VISÃO
DE MÉDICOS(AS) PSIQUIATRAS (VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA)**

VITÓRIA DA CONQUISTA - BA
FEVEREIRO DE 2020

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

EDNÉA CONCEIÇÃO CORREIA SANTOS

**MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA NA VISÃO
DE MÉDICOS(AS) PSIQUIATRAS (VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade - PPGMLS, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória Cultura e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Livia Diana Rocha Magalhães.

VITÓRIA DA CONQUISTA - BA
FEVEREIRO DE 2020

Santos, Ednéa Conceição Correia.

S235m Memória e representações sociais da loucura na visão de médicos(as) psiquiatras (Vitória da Conquista, Bahia). Ednéa Conceição Correia Santos – Vitória da Conquista, 2020.

120f.

Orientadora: Lívia Diana Rocha Magalhães.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2020.

Inclui referência F. 113-117.

1. Médico psiquiatra – visões do louco e da loucura. 2. Representações sociais. 3. Memória – Loucura - Psiquiatria. 4. Hospital Afrânio Peixoto. I. Magalhães, Lívia Diana Rocha. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 616.89092

Catálogo na Fonte: Juliana Teixeira de Assunção – CRB 5/1890
UESB – Campus Vitória da Conquista - BA

Título em inglês: Memory and representations of madness according to psychiatrists (Vitória da Conquista, Bahia).

Palavras-chaves em Inglês: Hospital Afrânio Peixoto. Madness. Memory. Psychiatry. Social Representations.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Lívia Diana Rocha Magalhães (presidente); Prof. Dr. Euclides Santos Mendes (titular); Profa. Dra. Maria da Conceição Fonseca (titular); Profa. Dra. Luci Mara Bertoni (titular); Prof. Dra. Lia Vargas Tiriba (titular); Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior (titular).

Data da Defesa: 12 de fevereiro de 2020.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

EDNÉA CONCEIÇÃO CORREIA SANTOS

MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA NA VISÃO DE MÉDICOS(AS) PSIQUIATRAS (VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade - PPGMLS, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 12 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Lívia Diana Rocha
Magalhães (Presidente)
Instituição: UESB

Ass.:



Profa. Dra. Maria da Conceição
Fonseca-Silva
Instituição: UESB

Ass.:



Profa. Dra. Luci Mara Bertoni
Instituição: UESB

Ass.:



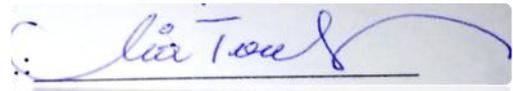
Prof. Dr. Euclides Santos Mendes
Instituição: UESB

Ass.:



Prof. Dra. Lia Vargas
Tiriba
Instituição: UFF/RJ

Ass.:



Prof. Dr. José Patricio Bispo
Junior
Instituição: UFBA/Vitória da Conquista

Ass.:



Rendo graças e louvores ao Senhor meu Deus.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

Em especial à Profa. Dra. Livia Diana Rocha Magalhães (UESB), que trabalhou em toda a confecção desse estudo, pela inestimável ajuda e cuidadosa orientação na presente Tese de Doutorado.

Ao Prof. Dr. Euclides Santos Mendes (UESB), gratidão pelo prestimoso cuidado.

À Banca de Qualificação, às especiais professoras Dra. Livia Diana Rocha Magalhães (UESB), Dra. Maria da Conceição Fonseca-Silva (UESB) e Dra. Luci Mara Bertoni (UESB), pelas cuidadosas avaliações que permitiram a caminhada até a Defesa da Tese.

Aos componentes da banca de Defesa da Tese, pela atenção e zelo, os(as) professores(as) Dra. Livia Diana Rocha Magalhães (UESB), Dra. Maria da Conceição Fonseca (UESB), Dra. Luci Mara Bertoni (UESB), Dr. Euclides Santos Mendes (UESB), Dra. Lia Tiriba (UFF), e Dr. José Patrício Bispo Júnior (UFBA).

Agradeço, de forma muito especial, a todos que apoiaram e ofereceram logística na realização do meu Mestrado. Grata a todos que apoiaram este Doutorado.

À minha filha Ana Priscila, pelo apoio incondicional.

“Oh! Bendito o que semeia
Livros à mão cheia...”

Castro Alves

RESUMO

Esta tese tem como objetivo analisar memórias construídas por médicos e médicas psiquiatras acerca do “louco” e da “loucura”, tomando como base a teoria da Memória Social e sua proximidade com a teoria das Representações Sociais. Aplicamos entrevistas semiestruturadas a 10(dez) médicos (as) e realizamos uma entrevista especial a 01(um) médico que administrou o hospital psiquiátrico da região do Sudoeste da Bahia por mais de quarenta anos. Os médicos (as) entrevistados (as) 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 revisamos a história da medicina, da loucura; situamos a medicina psiquiátrica; o percurso das representações sociais, coletivo-individuais que foram sendo construídas por esses médicos e médicas. Como resultado, observamos que os médicos e médicas entrevistados recuperam quadros sociais representativos acerca do “louco” e da “loucura”, bem como uma memória individual-coletiva das experiências vividas do ponto de vista profissional, mas também situam o momento contemporâneo nessa área, que embora tenha apresentado avanços significativos ao longo da história, continua desafiando o conhecimento médico, inclusive acerca do local de acompanhamento do paciente psiquiátrico.

Palavras-chave: Loucura; Memória; Psiquiatria; Representações Sociais.

ABSTRACT

This thesis scope is to analyze social and collective memories constructed by psychiatrists, regarding “the mad” and “madness”, recurring to inputs of the Theory of Memory, mostly to its conceptions of marks, social and collective memory, and its proximity to the contributions on Theory of Social Representation. We applied semi structured interviews to 10 physicians and 1 doctor. The later administrated the regional psychiatric hospital of Sudoeste da Bahia, for over forty years. The interviewees 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 revisit the story of medicine and madness; we situate psychiatry; the course of social representations (collective and individual) that has been shaped by these psychiatrists. As a result, we observed that the interviewed physicians alluded to social frames concerning “the mad” and “madness”, alongside a collective-individual memory of professional experiences, as they pinpointed the current moment of this area. Although the major advances on the psychiatric field throughout history, it continues to challenge medical knowledge, including that regarding the place of monitoring the psychiatric patient.

Keywords: Madness; Memory; Psychiatry; Social Representations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
a.C.	Antes de Cristo
AL	Alagoas
BA	Bahia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
d.C.	Depois de Cristo
ECT	Eletroconvulsoterapia
EMSP	Escola de Medicina e Saúde Pública
ES	Espírito Santo
HAP	Hospital Afrânio Peixoto
HGVC	Hospital Geral de Vitória da Conquista
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
ISEB	Instituto de Saúde do Estado da Bahia
nº	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Pernambuco
PEC	Programa de Educação Continuada
PMD	Psicose maníaco-depressiva
PPGMLS	Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
PR	Paraná
RAPS	Rede de Assistência Psicossocial
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SE	Sergipe
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SNC	Sistema Nervoso Central
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UCSal	Universidade Católica de Salvador
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 O INTERESSE PELO TEMA E O OBJETO DE ESTUDO	12
1.2 BREVE REMISSÃO À TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APROXIMAÇÃO COM A TEORIA DA MEMÓRIA	14
1.2.1 Memória coletiva e social	19
1.3 SUJEITOS E INSTRUMENTO DA PESQUISA	22
1.4 ESTRUTURA DA TESE	24
2 MARCOS HISTÓRICOS E TEÓRICOS DOS ESTUDOS SOBRE A LOUCURA	25
2.1 PRIMÓRDIOS DA MEDICINA	25
2.2 MEDICINA NA GRÉCIA ANTIGA	27
2.3 MEDICINA NA IDADE MÉDIA – OS PRIMEIROS HOSPITAIS	29
2.4 A LOUCURA COMO DOENÇA	31
2.5 A LOUCURA NO SÉCULO XX	35
2.6 FOUCAULT E O ESTUDO SOBRE A LOUCURA	39
2.7 FARMACOLOGIA NO TRATO COM A PSIQUIATRIA	45
2.8 O JOGO DO PODER E O “LUGAR” DA PSIQUIATRIA NA RAZÃO	49
2.9 ABORDAGEM À PSIQUIATRIA NO BRASIL	55
2.10 SITUANDO A PSIQUIATRIA NA BAHIA: O MARCO DO HOSPITAL AFRÂNIO PEIXOTO EM VITÓRIA DA CONQUISTA	62
2.11 CLASSIFICAÇÃO DAS ENFERMIDADES PSIQUIÁTRICAS	65
2.12 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS	66
3 MÉDICOS (AS) PSIQUIATRAS: VISÕES DO LOUCO E DA LOUCURA	71
3.1 A MEMÓRIA DE UM LÍDER DA PSIQUIATRIA EM VITÓRIA DA CONQUISTA	71
3.2 MEMÓRIA SOCIAL, INDIVIDUAL/COLETIVA: REPRESENTAÇÕES E VISÕES DE “LOUCO” E “LOUCURA” NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E MÉDICAS PSIQUIATRAS	77
3.2.1 O que vem à mente ao enunciarmos a palavra louco aos (às) entrevistados (as)	78
3.2.2 Primeiros contatos dos (as) entrevistados (as) com a especialidade	81
3.2.3 A escolha pela psiquiatria	84
3.2.4 A opinião de parentes e amigos sobre a escolha pela psiquiatria	86
3.2.5 O porquê das opiniões sobre a escolha da psiquiatria	88
3.2.6 O trabalho com o psicótico: suas nuances	91
3.2.7 O diagnóstico de esquizofrenia: a quebra da biografia do paciente	93
3.2.8 O temor ao comportamento do (a) paciente	95
3.2.9 Do temor diante da loucura	98
3.2.10 Do local social do enfermo	100
3.2.11 O atendimento SUS ao paciente	102
3.2.12 A opinião dos (as) entrevistados (as) quanto à hospitalização ou não do paciente	103
3.2.13 Pontos positivos e negativos do tratamento ambulatorial na opinião dos (as) entrevistados (as)	106

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE	118
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista	119
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	120

1 INTRODUÇÃO

1.1 O INTERESSE PELO TEMA E O OBJETO DE ESTUDO

Sempre gostei de psiquiatria. Em 1977, ao iniciar o curso de medicina na Escola de Medicina e Saúde Pública (EMSP), ligada à Universidade Católica de Salvador (UCSal) e sediada na capital do Estado da Bahia, comecei, ao mesmo tempo, o curso de odontologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA). No segundo ano dessa estranha façanha, abandonei o curso de odontologia, com a premissa de ficar apenas em medicina e vir a ser psiquiatra. Era minha vontade espontânea, nascida com a vontade de ser médica. Familiares médicos, um deles cirurgião, fizeram uma enorme barreira àquela iniciante. Diziam que não fazia sentido um percurso de estudos e trabalhos para lidar com “loucos”. Eu estudara muito anatomia e fisiologia de cabeça e pescoço nas duas faculdades, fiz um estágio em oftalmologia e, depois, abracei a otorrinolaringologia.

Trabalhei anos em otorrinolaringologia na cidade de Vitória da Conquista, na Bahia. Um dia, pedi transferência do meu vínculo com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) para o Hospital Afrânio Peixoto (HAP), hospital psiquiátrico. Meu pai nunca me perdoou pela escolha de trabalhar com doentes mentais. Para ele, mergulhado no senso comum, trabalhar em um hospital psiquiátrico era jogar talento, habilidades e a própria medicina fora. Com tenacidade, estudei e trabalhei na área até obter a titulação de especialista em psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Trabalho com transtornos mentais e sei quão vasto é o além dos muros da loucura. Sou, enfim, médica psiquiatra.

Os transtornos mentais sempre atraíram minha atenção, por isso dediquei trabalho e estudos à área. Trabalhando ao longo dos anos na psiquiatria, pude observar várias formas de leitura de terceiros(as) aos transtornos mentais. Assombro, medo, raiva, incompreensão, dificuldades de lidar com a bizarrice e com tamanha diferença na forma de ser e estar do(a) doente, na sua particular e alienada leitura de mundo. Em todas as direções, vejo olhares amedrontados, acusadores, céticos, críticos em relação a essa patologia tão peculiar.

Cursando o doutorado no Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), comecei a desenvolver um projeto sobre representações, quando fui

apresentada ao trabalho de Jodelet (2015), no livro *Loucura e representações sociais*. Jodelet (2015) fez inúmeras entrevistas com os (as) proprietários (as) de residências onde os (as) hóspedes eram doentes com transtornos mentais e buscou entender como estes (as) eram percebidos (as) pelos (as) donos (as) das casas e seus familiares. Daqui nasceu o nosso interesse pelo estudo da memória construída acerca do “louco” e da “loucura” no meio médico. O objetivo da nossa pesquisa foi o estudo da memória social e coletiva construída acerca do “louco” e da “loucura” e sua repercussão e reconstrução individual-coletiva, durante a trajetória formativa e profissional de médico (a) que trabalha ou trabalhou com esse paciente.

Assim, a nossa pergunta de pesquisa gira em torno da seguinte questão central: Quais são os marcos que circundam as trajetórias e as experiências vividas por esses (as) médicos (as) que lidam com pacientes denominados de “loucos” e quais são as recordações que guardam dessas vivências antes, e durante seus processos formativos e como profissionais da área da psiquiatria?

Partimos da hipótese de que as situações vividas por esses médicos e médicas, revelariam os impactos das visões sobre o “louco e a loucura” que perduram no nosso meio social acerca desse enfermo, a área de seu atendimento e o seu lugar social.

O termo esquizofrenia foi elaborado psiquiatra Bleuler (1857-1939) (*apud* LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007), é um 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. Então, mente partida, dividida, sem domínio de si, nem do ser em que habita. Uma mente, em teoria, anatomicamente saudável, mas que está *sub judice* da alienação. 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 do senso de percepção, 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. (DALGALORRONGO, 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.

1.2 BREVE REMISSÃO À TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APROXIMAÇÃO COM A TEORIA DA MEMÓRIA

Durkheim (2019) afirma que os fatos sociais se impõem a todos os membros de uma sociedade, sobretudo por meio de instituições, formais ou não. Tomando como base essa premissa e ampliando sua elaboração, a Teoria da Memória Social e Coletiva, elaborada por Halbwachs (1925, 1940), nos posiciona como indivíduos cujas memórias são produzidas socialmente, de acordo com marcos familiares,

religiosos, da linguagem, de classe, entre outros, situando nossas memórias individuais-coletivas, materiais e morais.

Segundo a Teoria das Representações Sociais, pensada pelo psicólogo social Serge Moscovici (1925-2014), as representações socialmente engendradas são pressupostas pelas interações humanas, que são estabelecidas entre duas pessoas ou mesmo entre dois grupos (MOSCOVICI, 2003). Isso possibilita construir um mundo simbólico ao longo da vida dessas relações, por meio de valores e crenças com as quais nos relacionamos nos processos formativos, institucionais e formais que experimentamos.

Segundo esta Teoria, poderíamos dizer, que para compreender e elaborar o mundo em que atuamos, vamos construindo um mundo simbólico ao longo da vida dessas relações, por meio de valores, crenças, mitos com os quais nos relacionamos e restauramos nos processos formativos, institucionais, formais que vivenciamos.

A Teoria das Representações Sociais na publicação *La psychanalyse, son image et son public* (“A psicanálise, sua imagem e seu público”), Moscovici (2003) discute como se projeta a ideia da psicanálise em populares, moradores de Paris.

Para Moscovici, as representações sociais são

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro: estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (MOSCOVICI apud DUVEEN, 2003, p. 21).

No estudo sobre as representações sociais dos cidadãos parisienses a respeito da psicanálise, Moscovici (2012) se preocupa em investigar de que forma a abordagem psicanalítica chegava até estes cidadãos, tendo em vista que foi justamente nesse período que a corrente freudiana de abordagem ao paciente estava sendo difundida. Assim, por ser ainda uma concepção não muito conhecida, e por isso pouco familiar, não era incomum a emergência de argumentos pautados em proposições do senso comum acerca desse novo pensamento reificado.

Na sua rotina social, os indivíduos conhecem e dominam o ambiente circundante, elaborando suas visões de mundo segundo as concepções comuns

com as quais toma contato. Inclusive, a própria ciência acaba sendo absorvida segundo essas concepções, conforme as crenças e valores construídos socialmente. Assim,

Quando tudo é dito e feito, as representações que fabricamos – de uma teoria científica, de uma nação, de um objeto, etc. – são sempre o resultado de um esforço constante de tornar real algo que é incomum (não familiar), ou que nos dá um sentimento de não familiaridade. Através delas, superamos o problema e o integramos em nosso mundo mental e físico, que é, com isso, enriquecido e transformado. Depois de uma série de ajustamentos, o que estava longe parece ao alcance de nossa mão; o que era abstrato torna-se concreto e quase normal [...], as imagens e ideias com as quais nós compreendemos o não usual apenas trazem-nos de volta ao que já conhecíamos e com o qual já estávamos familiarizados. (MOSCOVICI, 2003, p. 58).

Moscovici (2003, p. 20) pressupõe dois processos básicos na formação das representações sociais: ancoragem e objetivação. 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 Moscovici (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).

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 representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações). Essas significações resultam de uma atividade que faz da representação uma construção e uma expressão do sujeito. (JODELET, 2001, p. 27).

Essa organização se dá entre grupos sociais de pertença em torno de um objeto, compartilhando um mesmo sentido, atribuindo-lhe um significado comum, naturalmente relativizado segundo as personalidades, com sutilezas e especificidades, pois nascem no tecido social onde têm características próprias e relações plurais.

Moscovici (2003) apresenta a relação de semelhança/dessemelhança, de conhecido/desconhecido, que o processo de ancoragem e objetivação traz em relação aos múltiplos objetos e fenômenos sociais, sinalizando para uma relação entre representações sociais e memória. Nesse sentido, esse teórico considera que é da “soma de experiências e memórias comuns que nós extraímos as imagens, linguagem e gestos necessários para superar o não familiar, com suas conseqüentes ansiedades. As experiências das memórias não são inertes, nem mortas. Elas são dinâmicas e imortais. Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória” (MOSCOVICI, 2003, p. 78). Nas palavras de Jodelet:

Essa atividade pode remeter a processos cognitivos – o sujeito é então considerado de um ponto de vista epistêmico –, assim como a mecanismos intrapsíquicos (projeções fantasmáticas, investimentos pulsionais, identitários, motivações, etc.) – o sujeito é considerado de um ponto de vista psicológico. Mas a particularidade do estudo das representações sociais é o fato de integrar na análise desses processos a pertença e a participação sociais ou culturais do sujeito. É o que a distingue de uma perspectiva puramente cognitivista ou clínica. Por outro lado, ela também pode relacionar-se à atividade mental de um grupo ou de uma coletividade, ou considerar essa atividade como o efeito de processos ideológicos que atravessam os indivíduos. (JODELET, 2001, p. 27).

De acordo com o texto de Moscovici (2003) podemos dizer que, tanto o pensamento primitivo quanto a ciência e o senso comum são formas de pensar a realidade em que estamos inseridos. Para esse autor, senso comum consiste naquele conhecimento que advém das nossas relações sociais quotidianas, que atravessam nossa maneira de pensar e agir conforme nossos elementos cognitivos,

sociais e afetivos. A isso, Moscovici (2003) chama de conhecimento consensual, cujo pensamento se ajusta à realidade.

Já o conhecimento reificado, para Moscovici (2003), implica que, em vez do pensamento se ajustar à realidade, a realidade se ajusta ao pensamento. Contrariamente ao pensamento primitivo de que “o objeto emerge como uma réplica do pensamento”, no conhecimento reificado “o pensamento é uma réplica do objeto”. Esse conhecimento reificado é alimentado e toma forma a partir de teorias e conhecimentos que abarca a expansão das ciências.

Diante disso, a Teoria das Representações Sociais questiona a psicologia cognitiva, dando ênfase tanto ao conhecimento de senso comum, como ao conhecimento científico. Assim, apesar dos questionamentos quanto ao rigor científico aos estudos de Moscovici (2003), ele inova ao trazer para o campo científico elementos do senso comum.

Para Jodelet, o senso comum é uma espécie de saber prático:

Qualificar esse saber de prático se refere à experiência a partir da qual ele é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro, o que desemboca em suas funções e eficácias sociais. A posição ocupada pela representação no ajustamento prático do sujeito ao seu meio fará com que seja qualificada por alguns de compromisso psicossocial. (JODELET, 2001, p. 28).

Jodelet (2015) estuda a rotina de pensionistas portadores(as) da “loucura”, sob a égide de uma instituição hospitalar, e destaca que estes(as) acabam sendo entendidos(as) como diferentes, representantes de perigo. Os moradores os separam por meio de portas, rotinas, falas, afastando-os(as) de sua intimidade. Para a autora, esses(as) donos(as) das casas onde vivem os(as) pacientes, apresentam representações sociais da loucura que fazem parte do senso comum, ou seja, partem de uma leitura do(a) doente que perpassa todos(as) as. Assim, considera que: “Certamente, há representações que cabem em nós como uma luva ou que atravessam os indivíduos: as impostas pela ideologia dominante ou as ligadas a uma condição definida no seio da estrutura social” (JODELET, 2001, p. 32).

Nos processos circunscritos às experiências dos psiquiatras acerca das representações da loucura, poderíamos dizer que:

Os fenômenos de representação social estão ‘espalhados por aí’, na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais. Eles são, por natureza, difusos, fugidios, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias da interação social. (SÁ, 1998, p. 21).

Além disso, Vala e Monteiro (2013) discutem que é preciso considerar que os indivíduos pensam conforme o contexto onde estão inseridos, constroem realidades individuais e coletivas nos espaços nos quais transitam, sejam no local de trabalho, na família, instituições onde prestam serviços e outros agrupamentos.

A ideia que os indivíduos e os grupos pensam e de que as instituições e as sociedades são ambientes pensantes representa uma forma nova de olhar para a constituição das instituições sociais e para os comportamentos individuais e coletivos. Os indivíduos não se limitam a receber e processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social. (VALA, 2013, p. 457).

Nessa perspectiva, nos aproximamos da Teoria das Representações Sociais, no intuito de entender os marcos comuns e científicos que perpassam a memória de médicos e médicas em suas trajetórias socioprofissionais, quando o assunto é “louco” e “loucura”.

1.2.1 Memória coletiva e social

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, como exposto no livro *Les Cadres Sociaux de la Mémoire* (1925), em lugares, espaços, tempo, valores, normas recebidas na família, na religião, na classe social, linguagem, 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 e social. Chama a atenção para a importância e a inseparabilidade do indivíduo do seu coletivo na construção da memória das experiências vividas e recebidas. Segundo Halbwachs:

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 e 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).

Cada memória individual é um ponto de vista da memória coletiva, e esse ponto de vista muda conforme o lugar que o sujeito ocupa (HALBWACHS, 1990). Quando, porém, tentamos explicar essa diversidade, voltamos sempre a uma combinação de influências que são, todas, de natureza social.

A memória individual, assim entendida, faz parte e é constructo, é formada nas coletividades, nos espaços sociais. E como observa um dos prefaciadores da obra *A Memória Coletiva*, Duvignaud (HALBWACHS, 1990, p. 14): “De todas as ‘interferências coletivas’ que correspondem à vida dos grupos, a recordação é como a fronteira e o limite das vivências comuns”.

Dissemos que um mesmo acontecimento pode afetar ao mesmo tempo várias consciências coletivas distintas; disso concluímos que, nesse momento, essas consciências se aproximam e se unem numa representação comum. Mas será um mesmo acontecimento se cada um desses pensamentos o representa para si mesmo à sua maneira e o traduz em sua linguagem? Trata-se de grupos que estão, tanto um como o outro, no espaço. O acontecimento também se produz no espaço, e pode ser que um e outro grupo o perceba. Mas o que importa é a maneira pela qual o interpretam, o sentido que lhe dão. (HALBWACHS, 1990, p. 115-116).

Vivendo em uma mesma sociedade, formamos entendimentos assemelhados, comportamentos, valores próximos, que carregamos conosco, ou seja:

Quando dizemos que o indivíduo se conduz com a ajuda da memória do grupo, é necessário entender que essa ajuda não implica na

presença atual de um ou vários de seus membros. Com efeito, continuo a sofrer a influência de uma sociedade, ainda que tenha me distanciado: 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. (HALBWACHS, 1990, p. 121).

Halbwachs (1990) nos leva a entender que processos sociais vividos, recebidos, que duram, ficam em nossa memória, ordenando-se em múltiplas relações.

Coloquemo-nos agora do ponto de vista dos indivíduos. Cada um é membro de vários grupos, participa de vários pensamentos sociais, seu olhar mergulha sucessivamente em vários tempos coletivos. É desde já um elemento de diferenciação individual de modo que num mesmo período, numa região do espaço, não é entre as mesmas correntes coletivas que se dividem as consciências de vários homens. Mas, além disso, seus pensamentos recuam para mais ou menos longe, deslocam-se mais ou menos rápido no passado ou no tempo de cada grupo. É nesse sentido que as consciências concentram num mesmo intervalo durações mais ou menos extensas: digamos que, num mesmo intervalo de duração social vivida, elas concentram uma extensão mais ou menos grande de tempo representado. Há naturalmente, nesse sentido, grandes diferenças entre elas (HALBWACHS, 1990, p. 128).

Em síntese, poderíamos dizer que Moscovici (2003), do ponto de vista das representações sociais, e Halbwachs (1990), à luz da Teoria da Memória, de perspectivas comuns e 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.

As representações sociais são fenômenos complexos sempre ativos e agindo na vida social. Em sua riqueza fenomênica assinalam-se elementos diversos, os quais são às vezes estudados de maneira isolada: elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, etc. (JODELET, 2001, p. 42).

Importa salientar que nos interessam os elementos formativos das representações sociais e como eles são albergados na memória individual e coletiva e, assim, continuam vivos no tempo, por entre permanências ou modificações.

As representações sociais podem ser analisadas como apropriação das visões de mundo de uma sociedade.

Geralmente, reconhece-se que as representações sociais, como sistema de interpretações, regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais. Igualmente intervêm em processos tão variados quanto a difusão e a assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais. (JODELET, 2001, p. 22).

As representações situam as relações entre sujeitos e objetos em suas manifestações simbólicas.

Não há representação sem objeto. Quanto ao ato de pensamento pelo qual se estabelece a relação entre sujeito e objeto, ele possui características específicas em relação a outras atividades mentais (perceptiva, conceitual, mnemônica etc.). Por outro lado, a representação mental – como a pictórica, a teatral ou a política – apresenta esse objeto, o substitui, toma seu lugar, torna-o presente quando ele está distante ou ausente. É assim o representante mental do objeto que ela restitui simbolicamente. Além disso, conteúdo concreto do ato de pensamento, a representação mental traz a marca do sujeito e de sua atividade. (JODELET, 2001, p. 22-23).

Assim, partimos do pressuposto de que a teoria das representações sociais e a Teoria da Memória coletiva e social nos possibilitam, do ponto de vista metodológico, compreender como as representações sociais alcançam a memória individual e coletiva de profissionais que trabalham ou trabalharam na psiquiatria hospitalar pública em Vitória da Conquista, como operam com representações comuns, como reelaboram suas visões de mundo à luz de conhecimentos novos, e das experiências científicas e sociais.

1.3 SUJEITOS E INSTRUMENTO DA PESQUISA

Para a realização da pesquisa, trabalhamos com uma amostra de onze profissionais, um deles, um médico com o qual realizamos entrevista especial. Inicialmente, aplicamos uma entrevista-piloto, com o objetivo de afinar o instrumento da pesquisa para depois apresentá-la aos dez médicos (as). Depois, foram realizadas as demais entrevistas. Quando os (as) três primeiros (as) entrevistados (as) do grupo dos 10 médicos (as) não aceitaram a gravação da entrevista, elas passaram a ser anotadas à mão, e não foi mais proposta a gravação. Sobretudo para estas entrevistas, tomamos como parâmetro as contribuições das teorias já

referenciadas, considerando que as nossas memórias são construídas com base nas crenças comuns (representações) produzidas socialmente, no entorno mais próximo onde vivemos, mas também são reconstruídas conforme o acúmulo de conhecimento, de experiências que adquirimos.

Assim, realizamos dez entrevistas, visando nos aproximar das visões comuns que viam à lembrança dos médicos e médicos quanto se falava de “louco ou da loucura” e das recordações que guardam acerca de seus primeiros contatos com a psiquiatria; escolha da especialidade; o trabalho com o paciente; opinião dos familiares sobre a especialidade, sobre a trajetória profissional, e sobre o doente, em relação à doença; visão do mundo acerca do doente; local de existir da loucura.

A entrevista que chamamos de especial foi realizada em condições singulares, dirigida ao antigo diretor do hospital. Seguiu o mesmo parâmetro, mas visou mais especificamente referências contextuais, visto se tratar de um profissional que é um dos marcos da memória da psiquiatria na cidade e região, onde se situam os profissionais da pesquisa.

Em síntese, “nunca estamos sós”, escreve Halbwachs (1990), reforçando a tese de que toda recordação, mesmo manifestada pelo indivíduo, prende-se, de alguma maneira, a marcos sociais e coletivos que tem amplo alcance. Trata-se da entrevista com um médico, que foi diretor do Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto, em Vitória da Conquista, desde sua inauguração em 1966, onde permaneceu no cargo por mais de quatro décadas. Foi assim que situamos o médico mencionado, que mesmo com alteração na saúde física, nos atendeu e possibilitou o encontro com o passado de uma psiquiatria, que, embora não seja mais como outrora, continua vigente para entendimento dessa área em determinado processo histórico que envolveu a implementação da área da psiquiatria na cidade-região.

Como já ressaltamos, o trabalho teve por base a coleta de informações sobre as memórias sociais e coletivas que acompanham ou acompanharam as trajetórias socioprofissionais de médicos(as) da área de psiquiatria em Vitória da Conquista, Bahia, por meio da entrevistas na modalidade semiestruturada¹. Os critérios para a eleição das amostras: médicos (as) que atuam/atuaram em hospital psiquiátrico na cidade, e que aceitaram falar sobre o tema da loucura e médicos (as) que

¹ Com significados pessoais, a entrevista semiestruturada permite, em suas respostas, liberdade e flexibilidade aos envolvidos, mormente ao pesquisado. A pesquisa semiestruturada é “ato de perceber, realizado entre duas pessoas” (RICHARDSON, 2011, p. 208).

disponibilizaram tempo para tal mister. Visando manter o anonimato dos (as) entrevistado (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 TCLE. O roteiro da entrevista encontra-se em anexo.

A entrevista com o médico, ex-diretor do hospital psiquiátrico na cidade, foi propositadamente citada, conforme autorização (em anexo), considerando a necessidade de demonstrar a visibilidade social e coletiva de sua memória biográfica no contexto estudado.

1.4 ESTRUTURA DA TESE

No primeiro capítulo, tratamos da motivação pela pesquisa, das teorias nas quais embasamos o estudo –, ou seja, na Teoria da Memória e em alguns aportes da Teoria das Representações Sociais – e dos aspectos metodológicos da pesquisa.

No segundo capítulo, realizamos um breve histórico do nascimento da medicina e do engajamento da psiquiatria nesse contexto. Nessa parte do estudo, nos reportamos também à medicina psiquiátrica no Brasil, mais especificamente na Bahia e em Vitória da Conquista.

No terceiro capítulo, apresentamos o cerne da pesquisa propriamente dita, discutindo os resultados encontrados e estabelecendo uma dialética à luz das teorias que a embasaram.

2 MARCOS HISTÓRICOS E TEÓRICOS DOS ESTUDOS SOBRE A LOUCURA

Neste capítulo, buscamos fazer uma aproximação da história da medicina com a da psiquiatria, abordando a conjuntura de surgimento e desenvolvimento da atenção à saúde psíquica. Revisamos as discussões sobre saúde mental, desde sua relação com trepanações craneanas, ocorridas no período neolítico, passando pela apresentação de conhecimentos da medicina na Idade Média. Destacamos as contribuições de Philippe Pinel (1745-1826) no entendimento da loucura como doença e do médico Emil Kraepelin (1856-1926) na construção dos fundamentos da psiquiatria moderna ao demarcar duas formas básicas de doenças psíquicas: psicose maníaco-depressiva e demência precoce – observada na faixa etária de surgimento da doença, em torno dos 15 aos 25 anos.

A doença recebeu do médico Eugen Bleuler (1857-1939) a denominação de esquizofrenia, utilizada até os dias atuais. Os postulados de Foucault (1995) – um importante contraponto ao aspecto do caráter puramente biológico da doença – analisam como o acometimento da loucura é organizado segundo parâmetros de controle social pelo aparelho estatal. Na década de 1950, houve uma emergente psicofarmacologia, sinalizando um possível controle medicamentoso da esquizofrenia.

2.1 PRIMÓRDIOS DA MEDICINA

Sousa (1996) analisa a realização de trepanações cranianas² como prática antiga da situação suposta entre o saber e a magia. Como não há relato sobre o motivo do procedimento, fica a hipótese curiosa de que poderia ser um tratamento para alguma doença identificada como dentro do cérebro, ou da mente, ou então, de forma genérica, talvez uma doença física localizada na cabeça.

No período neolítico, um dos achados de maior interesse para a medicina é o dos *crâneos trepanados* que foram primeiro encontrados em França e depois em muitos outros lugares da Europa, especialmente entre as populações braquicéfalas [...]. Os Incas, do Peru, praticavam frequentemente esta operação em que eram peritos [...]. Provavelmente, os seus objectivos eram *mágicos*, isto é, visavam o tratamento de doenças atribuídas à presença no corpo do doente de um “espírito maligno”. O orifício aberto na parede

²“Trepanação craniana: remoção de um fragmento circular (botão) de crânio por um trépano; remoção de um disco de osso ou outro tecido por meio de trépano” (STEDMAN, 2003, p. 1.662).

craneana permitiria a saída para o exterior do “demônio” causador da doença e, com ela, a cura do paciente. A operação, habilmente executada com instrumentos de sílex, era frequentemente compatível com a sobrevivência do operado, como se conclui pelo exame do rebordo da abertura e, por vezes, era repetida (duas, até cinco trepanações!). (SOUSA, 1996, p. 16-18).

Aguiar (2010) menciona as primeiras práticas de cura da civilização ocidental. Na Mesopotâmia, foram encontradas tábuas de argila que descreviam as práticas de cura com o uso de substâncias orgânicas.

O primeiro texto médico da civilização ocidental surgiu na terceira dinastia de Ur, de 2.158 a 2.008 a. C., na Mesopotâmia, onde hoje é o Iraque. Trata-se de uma tábua de argila dos sumérios, onde se recomendava, para o tratamento de feridas, a associação de vinho, ameixas secas, zimbro (planta da qual se extrai o gim) e bastante cerveja. Essa mistura era, depois, mantida junto ao corpo, como um emplastro. (AGUIAR, 2010, p. 11-13).

A prática de expor o (a) doente a um ambiente público por onde passavam pessoas, era uma forma de observar como se comportavam a doença e o (a) doente. Os (As) transeuntes faziam perguntas e comparações com outros (as) doentes que tinham enfermidades semelhantes, e essas observações eram coletivizadas, possibilitando a formação de um corpo de saberes e práticas para o enfrentamento da doença.

Heródoto, o grande historiador da Antiguidade, assim descreve o início da prática médica entre os mesopotâmios: eles traziam seus doentes até o local do mercado, porque não tinham médicos; então aqueles que passassem pela pessoa doente conversavam com ela sobre a sua doença para descobrir se eles mesmos não teriam sido afligidos pelo mesmo mal que aquela pessoa, ou se teriam visto outros assim. Então, o passante conferia com ele e lhe recomendava que poderia ter sucesso com o mesmo tratamento com o qual teria escapado da doença, ou também se eles tinham conhecido outros que assim se teriam curado; e a eles não lhes era permitido passar por uma pessoa doente em silêncio, sem inquirir a natureza de sua indisposição. (AGUIAR, 2010, p. 11-13).

Sabemos que os primeiros registros de patologias humanas que podem ser reportadas à psiquiatria estão nos papiros egípcios encontrados na cidade de Kahun (COELHO, 2007), que datam de cerca de 2000 a.C. Neles, existem relatos de que o útero adoentado era considerado como se “um ser autônomo” estivesse a se deslocar por dentro do corpo e causasse diversos danos. “Essa concepção funcional

do útero se diferencia das concepções mágico-religiosas ao considerar as doenças como vesânicas naturais (do latim *vesanus*, loucura)” (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007, p. 21). “O que se sabe da medicina egípcia está nos papiros datados do período entre 2.200 a 1.800 a.C., escritos na XII dinastia. Os que foram encontrados na localidade egípcia de Kahun tratam apenas de doenças das mulheres” (AGUIAR, 2010, p. 12-13).

Os textos que tratam das práticas de cura foram sendo passados entre os povos. Na Idade Média, as práticas de cura foram relatadas em textos de origem árabe, assim como são encontradas fontes de conhecimentos em textos de origem grega e, além desses, também conhecimentos de origem persa, hindu e síria.

Da segunda metade do século VIII até aos fins do século XI, a hegemonia no campo do saber pertence à ciência arábica [...]. Por ciência arábica, e de maneira semelhante, por medicina arábica, deve entender-se não a ciência criada pelos árabes, mas a ciência e a medicina expressas em língua arábica [...]. Quanto à sua origem, esta ciência só em muito pequena parte é efectivamente arábica; pela maior parte é de origem grega com contribuições persas, hindus e sírias. (SOUSA, 1996, p. 153).

2.2 MEDICINA NA GRÉCIA ANTIGA

A civilização greco-romana já nominava a loucura como *mania* e *vesânia*, respectivamente. O grego Hipócrates (nascido na ilha de Cós no ano de 460 a. C.), considerado o “pai da medicina ocidental”, defendeu uma medicina separada da teologia, da mágica e do folclore, ao advogar a concepção de fatos a envolver as doenças (SOUZA, 1996, p. 51). Hipócrates não acreditava, por exemplo, que a epilepsia fosse uma doença com origem em elementos sagrados, mas nascida de causas naturais. Ele postulava a loucura como separada da teologia, da magia e credences, dando explicação das doenças no meio em que ela aconteciam. Seus estudos e observações desmitificaram ideias sobre causas sobrenaturais das epilepsias. Samuel Pessoa (1898-1976), médico sanitarista brasileiro, chama atenção para a antiguidade da lida humana com doenças, relata magia como enfrentamento atávico da loucura, e cita Hipócrates como pioneiro na atenção às doenças, com racionalidade:

O estudo da Geografia Médica nasceu na antiguidade, talvez com a própria história da medicina. Enquanto se consideravam as doenças

como determinadas por forças mágicas ou sobrenaturais, nenhum interesse havia em investigar-se as relações existentes entre o meio ambiente e as enfermidades. Como a medicina científica nasceu na Grécia, também se deve à ciência grega o primeiro tratado de Geografia Médica, escrito por Hipócrates provavelmente lá pelo ano 480 antes da nossa era e denominado “Ares, Águas e Lugares”. (PESSOA, 1978, p. 94).

Posteriormente os trabalhos de Hipócrates tiveram pouca compreensão, e somente alguns dos grandes nomes da medicina como Celso, Areteu, etc., levaram em consideração, porém de maneira fragmentária, a influência climática e dietética sobre o organismo humano são e doente”. (PESSOA, 1978, p. 97).

Na concepção grega, adoecer seria quebrar o equilíbrio interno, um corte na homeostase, espaço em que a doença se instala. Essa organização racional da origem das doenças é o início da prática do raciocínio lógico, que embasa o estudo das enfermidades. A Grécia e o Império Romano deram início a ensinamentos com bases em observações criteriosas.

Os escritos atribuídos a Hipócrates a aos seus discípulos começaram a ser reunidos na Biblioteca de Alexandria, a partir do século II a.C., e o seu conjunto é designado pelos autores latinos pelo nome de *Corpus Hipocraticus*. [...]. Devemos observar que estes escritos não parecem ser de um mesmo autor, nem também da mesma época, e podem ser considerados, como podemos denominar, de Biblioteca da Escola de Cós [...]. Para além do problema da autenticidade da autoria dos textos, não pode, todavia, esquecer-se que foi *sob a forma apresentada no Corpus* que a chamada *medicina hipocrática* foi transmitida à posteridade e exerceu influência sobre as sucessivas gerações de médicos. (SOUSA, 1996, p. 52-53, grifo do autor).

Segundo Louzã Neto e Elkis (2007, p. 21), Hipócrates fez as primeiras descrições das histerias como sendo patologias uterinas decorrentes de alguma disfunção sexual, quando o útero perderia peso e subiria pelo hipocôndrio ao coração e até o cérebro, causando palpitações, falta de ar, desmaios.

Galeno³, por sua vez, refuta a tese de migração uterina, pois acredita que a enfermidade é originária da retenção de líquido feminino pela abstinência sexual, o qual provoca a corrupção do sangue e convulsões. Assim, para Galeno a histeria tem etiologia sexual-bioquímica, sem conotação erótica nem sexual-mecânica, como definia Hipócrates (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007, p. 21).

³ Claudio Galeno (131-200 d.C.), nasceu em Pérgamo, Ásia Menor, médico considerado anatomista.

Citado por Platão, Hipócrates não deixou escritos atribuíveis à sua pessoa. Nos *Diálogos*, sua brilhante inteligência se faz presente. Um célebre aforismo hipocrático diz que “A vida é curta, a arte é longa, a oportunidade é fugaz, a experiência enganosa, o julgamento difícil” (SOUSA, 1996, p. 53). A medicina teve um lento e evolutivo despertar, e ganhou significância com o acúmulo e a partilha de conhecimentos. “Finalmente, pode-se dizer que a medicina se originou contemporaneamente com a civilização, não como ciência, mas como uma crença de que era um dom concedido pelos deuses” (AGUIAR, 2010, p. 9).

2.3 MEDICINA NA IDADE MÉDIA – OS PRIMEIROS HOSPITAIS

Durante a Idade Média, época que compreende em torno do século V ao XV, a visão da loucura vai se afastando dos postulados greco-romanos e dos ensinamentos de Hipócrates (460 a. C.-377 a. C.). A Idade Média é tida como um período de esquecimento e obscurantismo na busca das causas das doenças mentais, perdendo a característica inicial de estudo cuidadoso e de observação de pacientes, como na tradição greco-latina. Concepções místicas, credices sem maiores fundamentos, apelos mágico-religiosos ganharam espaço para justificar a estranheza das doenças mentais. Na primeira metade da Idade Média, houve um retrocesso na atitude da sociedade em relação ao racionalismo, especialmente entre os séculos X e XI. A mente do homem medieval estava voltada para a morte, uma obsessão coletiva. O símbolo da morte era encontrado em vários lugares, desde sepulturas, anéis e ornamentos residenciais (AGUIAR, 2010). Não há relatos de avanços significativos na prática médica, tampouco de estudos de relevância para a evolução de tratamentos ou mesmo abordagens aos doentes. Ademais, as doenças que já tinham algum instrumento de controle, pelos entendimentos legados pelos gregos, voltaram a ser grandemente vistas como castigos divinos. Assim, a prática médica entrou em descrédito nessa fase da história.

A doença voltou a ser considerada como um castigo ou punição, ou como resultado de possessões demoníacas. Em consequência, as pessoas recorreram a rituais de magia ou às orações, e a prática da medicina entrou em um longo período de descrédito e desprestígio. [...] A precariedade da medicina de então, que pouco podia fazer contra os diferentes surtos, como nas epidemias de tifo, peste bubônica, varíola, difteria, malária, febre tifoide, disenteria, além da lepra (hoje conhecida como hanseníase), que era muito frequente,

contribuiu de forma significativa para a perda de credibilidade na prática médica. Somente a peste negra, em 1347 e 1348, eliminou cerca de 25 milhões de pessoas na Europa, sendo que em alguns lugares a população foi reduzida em até 75% (AGUIAR, 2010, p. 30).

Para Louzã Neto e Elkis (2007), houve um período em que as práticas e os exercícios da cura ou mitigação de males causados por doenças eram exercidos por magos ou feiticeiros.

[...] a degradação da psiquiatria provavelmente se estendeu até o início da Idade Moderna. Pouco se conhece sobre seu rumo naquele período; acredita-se que tenha sido exercida por magos e feiticeiros, desgarrando-se da tradição greco-latina. Ocorreu, pois, o retrocesso às concepções mágico-religiosas e o abandono da ideia de doença mental como decorrente de causa natural. (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007, p. 21).

No entanto, Sonenreich e Estevão (2012) discordam dessa visão negativa da prática médica na Idade Média, advogando que a medicina continuou em lenta evolução. Contrapõem-se, assim, à visão do período medieval como marcado pelas trevas das crendices.

Achamos incorreto afirmar que, na Idade Média, o exercício de uma medicina racional deixou de existir e desenvolver-se. Os textos médicos não desapareceram, não se limitaram apenas a repetir o que os gregos e romanos produziram; e os distúrbios psíquicos continuaram a ser vistos como doença de competência médica. As disputas entre o enfoque oficial da igreja e o dos médicos são conhecidas. Os médicos identificaram muitas vezes doenças em pessoas acusadas de heresias, bruxarias. Condutas anormais, antissociais, bizarras, incapacidades para a vida normal, eram consideradas do ponto de vista médico e tratadas como tais. As autoridades jurídicas também tomaram muitas vezes em consideração as posições, as alegações dos médicos, mesmo quando lhes faziam oposição. (SONENREICH; ESTEVÃO, 2012, p. 27).

Na Idade Média surgiram as primeiras unidades coletivas de atenção a enfermos (as), marcadas pela presença de religiosos (as), com muitos espaços destinados à atenção à saúde, localizadas literalmente ao lado de igrejas e conventos. Nesses locais, praticava-se o amparo e a mitigação do sofrimento dos (as) adoentados (as). Estava lançado o embrião dos futuros hospitais como local de abrigo e cuidados aos (às) doentes, como é o caso das futuras Santas Casas de Misericórdia.

No período medieval, os hospitais eram construídos ao lado de igrejas e mosteiros e desenvolviam ações de hospitalidade e trabalho assistencial. No século XIII, o hospital medieval passou gradativamente do controle para a jurisdição secular. Neste período, arquitetonicamente, os hospitais deixaram de ter um aspecto de igreja e passaram a uma aparência de palácio. A partir do século XIV, uma medicalização incipiente e a associação com a profissão médica teve início. No século XVII, emergiu a ideia de hospital como centro de reclusão e correção do contingente pobre. No século XVIII, os médicos entraram definitivamente no hospital, que passou a ser entendido como um instrumento de cura e não mais como um ambiente de conforto espiritual ou de segregação ou repressão. (NEUFELD, 2013, p. 1).

A formação do modelo assistencial e de cuidados aos (às) portadores (as) de doenças, que se iniciou incipiente com os cuidados da igreja e em espaços religiosos, foi sendo delineada ao longo do tempo. Os hospitais foram formatados de maneira lenta e gradativa, tendo por base inicial as Santas Casas de Misericórdia.

2.4 A LOUCURA COMO DOENÇA

Em 1656, o rei francês Luís XIV (1638-1715) elabora uma lei com finalidade de retirar dos espaços públicos as pessoas que vagavam sem destinação específica. Como também os acometidos pela loucura, “dementes”, “alienados (as)”, “insanos (as)” etc.

Por volta de 1789, o médico Philippe Pinel (1745-1826) e seu colaborador Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), trabalhando no hospital Salpêtrière e no hospital Bicêtre, em Paris, imersos nos ideais burgueses de liberdade, igualdade e fraternidade da Revolução Francesa⁴, absorvendo os aspectos humanitários e libertários, entendem a loucura como doença. Estabelecem a separação dos loucos, nas instituições hospitalares, dos outros tipos de hospitalizados, instituindo um “tratamento moral”. Coube a Pinel observar que o (a) louco (a) era acometido (a) de uma doença. Surgiu, então, novo patamar na observação dos (as) acometidos por essa pela loucura. Pinel criou um marco ao caracterizar pacientes como loucos (as),

⁴ “A partir da Revolução Francesa, as novas ideias de liberdade, igualdade e fraternidade passaram a ser uma constante preocupação para boa parte da elite intelectual da época. O estado de confinamento e crueldade em que viviam os doentes mentais até o século XVIII era inimaginável. Eram trancados em prisões, casas de correção e asilos, e vigiados por pessoas ignorantes, que acreditavam ser a insanidade produto do pecado e do demônio, ou de outras causas tão absurdas como essas. [...] O tratamento dado ao doente mental era consequência da ignorância, superstição e condenação moral que o cercava” (AGUIAR, 2010, p. 60-61).

e não mais como marginais, estabelecendo cuidados específicos para a doença mental.

Coube a Pinel e a seu discípulo Esquirol, em Bicêtre, promoverem uma inovadora reforma hospitalar que ficou sendo conhecida como tratamento moral, consistindo num conjunto de medidas que não as de contenção física vigentes na época, mas, sim, daquelas que mantivessem o respeito pela dignidade do enfermo mental e aumentassem a sua moral e autoestima. (ZIMERMAN, 1999, p. 22).

Pinel estabeleceu o “tratamento moral”, declarou a condição de doente ao louco e, discordando da palavra “loucura”, “recomendou substituir ‘loucura’ por alienação mental” (SONENREICH; ESTEVÃO, 2012, p. 21). O reconhecimento da patologia mental como orgânica, natural e com devastadores efeitos psíquicos coincide, então, com os ideais da Revolução Francesa com seus princípios de defesa de direitos humanos.

Phillipe Pinel trabalhou nos hospitais parisienses de Bicêtre e Salpêtrière. Instituiu regras de funcionamento hospitalar, enfatizando o cuidado dos doentes por princípios humanitários. A identificação das doenças mentais obtém grande aprimoramento [...]. Entretanto, uma mudança fundamental ocorreu no século XVII, a partir da fundação de locais para o cuidado de doentes mentais. Antes temidos, hostilizados e rejeitados, os doentes passam a ser reconhecidos como objeto da psiquiatria, dignos de cuidados médicos. Tal mudança aboliu o caráter demoníaco das práticas alienistas da época medieval. O objeto da psiquiatria só se constitui na medida em que o caráter médico das perturbações dos indivíduos é reconhecido e quando ‘a noção de doença mental destacou-se com bastante nitidez’ [...]. Por promover o reconhecimento do doente mental como objeto da psiquiatria, chamou-se habitualmente de primeira revolução psiquiátrica ao movimento de fundação dos hospitais psiquiátricos e casas de saúde [...]. O resultado é o desenvolvimento do método psicopatológico e o surgimento de classificação das doenças mentais. (LOUZÁ NETO; ELKIS, 2007, p. 22).

A humanização e o entendimento das doenças mentais tiveram acelerada evolução no século XVIII, quando o louco passou a ter atendimento médico em hospitais psiquiátricos. Como conhecedor das ferramentas de diagnóstico e agente que buscava a cura, o (a) médico (a) passou a ser responsável pela organização do espaço, pela escolha dos instrumentos e pela organização dos recursos disponíveis para a cura.

Para Pessoti (2006), o olhar sobre a importância de Pinel e Esquirol está em separar os indivíduos considerados doentes e sugerir um tratamento, o ‘tratamento moral’:

Com Pinel, a psiquiatria passa a ser, de um lado, a correção de hábitos, via correção das ideias; de outro, a reeducação afetiva, isto é, o controle, (até pedagógico) das paixões. São estas as funções do “tratamento moral”, que é, com todas as letras, um método de modificação do comportamento. (PESSOTI, 2006, p.113).

O autor afirma também que o tratamento moral instituído por Esquirol e Pinel, com o passar do tempo, não alcança o êxito que era esperado, deixando em aberto o rastreamento de soluções para o doente mental (PESSOTI, 2006), que continuará por todo o século XIX:

O século XIX foi a época de maior florescimento da teoria e da terapêutica da loucura. Ele começa com o *Traité Medico-Philosophique* de Pinel – uma verdadeira revolução teórica e terapêutica. Após a hegemonia secular de um organicismo hipotético ou até metafísico. (PESSOTI, 2006, p. 113).

No século XIX, Kraepelin (1856-1926) estuda e classifica as doenças mentais, observando dados relevantes em diagnóstico e acompanhamento dos doentes. Portocarrero (2002) afirma as mudanças no modelo da escola francesa e sua substituição pela teoria de Kraepelin (1856-1926), a partir de 1890, período em que se enraíza a cientificidade do saber médico da psiquiatria:

A idéia da democratização da ciência psiquiátrica diz respeito a uma abertura do pensamento de Krepelin, aberto a uma diversidade de elementos que a compõem, ao reunir anatomia patológica, as causas e os sinais clínicos, observados em sua evolução do começo ao fim da moléstia [...]. (PORTOCARRERO, 2002, p. 69).

Kraepelin (1856-1926) substitui o modelo teórico e a tradição francesa advogadas por Esquirol (1772-1840), que concebia a loucura como uma desordem da sensibilidade e da vontade, o que caracteriza a doença mental como doença moral. O discurso dos alienistas passa por novos questionamentos, novas dificuldades e novas soluções, ao ser colocado em pauta o caráter moral ou físico da doença.

A partir do século XIX, a cientificidade do saber médico é exigida e oferecida como uma das bases da política dirigida à conservação da saúde da população concebida como um todo médico, devido ao seu conhecimento das causas sociais das doenças, afirma sua função de auxiliar na manutenção do equilíbrio da sociedade. [...] entravando a todo instante o discurso psiquiátrico, em sua proposta de institucionalizar e legalizar seu saber, e permitindo aos alienistas enxergarem a fragilidade da teoria psiquiátrica e se voltarem para a pesquisa de novos conceitos. (PORTOCARRERO, 2002, p. 34-36).

O saber médico evolui, e do século XIX ao XX, a psiquiatria conhece uma transição e incorporação de saberes por meio dos estudos e conhecimentos de Kraepelin, em que se dão a observação e a classificação da doença mental como uma condição orgânica.

No início do século XX, a prática psiquiátrica rompe com a psiquiatria do século XIX, procurando atender às necessidades de um sistema de assistencial amplo o suficiente para oferecer tratamento especial a todos os tipos de anormalidade psicológica, de acordo com cada tipo de distúrbio psíquico. (PORTOCARRERO, 2002, p. 117).

Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão, dá um objeto de estudo à psiquiatria, qual seja, a doença da mente, ao apresentar uma nosografia trabalhada em observação de grupos clínicos determinados, que apresentam constância. Assim, pode fazer correlação entre patologias, usando a descrição e classificação das doenças psiquiátricas. O autor preconiza a predisposição pessoal de acordo com as condições de vida que cada paciente apresenta, assim como as tendências individuais do enfermo, e dá formatação a um novo corpo teórico.

Para um verdadeiro espírito científico, o desafio era manter o enfoque empirista da psiquiatria sem essas especulações sobre processos fisiológicos hipotéticos ou metafísicos. [...] A resposta a esse desafio constitui a obra monumental de Kraepelin, que coroa a psiquiatria do século XIX e inaugura a do século XX. Para ele, uma correta nosografia psiquiátrica dependerá de uma anatomia-patológica que aponta as lesões cerebrais da loucura, embora as considere, até então, conjecturais. [...] É apenas a evolução do quadro sintomático que pode e deve basear o diagnóstico e a terapêutica. (PESSOTI, 2006, p. 114).

Portocarrero, assevera:

Na classificação de Kraepelin, as classes nosológicas caracterizam a especificidade etiológica tanto dos diversos tipos de doença mental quanto das várias formas de anormalidade, manifestas sobretudo pelas 'personalidades psicopáticas' (criminosos, instáveis,

mentirosos, querelantes), constituindo um importante campo de pesquisa e de argumentação para o saber psiquiátrico. Pode-se afirmar que se deu uma mudança concernente ao saber, marcada pela passagem da concepção de doença mental – fundamento da psiquiatria do século XIX – para a concepção de anormalidade como forma de psicopatologia, que constitui a novidade do discurso psiquiátrico do século XX. (PORTOCARRERO, 2002, p. 39).

2.5 A LOUCURA NO SÉCULO XX

O discurso psiquiátrico do início do século XX dirige-se à civilização e ao meio ambiente do enfermo. A especialidade abre-se ao espaço social na busca do entendimento das casualidades, além das somáticas para o doente mental. Ao lado dos cuidados médicos, agora também em ambulatorios, entra a sociedade como elemento de cuidado e controle da população, e na reinserção do doente em seu meio social, ou seja “[...] no início do século XX tenta-se esclarecer a percepção da loucura por meio do conhecimento científico sobre a casualidade da doença mental” (PORTOCARRERO, 2002, p. 87).

Podemos inferir que a prática de atendimento ao doente mental vem passando por diversas modificações, que vão dando um novo contorno ao enfrentamento da doença. Entre os autores que trabalharam em prol da psiquiatria, podemos destacar Eugen Bleuler (1857-1939), que em 1911, instituiu o conceito de esquizofrenia

Bleuler [...] cunhou o termo *esquizofrenia*, que substituiu a *dementia praecox* na literatura. O termo foi escolhido para expressar a presença de cisões (*schisms*) entre pensamento, emoção e comportamento. (SADOCK, 2007, p. 507, grifo do autor).

Para Pessoti,

Quanto ao processo causal das ‘doenças esquizofrênicas’, na edição póstuma do tratado de Bleuler, de 1967 [...] consta: Trata-se de psicoses cuja gênese ainda não está esclarecida [...] Nem foram identificados fundamentos somáticos quando o interesse premente da pesquisa mudou-se da patologia cerebral para o metabolismo (PESSOTI, 2006, p. 118).

Bleuler (1857-1939), em seus estudos acerca da loucura (que em 1911 nomina como esquizofrenia) pensa-a como uma partição, uma mente que atuando de modo adoecido faz uma cisão entre pensamento, emoção e comportamento, o

que leva o enfermo a atitudes bizarras, fora de um contexto de realidade vivido por outras pessoas contemporâneas.

As formas de entendimento da loucura apenas de uma forma organicista vão receber uma nova formatação a partir dos postulados de Freud (1856-1939).

[...] Esse objetivismo extremado da psiquiatria positivista, reforçado pela obra de Kraepelin, começa a ser contestado nas primeiras décadas do século XX. [...] A subjetividade, antes rejeitada, adquire, no século XX, importância decisiva [...]. Na verdade, o termo “subjetividade” é a designação genérica para o universo da experiência pessoal; implica processos cognitivos e afetivos, cujo estudo científico só então se iniciava. (PESSOTI, 2006, p. 115).

Zimerman (1999), afirma que Freud traz uma visão inusitada ao inferir novas concepções para atitudes e pensamentos, para explicitação, citamos na íntegra:

[...] conflito psíquico passou a ser concebido como resultante do embate entre as forças instintivas e as repressoras, sendo que os sintomas se constituíram como sendo a representação simbólica deste conflito inconsciente. Esta concepção inaugura a psicanálise como uma nova ciência, com referenciais teórico-técnicos próprios, específicos e consistentes [...] Freud representa a interseção de dois períodos: ele esteve com um pé nas concepções positivistas de sua época, não só da medicina mas também da física e química de cujos princípios ele sofreu uma enorme influência na elaboração de suas teorias psicanalíticas. O outro pé ele apoiou num campo que até então era totalmente desconhecido e desdenhado, criando e propondo a existência de uma dinâmica inconsciente, com leis e fenômenos específicos, alguns explicáveis pelas suas novas teorias, e outros a serem explicados e comprovados a partir de cogitações metapsicológicas. (ZIMERMAN, 1999, p. 23).

Até 1906, Freud já tinha organizado suas bases psicanalíticas para uso na prática auxiliar da psiquiatria, e inscreve suas observações e estudos na emergente psiquiatria, marcando sua caminhada em duas realidades distintas. De um lado, o positivismo com firme embasamento em princípios biológicos, químicos e físicos. Por outro lado, sua comprovação sólida da existência dinâmica de fenômenos inconscientes e na espera, sempre, de maiores explicações metapsicológicas. Podemos entender que uma janela se abre para o entendimento de patologias psiquiátricas, onde o paciente é vítima de conteúdos guardados em sua memória. A psicanálise tornou-se aliada no tratamento de diversas patologias na psiquiatria contemporânea, e apresenta muitas diferenças dos conceitos e concepções elaborados por Freud e sucedâneos. Pessoti afirma:

Em 1923, Freud definiu cristalinamente sua distinção entre neurose e psicose: 'A neurose seria o efeito de um conflito entre o eu e o seu id, enquanto a psicose representaria o resultado análogo de uma perturbação semelhante nas relações entre o eu e o mundo externo' [...] em outras palavras: a neurose não renega a realidade, a psicose, porém, a renega e tenta substituí-la'. (PESSOTI, 2006, p. 115).

A posição dos postulados de Freud deixou um legado capilar na visão acerca das doenças mentais, e evoluiu o raciocínio em relação ao estudo e enfrentamento da loucura. A sua contribuição trouxe uma ferramenta amplamente utilizada em tratamentos até os dias atuais em patologias psiquiátricas.

Karl Jaspers (1883-1969) filósofo e psiquiatra alemão, desde 1913, discutia a fundo a questão epistemológica na sua *Psicopatologia Geral*, reeditada e ampliada em 1959.

Segundo Jaspers, em psicopatologia, os objetos de possíveis de conhecimento são dois: os fenômenos psíquicos (singulares) e as relações deles com outros eventos. [...] Fica claro que só uma psicopatologia explicativa pode fundar uma teoria da loucura capaz de elaborar princípios e leis gerais [...] Jaspers chega a uma conclusão radical: pode-se tentar uma explicação do comportamento do louco, mas a sua loucura ou o seu mundo delirante é inacessível à compreensão. Pois o que ele vivencia nada tem em comum com a história de experiências de qualquer outra pessoa. (PESSOTI, 2006, p. 118-119).

Jaspers (1959) afronta a pretensão da psicanálise, e o delírio esquizofrênico tem sentido e significados que são inacessíveis à compreensão. Para Jaspers, os sintomas da loucura apenas exprimem um modo peculiar de estar no mundo, e não possui calor afetivo, assim como projeções para o futuro. Para Pessoti:

Sim, o delírio do esquizofrênico, por exemplo, tem significados, mas tais significados são inacessíveis tanto à compreensão quanto à explicação. (PESSOTI, 2006, p. 118).

As afirmações citadas, continuam a demonstrar o movimento constante da psiquiatria diante dos doentes mentais, e dos conhecimentos que vão sendo adquiridos no decorrer dos tempos, à luz de novas formas de avaliar, estudar, classificar a loucura, e suas soluções enquanto saber médico. Sendo um problema de saúde, a doença mental está sempre em novas perspectivas de estudos e busca

de soluções. Foucault (1995) afirma a necessidade de novas intervenções no manejo da loucura:

Michel Foucault interpreta a emergência da psiquiatria não do ponto de vista da necessidade da defesa de liberdade, mas pela ótica de que a sociedade, ao exercer o papel alienante sobre o indivíduo, usava a identificação do ser alienado para se desembaraçar de todos os transviados que ofendessem a moral e a razão vigentes (1978). Essa visão, chamada de 'antipsiquiatria', fez parte de um movimento criado por psiquiatras ingleses como R. D. Laing, D. Cuper e A. Esterson. Esse movimento sustenta que a esquizofrenia não seria o resultado de disfunção fisiológica, mas um fenômeno social inteligível [...]. A loucura representaria uma forma de libertação, estratégia adotada para suportar uma situação inteiramente insuportável. (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007, p. 29).

A esquizofrenia (loucura), que reporta a uma doença mental com características psicopatológicas bem definidas.

Embora seja discutida como uma única doença, engloba um grupo de transtornos com etiologias heterogêneas e inclui pacientes com apresentação clínica, resposta ao tratamento e curso da doença muito variados. (KAPLAN, 2007, p. 507).

No conceito de Alvarenga (2008, p. 191):

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico crônico e em muitos casos incapacitante, que se inicia geralmente em jovens e que se caracteriza pela presença de sintomas psicóticos ou positivos (delírios e alucinações), desorganização (do pensamento e da conduta), sintomas negativos (empobrecimento afetivo-volitivo), perdas cognitivas (sobretudo déficit da capacidade de abstração e prejuízo das funções executivas) e sintomas depressivos. A esquizofrenia não é apenas um transtorno psicótico, mas um transtorno do neurodesenvolvimento cerebral em que a psicose é encontrada.

Costa Junior e Medeiros (2007, p.64) afirmam que “uma concepção completa sobre a loucura como doença não é encontrada em um único texto ou autor”, e sobre a etiologia apontam estudos que fala de origem genética, associada a fatores de risco ou ambientais, aspectos somáticos, bioquímicos, exames de imagem, achados eletrofisiológicos:

[...] alguns denotando mais claramente que tais apontamentos são somente hipóteses somáticas para uma possível patogenia da esquizofrenia como doença orgânica [...] Um grupo menor discute ou propõe teorizações sobre mecanismos estritamente psicológicos para a conformação dos sintomas percebidos na clínica da esquizofrenia ou do psicótico, sem discutir se há e qual seria a relação deste *puramente psíquico* com o somático ou com algo além do psíquico individual. (JUNIOR, 2007, p. 64).

Discutem também, que a psiquiatria apresenta um olhar mais naturalista, biológico, sobre a esquizofrenia. Já para a saúde mental, a concepção da doença tem visão mais da sociologia e do mundo coletivo, da sociedade, onde o doente está inserido. E

[...] a esquizofrenia como entidade nosológica autônoma em relação à intencionalidade humana: uma doença médica, de caráter biofísico, ou orgânico puro, que a Psiquiatria esclareceu e esclarece no senso comum, a partir da concepções populares de loucura [...] fenômeno de existência real, um fenômeno patológico da estrutura bioquímica do cérebro, embora havendo divergências sobre sua essência fisiopatológica, a sua origem (etiologia) e a ação adequada, do ponto de vista médico, a adotar (sua terapêutica) [...]. (JUNIOR, 2007, p. 63).

Podemos entender a esquizofrenia ou a loucura, como a perturbação de uma ordem, a quebra da homeostase, ou seja, há um distúrbio em funções orgânicas.

2.6 FOUCAULT E O ESTUDO SOBRE A LOUCURA

No livro *História da loucura*, o filósofo francês Michel Foucault (1925-1984) procedeu a uma leitura da doença desde os idos da Idade Média até o século XVIII, buscando entender, por dentro da história, a presença da loucura e do (a) louco (a) nos espaços sociais, desde a liberdade existente na Idade Média, quando podiam vagar livres, sem classificações excludentes. “Não há muito tempo, ela se debatia em plena luz do dia: é o *Rei Lear*, era *Dom Quixote*” (FOUCAULT, 1995, p. 78, grifo do autor). As extravagâncias e bizarrices eram difundidas nos meios comunitários como algo normal na paisagem e no imaginário dos pares sociais. A loucura, naquele contexto, era uma exclusão, sim, mas com um quê de libertação das mesmices das pessoas comuns.

Foucault (1995, p. 9) fez referência à chamada Nau dos Loucos, “estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos”. A

bordo dessa embarcação, existe uma forma de aprisionamento dos indesejados loucos num vagar sem fim.

Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra [...]. Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos. [...] Confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. (FOUCAULT, 1995, p. 11-12).

A lepra foi uma doença que ocupou um espaço de exclusão e de medo até o fim das Cruzadas, e, quando ocorre o arrefecimento da doença, há um vácuo no espaço do pavor. A doença venérea se isola, em certa medida, do contexto médico, e se integra, ao lado da loucura, a um espaço moral de exclusão, onde a medicina encontra espaço de apropriação. Segundo Foucault (1995, p. 8), depois de longo momento de latência, de quase dois séculos, o medo que sucede à lepra aparece e suscita reações de divisão, exclusão e purificação. Também

Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de assombrar, mas que também deixou estéreis e inabitáveis durante longo tempo. Do século XIV ao século XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão. (FOUCAULT, 1995, p. 3).

Os séculos XVI e XVII são chamados por Foucault de Idade Clássica, período de fundação da filosofia moderna, onde se destaca Descartes, ao elaborar o pensamento da dúvida sistemática, pretendendo chegar à “verdade”. Separando racional e verdadeiro de errôneo e falso, a loucura começou a ser silenciada, seu sujeito perdeu direitos à verdade, e foi cerceado pelas instituições do Estado.

Ao final da Idade Clássica, o encarceramento passou a ser visto como uma violação, e o (a) louco (a) ganhou o local de doente. O (A) médico (a) tornou-se sujeito do saber, e o (a) louco (a), objeto de estudo. Desse modo, no século XVII, as instituições que acolhiam os (as) loucos (as) entraram em cena como espaços onde o indivíduo e sua loucura eram aprisionados mutuamente, numa dualidade que excluía soluções terapêuticas e o próprio reconhecimento como cidadão. À margem

dos indivíduos produtivos – ou de algum modo úteis – nos locais de existência social, esses (as) doentes foram para os cárceres da exclusão.

Uma data pode servir de referência: 1656, decreto da fundação, em Paris, do Hospital Geral. À primeira vista, trata-se apenas de uma reforma – apenas de uma reorganização administrativa. Diversos estabelecimentos já existentes são agrupados sob uma administração única: a Salpêtrière, reconstruída no reinado anterior a fim de abrigar um arsenal, Bicêtre, que Luís XIII quis dar à confraria de São Luís para dela fazer uma casa de retiro destinada aos inválidos do exército. [...] todos agora são destinados aos pobres de Paris [...]. Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. (FOUCAULT, 1995, p. 49).

Em relação à caminhada pela história, esses espaços ora livres aparecem no século XVIII organizados em locais de exclusão, com a restrição do louco, sob os cuidados do aparelho estatal, obedecendo à lógica da internação, e ocupando o local do medo em relação às formas desviantes de ser e estar no mundo, apresentadas pelos (as) portadores (as) da doença.

No estudo sobre a história da loucura, Foucault (1995) trata do nascimento da psiquiatria como alienante ao (à) louco (a), reservando a ele (a) local e papel de segregado na sociedade. Isso provoca a destituição do indivíduo, a destruição da sua liberdade, retirando sua condição de cidadão (ã) livre e com direito a escolhas. Para Foucault (1995), a sociedade quer o afastamento do (a) louco (a) e não aceita ouvir sua voz ou dar a ele (a) o direito de manifestar sua caminhada ou sua vontade.

Michel Foucault interpreta a emergência da psiquiatria não do ponto de vista da necessidade da defesa de liberdade, mas pela ótica de que a sociedade, ao exercer o papel alienante sobre o indivíduo, usava a identificação do ser alienado para se desembaraçar de todos os transviados que ofendessem a moral e a razão vigentes (1978). Essa visão, chamada de ‘antipsiquiatria’, fez parte de um movimento criado por psiquiatras ingleses como R. D. Laing, D. Cuper e A. Esterson. Esse movimento sustenta que a esquizofrenia não seria o resultado de disfunção fisiológica, mas um fenômeno social inteligível [...]. A loucura representaria uma forma de libertação, estratégia adotada para suportar uma situação inteiramente insuportável. (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007, p. 29).

Para Foucault (1995, p. 63), “a loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres”, e “é lá que a encontraremos

ainda ao final do século XVIII”. Como linguagem interdita, a institucionalização da loucura é oferecida e capitaneada pelo aparelho estatal, como forma de segregação.

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e de precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no contexto dos problemas da cidade (FOUCAULT, 1995, p. 78).

O século XVIII “deu ao louco uma doença”, levando-o a internações agora sim, hospitalares. Segundo Foucault (1995), no século XVIII houve aumento mundial da loucura, proliferação dos internamentos. Podemos ver no texto a seguir os números elevados de ingressos em instituições para esses agravos:

Doze anos mais tarde, quando numa nova visita semelhante, em julho de 1733, o número dos loucos não aumentou de maneira notável, mas o mundo da loucura proliferou de modo estranho. [...] Doze anos foram o bastante para que as três ou quatro categorias entre as quais se distribuíam comodamente os insensatos (alienação, fraqueza de espírito, violência ou furor) se revelassem insuficientes para cobrir o domínio da loucura: as formas se multiplicaram, os rostos se desdobraram, distinguem-se os imbecis, os fracos de espírito, os velhos com mente de criança; não se faz mais confusão entre desarranjo, desregramento e sentimentos extraordinários [...]. A sensibilidade à loucura, outrora uniforme, abriu-se de repente, liberando uma nova atenção para tudo o que até então havia deslizado para a monotonia do insensato. (FOUCAULT, 1995, p. 386).

A explicação do autor faz uma clara alusão à percepção da razão pelo (a) insensato (a) e a sua negação como prática e diretriz, pois o espírito não acata as limitações impostas pelo Estado, pela comunidade, pelos modos de viver e comportar exigidos em seu meio.

É sem dúvida nessa direção que se pode compreender a distinção, tão frequente no século XVIII e para nós tão obscura, entre insensatos e alienados. [...] O alienado atravessou todos os limites da acessibilidade; tudo, em seu mundo, tornou-se estranho aos outros e a si mesmo. No universo do insensato, pelo contrário, é possível reconhecer-se: ali a loucura é sempre determinável [...] O

insensato não é inteiramente estranho ao mundo da razão: representa antes a razão pervertida, eternamente desviada em cada movimento do espírito. Nele se realiza incessantemente a perigosa troca entre a razão e o desatino, enquanto a alienação designa antes o momento da ruptura. O alienado está inteiramente do lado do não senso; o insensato, na intervenção do senso (FOUCAULT, 1995, p. 389-391).

Divididos (as) entre insensatos (as) e alienados (as), a cada um (a) cabe o peso e o local de exclusão, doravante juntos (as), mas classificados (as) de formas diferentes. São diferenças que permitem locais e olhares distintos para cada tipo de apresentação da condição mórbida. E assim classificados (as), encontram o asilo, a instituição estatal de privação da liberdade, de negação ao local social de liberdade e de fazer-se ouvir.

Doravante estamos na posse do fio da meada. A partir do momento em que vemos, no fundo do século XVIII, os loucos como que dividindo-se entre si mesmos e ocupando um lugar que lhes pertence de fato, compreendemos como se tornaram possíveis o asilo do século XIX, a psiquiatria positiva, a loucura afirmada enfim em seus direitos. Tudo está em seu lugar, de um século a outro: primeiro o internamento, do qual procedem os primeiros asilos de loucos; daí nasce essa curiosidade – logo transformada em piedade, depois em humanismo e solicitude social – que permitirá a existência de Pinel e Tuke, os quais por sua vez provocarão o grande movimento da reforma – inquéritos dos comissários, constituição dos grandes hospitais, os quais finalmente dão início à época de Esquirol e à felicidade de uma ciência médica da loucura. (FOUCAULT, 1995, p. 392).

Foucault (1995) considera que a ação de indivíduos como Samuel Tuke e Philippe Pinel não foi bem-sucedida como solução ao problema. O local de exclusão, silêncio e negação das necessidades peculiares a cada individualidade foi mantido. A saída social não foi a efetiva, mas a possível no momento de ser das coisas.

O asilo construído pelo escrúpulo de Pinel não serviu para nada nem protegeu o mundo contemporâneo contra a grande maré da loucura. Ou melhor, serviu, serviu muito bem. Libertou-se o louco da desumanidade de suas correntes, acorrentou ao louco o homem e sua verdade. Com isso, o homem tem acesso a si mesmo como ser verdadeiro, mas esse ser verdadeiro só lhe é dado na forma de alienação. (FOUCAULT, 1995, p. 522).

Surgiu, então, a prática médica para atender o (a) portador (a) de tais distúrbios, tendo o (a) médico (a) como figura de interlocução e entendimento da

loucura. Foi instituído o asilo para os (as) doentes mentais e suas condições patológicas. Distante do ideal, marcado desde a nascença pela forja da exclusão, apresentava-se mais uma face obscura da condição de humanidade. A loucura aprisionada e objeto de estudo seguia sua saga de pária social.

O passo essencial está dado: o internamento recebeu sua carta de nobreza médica, tornou-se lugar de cura, não mais o lugar onde a loucura espreitava e se conservava obscuramente até a morte, mas o lugar onde, por uma espécie de mecanismo autóctone, se supõe que ela acabe por suprimir a si mesma. (FOUCAULT, 1995, p. 433).

O valor intrínseco da doença não obteve grandes vantagens. Para Foucault (1995), importa saber como chegou para os (as) loucos (as) essa percepção e esse aprisionamento sob a égide do Estado e dos (as) médicos (as). Caberá ao (à) louco (a) um espaço estrito de exclusão, esquecimento, silêncio. Despossuído (a) da razão, o (a) louco (a) foi libertado (a) da condição de pária como tantos outros (as), e foi assentado (a) na posição de doente. Figura pálida e sem valor entre os seus, o (a) louco (a) fica sob a égide da medicina e suas categorizações, súmulas e vazios de entendimentos.

Mas o que queremos saber não é o valor que para nós assumiu a loucura, é o movimento pelo qual ela tomou assento na percepção do século XVIII: a série das rupturas, das descontinuidades, das fragmentações pelas quais ela se tornou aquilo que é para nós no esquecimento opaco daquilo que ela foi. [...] Se ela encontra seu lugar, isso acontece na medida em que é afastada; deve seus rostos, suas diferenças, não a uma atenção que aproxima, mas a uma indiferença que a isola. De modo que o máximo de distância será conseguido às vésperas do dia em que ela surgirá como 'libertada' e transformada em 'humana', às vésperas mesmo do dia em que Pinel reformará a Bicêtre. Resta agora demonstrá-lo. (FOUCAULT, 1995, p. 393).

Esse espaço é um local de coação, de obediência a normas e padrões que são indesejáveis ao (à) louco (a). Fechada em seu mundo sem saídas, está uma gama de apátridas, de rostos, de histórias, de realidades colhidas pelas garras da loucura. A coação retira do meio dos outros indivíduos esses (as) "diferentes", "bizarros (as)", "esquisitos (as)", que, por si só, amedrontam e geram desconforto por onde 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).

A busca do entendimento das forças que convergem para o aprisionamento daqueles (as) que fogem às regras de normalidade e verdade aceitas como normas no grupamento social é vista por Foucault (1995) à luz dos processos históricos. Assim, nesse prisma, está posto como foram formados os domínios de saber dentro e a partir das práticas sociais, numa abordagem da loucura e do (a) louco (a), segundo a qual as práticas sociais condicionam o ser humano. Desde a existência da loucura como algo inusitado, talvez mágico, até a sua severa negação e retirada do convívio social, essa condição vem buscando um lugar de existência e expressão.

2.7 FARMACOLOGIA NO TRATO COM A PSIQUIATRIA

Entre o final do século XVIII e início do XIX, com o avanço do conhecimento científico e da consciência social, a medicina começa a tomar a forma atual. A Revolução Francesa, no plano político, e os avanços científicos relacionados à Revolução Industrial, no plano econômico, são as influências mais significativas desse processo. A reforma patrocinada por Pinel e instituída por Esquirol serve de modelo para as transformações na assistência psiquiátrica no mundo ocidental, transformando a assistência aos doentes mentais em responsabilidade médica e estatal (MIRANDA-SÁ JR, 2007, p. 29).

Entretanto, a reforma de Philippe Pinel não se configurou como uma modificação dessa questão de interdição da fala: a loucura continuou silenciosa, agora sob os 'cuidados' da medicina, que exerceu um arremate dessa repressão da loucura. Apenas no século XX, com Sigmund Freud, houve, 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. 1.515-1.529).

Em 1882, o neurologista Josef Breuer (1842-1925) relata a Sigmund Freud (1856-1939) que estava usando o método hipnótico denominado catarse, ou abreação, com uma paciente portadora de histeria, Berta Popenheim, que entrou para a história com o nome de Ana O. Em transe hipnótico, ela recordava ocorrências traumáticas do passado e encontrava grande alívio sintomático com essa prática. Como assegura Zimerman:

A partir daí o conflito psíquico passou a ser concebido como resultante do embate entre as forças instintivas e as repressoras, sendo que os sintomas se constituíram como sendo a representação simbólica desse conflito inconsciente. Essa concepção inaugura a psicanálise como uma nova ciência, com referenciais teórico-técnicos próprios, específicos e consistentes. (ZIMERMAN, 1999, p. 23).

Em seus postulados, Freud descreve o id, o ego e o superego como instâncias da mente com papéis definidos, além de propor a mitigação ou cura de doenças psíquicas ansiosas e depressivas por meio da prática psicanalítica. Freud inscreve suas observações e estudos na emergente psiquiatria, marcando a caminhada em duas realidades distintas: de um lado o positivismo, com firme embasamento em princípios biológicos, químicos e físicos; de outro lado, a comprovação sólida da existência dinâmica de fenômenos inconscientes. Assim, “Freud postulou que os ‘neuróticos sofrem de reminiscências’” e que “a cura consistiria em lembrar o que estava esquecido” (ZIMERMAN, 1999, p. 23). É uma janela que se abre para o entendimento de patologias psiquiátricas, segundo a qual o paciente é vítima de conteúdos guardados na memória.

Emil Kraepelin (1856-1926), em estudos baseados em sintomas e no curso das doenças, descreve a demência precoce (*dementia praecox*, 1896), patologia de eclosão em torno dos 12 aos 25 anos de idade. Kraepelin analisa, também, o transtorno maníaco-depressivo e a paranoia. Paul Eugen Bleuler (1857-1939) cunha o termo esquizofrenia – de *schizo*, “dividida”, e *phrene*, “mente” –, em substituição ao termo demência precoce e elenca os quatro sintomas fundamentais: a associação frouxa de ideias, a ambivalência, o autismo e as alterações do afeto. Trata-se, então, de patologia grave, que se inicia em idade jovem, com prognóstico velado em grande parcela dos casos. Segundo Kraepelin, de 13% a 17% dos acometidos são curáveis, “com notada frequência incapacitante e evolução pior que outras doenças psiquiátricas” (SONENREICH; ESTEVÃO, 2012, p. 102).

Um grande avanço para a psiquiatria vem com o advento dos psicofármacos. Tais medicamentos buscam a cura ou controle de patologias vividas pelos pacientes, que sofrem com alterações laborais, rupturas de laços de amizade, enfraquecimento de laços familiares e, até mesmo, quebra da biografia do portador. A psicofarmacologia para uso específico nos transtornos psiquiátricos nasce tardiamente em relação a muitos ramos da medicina. Em meados do século XIX, substâncias são sintetizadas em laboratórios para ação no Sistema Nervoso Central (SNC). Dá-se, então, o início do uso dos psicofármacos, drogas de alta seletividade, especificidade e ação no SNC, que trazem em seu bojo medos, preconceitos, cismas e crendices. Temos o exemplo, nestes tempos, das substâncias hidrato de cloral, paraldeído e sulfonal. No fim do século XIX, há um avanço terapêutico proporcionado pelo uso inicial dos barbitúricos.

No século XX, há progresso da psiquiatria biológica, como praticada atualmente. A França passa a conhecer a carbamazepina, medicamento que melhora o humor, como o primeiro fármaco efetivo para o tratamento da esquizofrenia e de outras psicoses. Assim, a psicofarmacologia representa o maior avanço terapêutico em psiquiatria no século XX, conforme analisa Miranda-Sá Júnior.

Inicia então uma fase que conta com cuidados e remédios específicos para os enfermos psiquiátricos. A qualidade do tratamento pode ser efetiva com a descoberta dos fármacos psicotrópicos, que possibilitaram o efetivo enfrentamento das enfermidades mentais. Foi a revolução psicofarmacológica. Pode-se observar que à penicilina, que tratava efetivamente a sífilis, acrescentaram-se os neurolépticos e os antidepressivos, que transformavam os portadores das grandes psicoses em pacientes ambulatoriais. (MIRANDA-SÁ JÚNIOR, 2007, p. 29).

Louzã Neto e Elkis (2007, p. 30) afirmam que, “já em 1920, Klaesi utiliza tais medicamentos para a sonoterapia, método pelo qual os pacientes são mantidos por longos períodos em narcose”. Na década de 1930, tem início uso da indução de convulsões medicamentosas ao paciente, na intenção de melhora em quadros específicos, com von Meduna (1896-1964) usando como indutor da convulsoterapia o metrazol (1934), e, em 1938, Cerletti e Bini introduzem a marca da eletroconvulsoterapia.

Procedimento hospitalar combatido ao extremo, a eletroconvulsoterapia hoje tem indicações específicas na psiquiatria, assim como a estimulação elétrica transcraniana, praticada em ambulatórios médicos⁵. “Apesar do claro abuso deste recurso terapêutico nas décadas de 1940 e 1950, atualmente a eletroconvulsoterapia tem indicação precisa no tratamento dos transtornos afetivos e das síndromes catatônicas” (LOUZÃ, 2007, p. 29).

Descobertas de medicamentos (a exemplo do efeito antimaníaco do lítio, visto por Cade em 1949) movimentam o interesse da classe médica pelo tratamento e profilaxia de doenças com apresentação de quadros maníacos.

A partir da década de 50, disseminou-se o uso de novos medicamentos para o tratamento das doenças mentais. Em 1948, foi descoberta a clorpromazina, dando início ao que levaria à revolução psicofarmacológica.

Em 1952, os pesquisadores franceses Jean Delay e Pierre G. Deniker obtiveram sucesso no tratamento de doenças mentais com uma nova substância – a clorpromazina –, anteriormente ensaiada por Henri-Marie Laborit, para produzir a hibernação. O medicamento mostrou-se capaz de reduzir a agitação psicomotora e diminuir a atividade alucinatória e delirante. Essa ação psicofarmacológica foi então chamada neurolepsia, e os novos medicamentos, neurolépticos.

Com o emprego da clorpromazina, neuroléptico que melhora o humor, inaugura-se uma nova fase da psiquiatria. (ALENCAR; AMARANTE; ALVES, 2002, s.p.).

Em 1957, é apresentado pelo psiquiatra suíço Roland Kuhn a primeira substância com efeito antidepressivo, a imipramina. No mesmo ano, é descoberta a ação antidepressiva da iproniazina, como inibidora da enzima monoaminoxidase (IMAO), abrindo-se as portas para o tratamento de processos depressivos. O primeiro sedativo benzodiazepínico utilizado foi o clordiazepóxido, em 1960. Em 1963, surge o diazepam, que é precursor de uma variada classe de benzodiazepínicos, prescrito por toda classe médica, e não apenas pelos psiquiatras.

⁵ Na década de 30, os neuropsiquiatras italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini iniciam a indução de convulsões com o uso da eletricidade com fins terapêuticos em pacientes psiquiátricos. Obtêm excelentes resultados ao reduzirem o risco suicida a índices aproximados a zero. O tratamento torna-se um método eficaz em transtornos de humor e esquizofrenia (MOSER; LOBATO; BELMONTE-DE-ABREU, 2005). Cerletti inicia o eletrochoque em abril de 1938 em pacientes com alucinações e confusão mental, com bons resultados. Com a colaboração de Lucio Bini, faz diversos experimentos comprovando a segurança na prática clínica e uso corrente, mormente em esquizofrenia e estados de mania (CARDOSO, 1997).

Inicia, então, uma fase que conta com cuidados e remédios específicos para os doentes mentais, mudando a qualidade do tratamento e possibilitando o efetivo enfrentamento dessas enfermidades.

Na segunda metade do século XX, a difusão do tratamento farmacológico, desde os anos 50, e sua eficácia sobre os sintomas, promovida a eficácia curativa, propiciaram uma certa desvalorização dos exaustivos exames diagnósticos e, mais ainda, da teoria que devia embasá-los. A catalogação dos sintomas para o diagnóstico ganhou mais importância do que a indagação sobre os conteúdos [...]. (PESSOTI, 2006, p. 122).

Foi a revolução psicofarmacológica, a chegada dos neurolépticos e os antidepressivos, que transformaram os portadores das grandes psicoses em pacientes ambulatoriais. Segundo Louzã Neto e Elkis (2007), a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os anos 1990 como a “década do cérebro”, com a evolução da neuroimagem na ajuda nos diagnósticos em psiquiatria, de forma especial nos diagnósticos diferenciais, permitindo, inclusive, estudos de imagem *in vivo*. O avanço das neurociências trouxe grandes contribuições ao entendimento do sistema nervoso em aspectos genéticos, fisiológicos e bioquímicos. A neurobiologia dos transtornos mentais pode apresentar novas oportunidades de tratamento. Houve também considerável avanço da farmacologia, com medicamentos mais seletivos para o SNC. As neurociências ganharam cada vez mais *status* de ferramenta privilegiada para a compreensão da mente e do comportamento humano, com o desenvolvimento da neurobiologia e da psicofarmacologia.

2.8 O JOGO DO PODER E O “LUGAR” DA PSIQUIATRIA NA RAZÃO

Pode-se inferir a loucura como um descaminho ao jeito usual de estar no mundo, que acarreta na perda da condição de frequentar e pertencer, eis que é retirada do louco a parcela de cidadania e do poder de escolhas, inerentes à condição de saúde mental.

É que ela simboliza toda uma inquietude, soerguida subitamente no horizonte da cultura europeia, por volta do fim da Idade Média. A loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens. (FOUCAULT, 1995, p. 14).

O conhecimento é produzido por mecanismos diversos, entre a natureza humana e o mundo. Há uma relação de luta e de dominação entre os envolvidos nesse jogo de apropriação do saber, que é revestido de poder. O conhecimento que aprisiona o diferente, o doente, é uma violação das coisas a conhecer, pois não há conhecimento total em relação à loucura. Para Foucault, as relações de luta e de poder excluem aquele que não age segundo os padrões da razão exigidos em dada comunidade.

O aprisionamento do paciente “louco” obedece ao poder que detém o conhecimento. Segundo Foucault (1995), por trás de todo saber existe a luta pelo poder, no caso o poder da razão, do certo, do discurso centrado, e aí se inscreve o aparato institucional dos manicômios, que longe de estar ausente do saber, é tramado em seu seio.

A loucura torna-se uma forma relativa à razão, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. (FOUCAULT, 1995, p. 30).

O desvio da razão para a desrazão, seja na violência incontida e desmotivada, seja na exuberância da imposição da forma pessoal e bizarra de ser e estar no mundo, incomoda e constrange.

Isto é, a loucura só existe em relação à razão, mas toda a verdade desta consiste em fazer aparecer por um instante a loucura que ela recusa, a fim de perder-se por sua vez numa loucura que a dissipa. Num certo sentido, a loucura não é nada: a loucura dos homens não é nada diante da razão suprema que é a única a deter o ser [...]. A loucura não tem mais uma existência absoluta na noite do mundo: existe apenas relativamente à razão [...]. A loucura torna-se uma das próprias formas da razão [...]. De todos os modos, a loucura só tem sentido e valor no próprio campo da razão. (FOUCAULT, 1995, p. 33).

Os estabelecimentos de privação da liberdade existem, tanto na prática, como na organização espacial de poder do Estado. Essas instituições seguem até o século XIX, quase que sem justificação teórica, decidindo o que é socialmente útil para tentar controlar o comportamento dos indivíduos. “De um modo geral, pode-se dizer que, até o final do século XVIII, a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à

normalidade [...]. A medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde” (FOUCAULT, 1980, p. 39).

Para Foucault (1980), numa instituição não interessa descobrir quem tem razão, mas quem domina as fórmulas de enunciação. Interessa vigiar constantemente os indivíduos por meio de quem exerce poder, como os psiquiatras em hospitais e diretores de prisão em penitenciárias, que também constituem um saber sobre quem está sob seus cuidados. A reclusão é uma combinação de controle moral e social, seja num edifício psiquiátrico, seja numa instituição, seja numa arquitetura. Entendemos que as práticas disciplinares, a exemplo da psiquiatria, podem estar a serviço de uma forma de controle e, por que não, também de exclusão. O saber psiquiátrico se forma a partir de um campo de observação exercido na prática, e exclusivamente por médicos que detêm o poder no interior de um campo institucional fechado, o hospital psiquiátrico, onde há uma rede que aprisiona a existência dos homens, seu tempo histórico e social.

As questões estão postas, vagueiam entre o que é normal, ou não; o que é correto, ou não; o que se deve fazer, ou não. Podemos inferir, então, que o autor situa o conceito de loucura para além da visão biológica ao referenciar seus estudos no campo ético social.

Quando a época clássica internava todos aqueles que, em virtude de uma doença venérea, da homossexualidade, da devassidão ou da prodigalidade, manifestava uma liberdade sexual que a moral dos antepassados condenava [...], ela estava realizando uma estranha revolução moral: descobria um denominador comum, a insanidade, para experiências que durante muito tempo estiveram bastante afastadas umas das outras. Agrupava todo um conjunto de condutas condenadas, formando uma espécie de halo de culpabilidade em torno da loucura. [...] Tanto isso é verdade que nosso conhecimento científico e médico da loucura repousa implicitamente sobre a constituição anterior de uma experiência ética do desatino. (FOUCAULT, 1995, p. 92-93).

Os conhecimentos disponíveis organizam o controle e seus mecanismos para agrupar algumas formas de desvios, seguem buscando o lugar de existência e expressão entre os pares, em espaço geográfico e histórico.

Todos esses signos que se tornariam, a partir da psiquiatria do século XIX, os sintomas inequívocos da doença, durante quase dois séculos ficaram divididos ‘entre a impiedade e a extravagância’, a meio caminho entre o profanatório e o patológico – ali onde o

desatino assume suas dimensões próprias. (FOUCAULT, 1995, p. 98).

A prisão, assim como o hospital psiquiátrico, é a forma que sintetiza todas as instituições de sequestro criadas no século XIX. Ela se inocenta de ser prisão, por ser uma instituição aceita pelo homem como qualquer outra. Além disso, inocenta outras instituições de serem espécies de prisões, pois o aprisionamento é a única forma válida de punir aqueles que cometem alguma falta. Até o século XVIII, o corpo foi somente superfície de inscrição de suplícios e penas, que servia para ser castigado em locais de isolamento.

Na verdade, esse homem normal é uma criação. E se é preciso situá-lo, não é num espaço natural, mas num sistema que identifique o *socius* ao sujeito de direito: e, por conseguinte, o louco não é reconhecido como tal pelo fato de a doença tê-lo afastado para as margens do normal, mas sim porque nossa cultura situou-o no ponto de encontro entre o decreto social do internamento e o conhecimento jurídico que discerne a capacidade dos sujeitos de direito (FOUCAULT, 1995, p. 133).

Para Foucault (1995), a perfeita sanidade é uma utopia, e a loucura se firma em um contexto de diagnóstico social. O ponto de encontro entre essas possibilidades é o local de estudo de pessoas sobre tais temas. A partir do século XIX, o portador da loucura não é mais alvo de culpabilidade da sua condição. Caso queira, ele pode adquirir aptidões e certo número de qualidades que o tornem capaz de ser agregado ao seu tempo histórico.

Psiquiatria etimologicamente significa 'Medicina da Mente' (Medicina Mental), ou seja, a parte da medicina que cuida das doenças mentais, da patologia da mente, como é habitualmente aceito. De início, cumpre considerar a dupla condição da Medicina e da Psiquiatria como área do conhecimento científico (disciplina científica) e também como especialidade médica (ramo da Medicina). [...] Há algo que lhe confere certa originalidade ou peculiaridade: a Psiquiatria se encontra exatamente na interface das ciências biológicas e do comportamento humano. É nesta encruzilhada movediça que se movimenta o psiquiatra. (ABP, 2004, p. 2).

Os especialistas em psiquiatria são chamados de psiquiatras ou alienistas. Este último termo, que está hoje em desuso, foi usado até meados do século XX. Em 1802, o médico alemão Johan Christian Reil (1759-1813) usou pioneiramente o

termo “psiquiatria” (*psychiaterie*), que passou a ser usual para designar a especialidade médica que cuida da mente e ficou popularizado no fim do século XIX.

Psiquiatras são médicos que exercem uma profissão regimentada por leis e normas, com um mandato social obtido pela realização de estudos específicos, adquiridos completando um currículo exigido. Fazem parte de organizações de vários níveis (no Brasil, Conselhos Regionais e Federal), associações profissionais (Associação Mundial de Psiquiatria, Associação Brasileira de Psiquiatria). Têm direitos e obrigações legalmente estabelecidas. Eram chamados ‘alienistas’, quando Pinel (1797) recomendava substituir ‘loucura’ por alienação mental. Em 1802, Reil falou de ‘Psiquiatria’ e progressivamente o termo ganhou terreno, sendo, na segunda metade do século XIX, bem estabelecido: psiquiatria, psiquiatras. (SONENREICH; ESTEVÃO, 2012, p. 21).

A prática médica inclui três conceitos complementares, diversos e correlacionados, a saber: o conhecimento, o ensino e a assistência. A psiquiatria, na formação dos médicos, atua dentro da lógica de conhecer, pensar e agir. Segundo Sonenreich e Estevão (2012, p. 22), trata-se de “um corpo de saber construído ao longo dos tempos”.

O meio social contribui para a inautenticidade e a fuga de si mesmo, o que pode provocar a fragmentação do eu e os transtornos mentais, causando danos por vezes irreversíveis, com perdas cognitivas e emocionais, interferindo no funcionamento do paciente e trazendo desafios ao grupamento familiar. Sabemos que o indivíduo é formado por variáveis que incluem fatores genéticos, afetivos, psíquicos, sociais, culturais, simbólicos, sexuais e ambientais, entre outros. Assim, cada um responde aos próprios estressores sociais, na construção da vida dentro de diversas variáveis onde se inclui crenças e peculiaridades culturais. Esse *pool* de dados interagindo com o ambiente na mobilidade social pode ser a base de uma doença psiquiátrica. Nesse sentido, vale ressaltar que

[...] em uma perspectiva teórica, a descrição de determinados transtornos mentais em diferentes contextos socioculturais proporciona evidências para sua significância sindrômica (p. ex., a esquizofrenia é encontrada em todas as culturas) [...], em uma perspectiva clínica, o modelo explicativo para pacientes de origens étnica e cultural diversas ajuda a formular a doença e a responder a ela de formas que sejam apropriadas a tal cultura. [...] Em uma perspectiva de saúde pública, o entendimento da produção social e do curso da doença mental sugere meios para melhorar os resultados ou até prevenir doenças [...]. Os pesquisadores que

estudam o comportamento humano muitas vezes se voltam para a antropologia em busca de exemplos de comportamentos normais e mal adaptativos em várias culturas. Como os teóricos psiquiátricos há muito preveem que as variáveis culturais influenciam o comportamento, estas podem ajudar ainda mais a entender a controvérsia entre a hereditariedade e o meio ambiente, ou seja, quais aspectos são inatos e biológicos, quais são moldados pelo ambiente e como o *feedback* constante entre esses dois aspectos afeta as pessoas. (KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 192).

As individualidades são formadas de acordo com os padrões biológicos e o entorno em que se vive. Assim, o ambiente onde as pessoas nascem e absorvem conceitos forma as bases de leitura e entendimento de si e da apropriação do outro, com suas peculiaridades. Dessa forma, traçam-se trajetórias de entendimento e de negociação com as realidades apresentadas, respondendo a solicitações internas e externas. A psiquiatria entende que a subjetividade faz o mundo de cada indivíduo ter vertentes próprias, reacionais ao meio de onde provém e aos elementos responsáveis por sua formação como ser social. Podemos incluir, naturalmente, elementos da cultura onde cada indivíduo está imerso.

Por sua aplicação à prática psiquiátrica, talvez a melhor definição de cultura seja a fornecida pelo *National Institute of Mental Health's Culture and Diagnosis Group*: a cultura se refere a significados, valores e normas comportamentais aprendidos e transmitidos na sociedade dominante e dentro de seus grupos sociais. A cultura influencia a cognição, os sentimentos e o autoconceito de forma poderosa [...]. (KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 195).

O (a) paciente é parte de um todo cultural, e os (as) profissionais da área de tratamentos em doenças mentais levam em consideração a sua inserção na totalidade da comunidade com todas as variadas vertentes. Assim, para Kaplan e Sadock:

A cultura é um meio onipresente entre os humanos. É motivada pela capacidade única do cérebro de criar imagens e símbolos e de estruturá-los em inteiros complexos, que, por sua vez, podem implicar comportamentos definidos e modular comportamentos instintivos. A capacidade de mediar as funções biológicas por meio de representações (e imagens) simbólicas e da manipulação é significativamente ampliada em humanos, devido à função da consciência que conduz à noção de *self*. (KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 196).

A unicidade também nasce dentro do coletivo, tendo, assim, características dessa matriz maior à qual pertence. Os ritos, as linguagens e os símbolos caminham

entre as gerações. As mudanças que ocorrem nas formas de ver e ler o mundo também fazem parte das negociações, no grupo de pertença. Os valores culturais podem ser inferidos como uma variedade hierárquica de símbolos complexos, que afetam as emoções e os comportamentos dos indivíduos e que, quando comunicados aos outros, afetam o funcionamento social e de grupo.

Todas as culturas desenvolvem processos que facilitam a adaptação e a resolução de conflitos e pressões que causam embates, desvios e desajustes. Essas pressões podem agir de forma ampla sobre grandes grupos sociais e, seletivamente, sobre subgrupos culturais específicos (KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 196).

Diante de pacientes, é motivo de atenção a memória social, individual ou coletiva relatada. É importante ouvir os pacientes, individuando fatos que possam ser relevantes no entendimento do caso apresentado. Devem ser observados os variados aspectos familiares, religiosos, laborais, étnicos, culturais, mesmo os mais restritos, pois adoecimentos (ou mesmo respostas negativas às abordagens terapêuticas) podem ser mais bem entendidos e tratados com acurados cuidados profissionais.

2.9 ABORDAGEM À PSIQUIATRIA NO BRASIL

No Brasil Colônia, não havia cuidados com os (as) doentes mentais, não havia suporte institucional para cuidados desses pacientes. “A assistência aos doentes no Brasil colonial era extremamente precária. A maior parte dos cuidados era prestada por curandeiros de todos os matizes, inclusive sacerdotes católicos” (MIRANDA-SÁ JÚNIOR, 2007, p. 156-158).

Os (as) “loucos (as)” eram aqueles que fugiam dos padrões gerais de aceitação e adequação ao todo social e, na sua comunidade, ocupavam um grupo de exclusão, dos párias em geral, como o (a) mendigo (a), os (as) bêbados (as) contumazes, os (as) aleijados (as), os (as) anões (anãs), os (as) bafejados (as) pela má sorte de algum padecimento. Não existiam cuidados específicos ao (a) doente e, não raro, doenças mentais eram encaradas como efeito de alguma matriz malévola.

Em 1540 é criada a Santa Casa de Misericórdia na cidade de Olinda, em Pernambuco, que dá início ao cuidado nosocomial a doentes no Brasil. Entre 1542 e 1543, é criada a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia em Santos, litoral de São

Paulo; em Salvador, em 1550. Assim, é certo afirmar que a assistência médica inicial no Brasil teve importante ação nas Santas Casas de Misericórdia, para onde acorriam os (as) doentes, aflitos (as), descuidados (as) e abandonados (as) de toda sorte. Sob a égide do catolicismo, essas unidades têm uma lógica própria de ver o sofrimento humano. Também os jesuítas fazem parte desses cuidados aos (as) doentes, com sua característica católica de cuidar das comunidades (AGUIAR, 2010).

Os jesuítas chegaram ao Brasil em 1549, junto com o governador-geral Tomé de Souza, permanecendo no país até 1759, quando foram expulsos [...]. No período em que estiveram aqui, os jesuítas foram importantes não só na catequização dos índios, como na educação e na assistência aos enfermos, atuando principalmente como enfermeiros e boticários, mas também como médicos. No tempo da catequese, eles realizaram intensa campanha para desacreditar os pajés, até substituí-los, junto aos índios, como curadores. Os resquícios da arte médica indígena, fundidos com o que restou da arte africana, persistiram apenas entre os curandeiros e pais-de-santo dos candomblés e dos centros de baixo espiritismo. (AGUIAR, 2010, p. 56).

Naquele contexto permeado de preconceitos e medos, os (as) doentes, no máximo, são acolhidos (as) em locais coletivos, cuja atitude é de abrigar em um mesmo espaço restrito os (as) acometidos (as) de toda sorte de diferenças, assim como os (as) doentes portadores (as) de males mentais.

Os médicos formados eram raríssimos, e mesmo os cirurgiões e barbeiros licenciados dificilmente eram encontrados, a não ser nos centros maiores, e serviam principalmente às pessoas importantes. Não havia especialistas em psiquiatria, mas os hospitais da Irmandade da Santa Casa abrigavam, mais que tratavam, os enfermos mais necessitados. [...] Os hospitais, até o século XVIII, confundiam-se com albergues para pessoas doentes que não tivessem quem cuidasse delas. Os hospitais das Irmandades das Santas Casas de Misericórdia acolhiam e albergavam esses doentes em condições sanitárias muito más, mesmo para aquele momento histórico-social. (MIRANDA-SÁ JÚNIOR, 2007, p. 158).

Com o avanço das forças napoleônicas na Europa e com a expectativa da iminente invasão francesa, o Estado português vê-se numa situação politicamente desfavorável. Assim, sob forte pressão francesa e intenso desgosto dos portugueses, a corte real parte em fuga para o Brasil em 29 de novembro de 1807, chegando em terras brasileiras em janeiro de 1808. Ao chegar ao Brasil, a corte

permanece 36 dias na Bahia, até 26 de fevereiro de 1808, quando inicia viagem para o Rio de Janeiro.

Diante da ausência de avanços na área de cuidados médicos no Brasil, D. João VI, príncipe regente de Portugal, atende ao pedido do cirurgião da Real Câmara e egresso da Faculdade de Medicina de Coimbra, o pernambucano José Correa Picanço, e cria, como citado abaixo, 'húa Escola de Cirurgia no Hospital Real' da Bahia, escola de cirurgia, a primeira do Brasil, fundada em 18 de fevereiro de 1808. A então denominada Escola de Cirurgia da Bahia situava-se no Hospital Real Militar, nas dependências do antigo prédio do Colégio dos Jesuítas, no Largo do Terreiro de Jesus. A Escola de Cirurgia torna-se, em 1965, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Uma carta enviada por Dom Fernando José de Portugal e Castro, então ministro de D. João VI, ao conde da Ponte, cria o ensino médico no Brasil:

Carta Régia de Criação da Escola de Cirurgia da Bahia
Ilmo. e Exmo. Sr.

O Príncipe Regente Nosso Senhor annuindo à Proposta que lhe fez o Doutor Joze Corrêa Picanço, Cirurgião Mor do Reino e do seu Conselho, sobre a necessidade que havia de húa Escola de Cirurgia no Hospital Real desta Cidade para instrucção dos que se destinarão ao exercício desta Arte; tem cometido ao sobredito Cirurgião Mor a escolha de Proffessores, que não ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como bem essencial dela, e a arte da Obstetrícia tão útil como necessária, o que participo a Vossa Excelência por ordem do mesmo Senhor para que assim o tenha entendido, e contribua para tudo o que for promover este importante Estabelecimento. Deos guarde a V. Exa. Bahia 18 de fevereiro de 1808.

Ilmo. e Exmo. Sr. Conde da Ponte, D. Fernando Joze de Portugal
(UFBA, 2016, s.p.).

Mesmo em contexto político desfavorável à coroa, a vinda da família real portuguesa para o Brasil traz uma série de incrementos em diversas áreas, inclusive com ganhos na área da saúde, em que o médico cirurgião José Correa Picanço tem papel de destaque.

A vinda da família real portuguesa para o Brasil teve boas consequências também para a evolução da medicina. Por insistência do Dr. José Corrêa Picanço, primeiro cirurgião da corte, D. João VI criou, em 1808, em Salvador (18 de fevereiro), e depois no Rio de

Janeiro (2 de abril) as primeiras academias médico-cirúrgicas do país. [...]. O curso durava cinco anos [...]. Ao final do curso, o aluno recebia o título de cirurgião-aprovado. [...] Em 1832, D. Pedro II transformou as academias em faculdades de medicina, e o curso passou a ser de seis anos, com um currículo mais aprimorado. [...] Ao final do curso, depois de defender tese sobre tema clínico ou cirúrgico, o aluno recebia diploma de doutor em medicina. (AGUIAR, 2010, p. 87-88).

Segundo Levy (2008), adentrando o século XVIII, havia uma gama de personagens a exercer a arte de curar: barbeiros, boticários e físicos formados em universidades europeias, mas que não praticavam atos cirúrgicos, exclusivos dos cirurgiões. Eles aprendiam com um cirurgião habilitado e prestavam exame diante de autoridade sanitária, adquirindo a “carta de cirurgião-barbeiro”.

Nesta terra abençoada havia, no início, dois tipos de profissionais: os físicos, que exerciam a medicina, e os cirurgiões-barbeiros. Além dos atos operatórios mais comuns na época (amputar, reduzir luxações e tratar ferimentos e fraturas), ainda faziam sangramentos, aplicavam sanguessugas, arrancavam dentes e também cortavam o cabelo e a barba dos seus clientes. Começavam como aprendizes ou ajudantes dos profissionais mais velhos e, depois de experientes na arte, eram examinados. Os aprovados recebiam a “carta de cirurgião-barbeiro”, que lhes regularizava a profissão. Já os físicos estudavam em escolas de medicina europeias, como Coimbra e Salamanca. Havia também os cirurgiões-diplomados – formados em outras escolas europeias, como em Montpellier, na França –, que para aqui vieram, especialmente no século XVIII. (AGUIAR, 2010, p. 57).

Vale ressaltar também a trajetória da formação médica em terras brasileiras, e o início da emissão do título de doutor (a) a médicos (as) formados (as) no país.

Em 1830, um anteprojeto redigido pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi aceito tanto na Câmara como no Senado do Império. As escolas deveriam emitir títulos de doutor em medicina conforme rezava o Plano de Organização das Escolas Médicas do Império. Em 3 de janeiro de 1832, a lei do ensino médico foi assinada pela Regência Trina Permanente, formada por Francisco de Lima e Silva, José da Costa Carvalho e João Bráulio Muniz e referendada pelo Ministro do Império Nicolau Pereira de Campos Vergueiro. [...] Em 16 de setembro de 1834, essa mesma Regência sancionou a Resolução da Assembleia Geral Legislativa, autorizando as Escolas de Medicina e os Cursos de Direito a conferir o grau de Doutor a todos os seus egressos. (LEVY, 2008, p. 1).

A assistência pública aos pacientes nas dependências das Santas Casas não era de cuidado específico aos (às) doentes mentais. Miranda-Sá Júnior (2007)

menciona as precárias condições ao (à) portador (a) de doenças mentais ao longo da história do Brasil. As informações acerca desse cuidado ao doente, em geral, e ao doente psiquiátrico, em particular, são sombrias. Os motivos da assistência inadequada podem ser atribuídos ao fato de que as Santas Casas, inicialmente, tinham uma missão mais de cuidado do que de enfrentamento da doença.

No século XIX, as cidades brasileiras avançam em tamanho, população e diversidade de problemas. A mudança de fisionomia dessas cidades cria transtornos antes inexistentes, como a presença de doentes mentais deixados (as) ao descuido das ruas por parentes, gerando demandas ao Estado.

[...] por outro lado, criou, ampliou e expôs novos problemas sanitários. Um deles dizia respeito aos enfermos psiquiátricos, que, se eram inoperantes nas pequenas comunidades rurais, tornavam-se visíveis e perturbadores no meio urbano. Cuidar deles se transformou em um ônus difícil de ser suportado até pelas famílias, tanto no plano objetivo como no subjetivo. (MIRANDA-SÁ JÚNIOR, 2007, p. 158).

Em 1852, é inaugurado, no Rio de Janeiro, o primeiro hospital destinado a alienados (as) mentais no Brasil. Criado por decreto de D. Pedro II, o hospital nasce sob os cuidados de religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Posteriormente, em 1881, é criada a cadeira de doenças nervosas e mentais, para ensino no local. O Hospício de D. Pedro II passa a receber pacientes oriundos (as) das Santas Casas de todo o país.

Entre as décadas de 1950 e 1960, ocorre um movimento para mudança no atendimento ao (à) paciente portador (a) de doença mental. Surgem propostas que visam priorizar atendimentos ambulatoriais, com a manutenção das hospitalizações em quadros agudos. Recursos foram destinados à psiquiatria e alocados principalmente em unidades sanitárias, como anexos de hospitais psiquiátricos públicos. Essas formas de atendimento em anexos, em locais distintos e separados, geram e mantêm a segregação psiquiátrica, tanto de pacientes, quanto de profissionais da área. Esses cuidados ambulatoriais não logram êxito, e desmoronam ante dificuldades diversas. O modelo continua hospitalocêntrico; os (as) pacientes com doenças mentais são direcionados (as) aos hospitais psiquiátricos.

O ser humano possui uma gama de demandas sociais, pessoais, financeiras e físicas, entre outras, e pode fragilizar-se diante de acontecimentos maiores que a

sua capacidade de suportar os estressores sociais. O movimento da antipsiquiatria tem base em modelos sociogenéticos e mesmo político-partidários. Nascida da sociogênese e da psiquiatria política, a especialidade tem sido alvo de reducionismos e mesmo distorções.

E, por fim, a negação da ciência, a anticientificidade anárquica representada entre nós pela Antipsiquiatria. Esta última valeu-se da vulnerabilidade do corpo teórico-doutrinário dos conhecimentos psiquiátricos e de suas deficiências assistenciais, a fim de condenar o exercício da especialidade e negar a existência do doente mental [...]. Na atualidade, praticamente moribunda, a Antipsiquiatria sobrevive através do movimento antimanicomial, de aparência justa. (ABP, 2004, p. 3-4).

Os movimentos que desenvolvem trabalhos contra as formas de tratamento dos (as) pacientes psiquiátricos (as), notadamente os “loucos”, alegam a ausência de liberdade destes em agir segundo a própria escolha e determinar como querem levar a vida e a doença.

A psiquiatria biológica pretende trabalhar e explicar as patologias com levantamentos epidemiológicos e confecção de modelos e questionários ao (à) paciente, o que confere uma face apenas biológica à especialidade.

Vamos encontrar a superação de grande parte dos problemas enfrentados em tratamentos (ou no controle de patologias da mente) na descoberta e evolução dos fármacos psicotrópicos, como os neurolépticos e antidepressivos. Os medicamentos propiciaram uma revolução no enfrentamento das doenças psiquiátricas, transformando efetivamente pacientes que seriam mantidos em regime de internação em pacientes ambulatoriais.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, deu início à Reforma Psiquiátrica no Brasil, e concebe um modelo aberto para tratamento de portadores de transtornos mentais. Dispõe sobre a proteção e direitos dos doentes mentais, incluindo os (as) dependentes de álcool e drogas (BRASIL, 2001). Trata da redução, de forma programada, dos leitos psiquiátricos de longa permanência, e da sua locação em hospitais gerais, que passariam também a atender as emergências psiquiátricas.

O Ministério da Saúde, em suas atribuições, criou a Rede de Assistência Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro 2011, dentro dos planos da Política Nacional de Saúde Mental, advogando mecanismos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, na intenção de trazer o (a) doente mental

para locais mais próximos da comunidade e da família (BRASIL, 2011). Na íntegra, prevê a Portaria nº 3.088/2011 no Artigo 3º:

I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011, s.p.).

O Artigo 5º dispõe sobre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial, estabelecendo uma ordenação entre eles e a inclusão dos (as) portadores (as) de transtornos mentais de qualquer ordem nos programas de atendimentos, desde a atenção básica, como podemos observar:

I - A atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) Equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de consultório na rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II – Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência – pronto-socorro; e) Unidades básicas de Saúde, entre outros; IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção : a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Enfermaria especializada em Hospital Geral; b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - Reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011, s.p.).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que integram a RAPS como modelo substitutivo à atenção hospitalar, fazem atendimentos em saúde de caráter aberto e comunitário, com equipe multiprofissional, que atua em caráter multidisciplinar, na área territorial do (a) paciente com familiares. A rede CAPS tem por base atender doentes mentais e usuários (as) de substâncias psicoativas de forma nociva. Esse modelo apresenta a possibilidade de inclusão do (a) portador (a)

de transtornos mentais na comunidade, com acompanhamento e atenção nas necessidades, aproximação com familiares e cuidadores (as), em situação extra-hospitalar, passando grande parte dos cuidados a esses (as) doentes, como administração de medicamentos, marcação de consultas e comparecimentos, cuidados pessoais, alimentação, vestuário etc. Pacientes compensados (as) podem e devem voltar a suas atividades e funções, o que é proporcionado por atenção e cuidados de familiares ou cuidadores (as), e das equipes que trabalham com portadores de transtornos mentais.

Na atualidade, está em curso a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a implementação, e mesmo ampliação, de serviços que possam substituir os espaços hospitalares. A atenção aos (às) doentes mentais e usuários (as) de substâncias psicoativas tem especial local de atenção com a implementação da RAPS. O hospital psiquiátrico passa por desativação e os (as) pacientes são encaminhados aos hospitais gerais nas emergências. Os pacientes (as) estabilizados devem ser atendidos (as) pela rede CAPS, em ambulatórios e programas de observação em leito.

2.10 SITUANDO A PSIQUIATRIA NA BAHIA: O MARCO DO HOSPITAL AFRÂNIO PEIXOTO EM VITÓRIA DA CONQUISTA

Quando a família real portuguesa, em fuga da Europa, chega à Bahia em 1808, de passagem por Salvador, o príncipe regente de Portugal D. João VI funda a Academia Médico Cirúrgica da Bahia, que vem a ser a mais antiga do Brasil. A partir daí, tem início os estudos e avanços do exercício da medicina no país.

Em 24 de junho de 1874, é fundado, em Salvador, o hospital que, desde 1933, leva o nome de Juliano Moreira⁶, e que vem atendendo os (as) acometidos (as) por processos psiquiátricos.

⁶Juliano Moreira (1873-1933), baiano de Salvador, é frequentemente designado como fundador da disciplina psiquiátrica no Brasil. Sua biografia justifica tal eleição [...] ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia aos 13 anos, graduando-se aos 18 anos (1891). [...] Cinco anos depois, era professor substituto da seção de doenças nervosas e mentais da mesma escola (GALDINI; DALGALARRONDO, 2000). Juliano Moreira (1873-1933) trabalhou avaliando casos clínicos e modelos assistenciais nesta área, foi ativo colaborador da Gazeta Médica da Bahia e dedicado diretor do Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro. Em 1933, ano do seu falecimento, o governo da Bahia resolve homenagear o grande mestre nomeando o hospital como Juliano Moreira, o que só vai ocorrer em 1936 após uma lei com a devida permissão (SOUSA, 2009; TARELOW, 2018).

O Hospital Afrânio Peixoto (HAP)⁷ nasce com a intenção precípua de diagnosticar, mitigar e levar tratamento aos (às) doentes psiquiátricos (as) da região. Desde seu início operacional, foi seu diretor o médico psiquiatra Djalma Vieira e Silva, então egresso do serviço de Psiquiatria do Hospital Juliano Moreira, em Salvador. Esse médico foi diretor do Hospital Afrânio Peixoto por 47 anos.

O primeiro relatório resumido apresentado pelo então diretor registra que a unidade foi inaugurada em 6 de novembro de 1966; as atividades ambulatoriais foram iniciadas em 1º de agosto de 1966, antes mesmo da inauguração oficial. O hospital tinha “a capacidade de abrigar 150 pacientes em estado agudo” (HAP, 1966, s/p.). No relatório, encontra-se este registro:

Não se pode fugir à evidência de que este Nosocômio constitui valioso subsídio ao progresso de Vitória da Conquista, cada dia mais acentuado, quer pelo que ele representa, como instituição hospitalar de assistência aos doentes mentais desta cidade e das localidades circunvizinhas, quer ainda por sua alta expressão patrimonial. (HAP, 1966, s/p.).

Atendendo à filosofia de priorizar o atendimento ambulatorial, efetuando internações apenas sob orientações e quadros específicos, o Hospital Afrânio Peixoto completou 50 anos de atuação em novembro de 2016, operando com 21 leitos dos 150 leitos iniciais. Por várias razões, os leitos foram sendo diminuídos, como no ano de 1986, quando os então 80 leitos foram reduzidos a 60, cumprindo instruções da Coordenação Hospitalar do Instituto de Saúde do Estado da Bahia (ISEB).

O Hospital Afrânio Peixoto foi fechado em abril de 2018, seguindo o modelo da Reforma Psiquiátrica que preconiza o fechamento das unidades hospitalares psiquiátricas, com a desinstitucionalização dos (as) pacientes psiquiátricos (as). Os pacientes foram alocados numa ala e enfermarias das dependências do antigo Hospital Crescêncio Silveira, hoje pertencente ao Hospital Geral de Vitória da Conquista, conhecido como Hospital de Base. Essas enfermarias contam, atualmente, com 21 leitos remanescentes dos 150 leitos dos tempos da inauguração do Hospital Afrânio Peixoto em 1966.

⁷ Em 1966, foi fundado o Hospital Afrânio Peixoto (HAP), em Vitória da Conquista, Bahia. O médico baiano Júlio Afrânio Peixoto (1876-1947) foi contemporâneo de Juliano Moreira e também diretor do Hospital de Alienados, na capital brasileira entre 1904 a 1906 (BRASIL, 2019).

O Hospital Afrânio Peixoto, unidade da Secretaria da Saúde do Estado (SESAB), especializado em psiquiatria, instalado em Vitória da Conquista, no Sudoeste do Estado, será completamente reformado. Após a reabertura, o hospital mudará de perfil e funcionará como uma referência para o Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), com leitos de enfermagem e centro cirúrgico para pequenos procedimentos.

Para que não haja descontinuidade no atendimento psiquiátrico na região, leitos da especialidade serão abertos no HGVC. Haverá ainda uma estruturação do serviço ambulatorial na Unidade de Saúde Crescêncio Silveira. Além disso, há expectativa de que serviços municipais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e unidades básicas de saúde, absorvam algumas demandas.

Para alinhar as ações da continuidade da assistência, uma reunião com o secretário da Saúde do Estado, Fábio Vilas-Boas, a secretária de Saúde de Vitória da Conquista, Ceres Almeida, representantes do Ministério Público Estadual e técnicos da SESAB foi realizada nesta quinta-feira (02), na sede da SESAB, em Salvador.

De acordo com Fábio Vilas-Boas, o Hospital Afrânio Peixoto terá suas atividades suspensas em março. 'É uma unidade antiga que está com a estrutura física comprometida e, para que possa atender esse novo perfil, precisa de uma reforma completa', afirmou o Secretário. (BAHIA, 2017, p. 1).

A Política de Saúde Mental advinda da Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216, elenca um modelo substitutivo, os CAPS, para tratamento prioritariamente ambulatorial e redução de leitos psiquiátricos de longa permanência (BRASIL, 2001). O atendimento ambulatorial vem sendo triado para os CAPS das cidades de origem de cada paciente. Dessa forma, o (a) doente passa a ter um vasto suporte de ambulatorios, numa clínica centrada no sujeito com total acesso ao bem público da saúde. Este é o desafio lançado ao Sistema Único de Saúde (SUS), nesse caso, por meio dos CAPS.

Até aqui, demos seguimento ao processo de situar nosso objeto de estudo, acrescentando um panorama da psiquiatria no Brasil, na Bahia e em Vitória da Conquista. Passamos a apresentar os resultados da pesquisa que realizamos junto a médicos (as) psiquiatras.

Como tópico inicial, realizamos uma entrevista semiaberta e semiestruturada com o então diretor do Hospital Afrânio Peixoto, e por 47 anos, o médico Djalma Vieira e Silva.

2.11 CLASSIFICAÇÃO DAS ENFERMIDADES PSIQUIÁTRICAS

Como especialidade médica, a psiquiatria existe entre termos e classificações, como podemos observar nas descrições do CID e DSM. É necessário também atentar-se em alguns detalhes de diagnóstico e noções conceituais que a psiquiatria faz uso no manejo da loucura. Podemos ver no artigo citado abaixo, na Revista Brasileira de Epidemiologia:

Os termos “queixas médicas, moléstia, enfermidade, doença crônica, distúrbio, limitações funcionais, deficiência e incapacidade para o trabalho” representam fenômenos complexos e mal definidos. A deficiência muitas vezes não pode ser observada diretamente, mas pode ser inferida a partir de causas presumidas (prejuízos, danos) com suas distintas consequências, isto é, uma restrição ou incapacidade para desempenhar normalmente vários papéis, principalmente de trabalho. (NUBILA; BUCHALLA, 2008, p. 324-335)

Na psiquiatria, além da complexidade das suas interfaces, existe a característica específica da dificuldade em exames complementares como adjuvantes em diagnóstico e seus sucedâneos. As próprias classificações deixam espaço para que as interfaces sejam vistas e levadas em consideração em estudos, diagnósticos e tratamentos. Afirma Louzã Neto e Elkis:

[...] ao contrário do que ocorre nas outras áreas da medicina, nos transtornos mentais não há indicadores específicos e bem estabelecidos para esse ou aquele transtorno, bem como não existem exames complementares que identifiquem decisivamente a etiologia ou permitam o diagnóstico diferencial, exceto em algumas condições neuropsiquiátricas, por exemplo, demência por neurosífilis ou herpes. [...] Assim, mesmo nas condições nas quais o diagnóstico está bem-definido, pode haver necessidade de se estabelecer o impacto que doença está causando. (LOUZÃ NETO; ELKIS 2007, p. 89-90).

Para Louzã Neto e Elkis (2007, p. 90), o termo transtorno em da tradução da palavra inglesa *disorder*, “[...] na CID 10 é equivalente hierarquicamente superior à expressão ‘síndrome’”.

Um conceito importante na discussão é o de saúde, para o qual podemos utilizar como referência o conceito sugerido pela OMS (“*um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença*”). Outros conceitos são de definição igualmente difícil e controversa, como o de doença (alteração objetivamente

reconhecível e evidenciável, de etiologia conhecida, que ocasiona sofrimento do paciente), síndrome (conjunto de sintomas que estão ligados a diversas entidades mórbidas) e distúrbio (sinais ou sintomas clinicamente reconhecíveis, relacionados a sofrimento pessoal ou na interação interpessoal) e o de transtorno mental. Spitzer e Endicott (1978) sugeriram uma definição para transtorno mental: 'É o transtorno médico cujas manifestações são primariamente sinais ou sintomas de natureza psicológica (comportamental). Se forem de natureza física podem ser compreendidos apenas por meio de conceitos psicológicos'. (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007, p. 40-41).

Conceituar saúde não é uma tarefa simples, pois diversas condições contribuem para alguma mazela, em diversas especialidades médicas. Portanto, podemos inferir que o conceito de saúde não deve ser fechado, sem possibilidade de outras avaliações. As doenças da mente, ou seja, as doenças psiquiátricas, são exemplos clássicos de padecimentos sem alteração de grande monta estrutural ou química evidenciável.

São inegáveis os ganhos que trouxeram os atuais sistemas de classificação, entretanto, alguns "efeitos colaterais" de um sistema provisório aberto a mudanças são aparentes. Primeiro, os critérios explícitos do DSM-IV ainda sofrem da falta de coerência teórica, portanto é vulnerável às influências das forças ideológicas, políticas e mercadológicas. Segundo, as falhas que ainda não foram suplantadas na configuração desse sistema de classificação limitam sua utilidade e permitem interpretações errôneas ou mau uso dos seus critérios. (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007, p. 41).

Os diagnósticos devem ser buscados em sua acurácia de forma perene, pois podem vir sobrepostos, sendo que, em psiquiatria, pode-se sempre pensar em mais de uma patologia, descrita como comorbidade. Ademais, estar sempre atento para morbidades outras, que não psiquiátricas, que podem cursar ao mesmo tempo. Como já observado, condições não patológicas como gravidezes sem intercorrências, também são alvo de intenso cuidado por parte dos psiquiatras.

2.12 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS

A Classificação Internacional das Doenças (CID) é publicada e de responsabilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo por mister padronizar a codificação e a padronização de linguagem, bem como normatizar

condutas médicas. A cada agravo à saúde é atribuído um grifo na CID. Atualmente, a CID 11 já está pronta para uso, o que deve ocorrer a partir de 2020. A saúde pública, defendida pela ONU, tem o papel do zelo pelas condições de saúde da humanidade.

[...] primeira Classificação Internacional de Doenças (CID) foi aprovada em 1893 e, desde então, vem sendo periodicamente revisada. A última, a décima revisão (CID-10), foi aprovada em 1989. A partir de 1989, foram estabelecidos mecanismos para atualizar a CID-10, o que não ocorria antes. A próxima revisão (CID-11) provavelmente será publicada em 2015. Os mecanismos para atualizar a CID-10, incluíram a criação do Grupo de Referência de Mortalidade (*Mortality Reference Group* – MRG) em 1997, e do Comitê de Revisão e Atualizações (*Update & Revision Committee* – URC) em 2000. Em 2007, foi criado o Grupo de Referência em Morbidade (*Morbidity Reference Group* – MbRG), que passou a discutir mais detalhadamente questões para atualização relacionada à Morbidade. (LAURENTI *et al.*, 2013, p.1-2).

A CID nasceu como um meio de categorizar e quantificar patologias, e num primeiro momento trabalhou muito em causas de óbitos. Vejamos a menção abaixo, a Bertillon, e a primeira classificação adotada, em 1893:

[...] O relatório desse comitê foi apresentado por Bertillon na reunião de 1893, em Chicago, do Instituto Internacional de Estatística, que o adotou. O trabalho de Bertillon baseava-se na classificação de causas de morte que era usada pela Cidade de Paris e que representava, desde a revisão feita em 1885, uma síntese das classificações inglesa, alemã e suíça (OMS, 1980, p. X).

Com o interesse crescente, veio a categorizar pacientes internados e hoje é amplamente utilizada a nível ambulatorial e hospitalar, com todas as possibilidades estatísticas que derivam do seu uso. Permite, também, unificar a linguagem médica e conseqüentemente diagnósticos, tratamentos, enfim, todos os enfrentamentos necessários.

No Brasil, o uso da CID é compulsório e é base de dados para desenvolvimento de estatísticas em morbidade e mortalidade. O uso é ambulatorial, hospitalar e por causa de óbitos.

[...] o uso da CID é compulsório para compor a base de códigos de todas as informações em Mortalidade (Portaria GM/MS no 1832/94, publicada no DOU no 218, de 03 de novembro de 1994) e em Morbidade (Portaria 1311/GM de 12 de setembro de 1997). Os códigos da CID são utilizados no SIM (Sistema de Informação em Mortalidade), no SIH (Sistema de Informação de Internações Hospitalares) e no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), ou mesmo no campo destinado ao diagnóstico de malformações congênitas na Declaração de Nascidos-Vivos que está incluído no SINAC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos). (LAURENTI *et al.*, 2013, p.3 - 10).

A CID-11, apresentada em 2015, tem esperada utilização a partir de 2020. Está em contexto atualizado, e faz referências às patologias e suas variáveis. Naturalmente, será necessário reavaliá-la à medida que ocorrem evoluções e mudanças no setor, assim como crescem as formas de interdisciplinaridade que podem ser contempladas pela OMS.

O Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM), é a psiquiatria através das observações em psicopatologia, com a visão do diagnóstico empírico.

Araújo e Lotufo Neto (2014) afirmam que as primeiras tentativas de fazer um censo das doenças psíquicas, com objetivo estatístico apenas, iniciaram em 1840, nos Estados Unidos, e usavam como critério de inclusão a idiotia e a loucura. Após quase meio século, em 1880, já se fazia censo usando a quantia de sete categorias, a saber: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. No século XX, em períodos de guerra e observando os efeitos nos veteranos, o exército norte-americano inicia uma categorização mais ampla. Em 1948, a OMS inclui uma sessão de transtornos mentais no CID-6. Em 1953, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publica a primeira edição do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM), com foco na aplicação clínica do mesmo, que trazia apenas uma lista de diagnósticos categorizados, e um glossário com a descrição clínica a cada categoria listada.

Apesar de rudimentar, o manual serviu para motivar uma série de revisões sobre questões relacionadas às doenças mentais. O DSM-II, desenvolvido paralelamente com a CID-8, foi publicado em 1968 e era bastante similar ao DSM-I, trazendo discretas alterações na terminologia. Em 1980, a APA publicou a terceira edição do seu manual introduzindo importantes modificações metodológicas e estruturais que, em parte, se mantiveram até a recente edição. Sua publicação representou um importante avanço em termos do

diagnóstico de transtornos mentais, além de facilitar a realização de pesquisas empíricas. (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014, p. 67-82).

O DSM III foi publicado em 1980, com 265 categorias e 494 páginas, apresentando um aspecto objetivo, descritivo e critérios diagnósticos explícitos. Usando um sistema multiaxial, torna-se fundamental para coletas de dados estatísticos e ferramenta para pesquisadores, além de seu uso clínico. Em 1987, é publicado com revisões o DSM III-R, com 567 páginas e 292 diagnósticos. O aumento de pesquisas, revisões e testes de campo levaram a APA a publicar o DSM-IV, em 1994. Com critérios mais claros e precisos, as pesquisas avançam e se tornam cada vez mais numerosas e criteriosas, com dados de campo. No ano 2000, uma revisão é publicada no DSM-IV-TR, que tem validade formal até o início do ano 2013, quando entra o DSM-V, com a data oficial de 18 de maio de 2013, após 12 anos de preparação e a conjunção de vários profissionais do mundo todo, sendo útil na clínica e na pesquisa.

Em seu aspecto estrutural o DSM-5 rompeu com o modelo multiaxial introduzido na terceira edição do manual. Os transtornos de personalidade e o retardo mental, anteriormente apontados como transtornos do Eixo II, [...] se uniram aos demais transtornos psiquiátricos no Eixo I. Outros diagnósticos médicos, costumeiramente listados no Eixo III, também receberam o mesmo tratamento. Conceitualmente não existem diferenças fundamentais que sustentem a divisão dos diagnósticos em Eixos I, II e III. O objetivo da distinção era apenas o de estimular uma avaliação completa e detalhada do paciente. Fatores psicossociais e ambientais (Eixo IV) continuam sendo foco de atenção, mas o DSM-5 recomendou que a codificação dessas condições fosse realizada com base no Capítulo da CID10-CM, Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde [...]. Por fim, a Escala de Avaliação Global do Funcionamento, anteriormente empregada no Eixo V, foi retirada do manual. [...]. A APA continua recomendando a aplicação das diversas escalas que possam contribuir com cada caso e apresenta algumas medidas de avaliação na Seção III do DSM-5. (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014, p. 67-82).

O DSM-V nasceu prenhe de críticas, sendo a patologia definida em referência ao agrupamento de sintomas, que desconsidera a narrativa do paciente.

Em uma visão mais ampla é possível aceitar que, apesar das muitas limitações, o uso do DSM-5 permite obter informações importantes sobre indivíduos diagnosticados com determinado transtorno mental. É possível inferir que pacientes com o mesmo transtorno, dividindo

traços semelhantes, possam apresentar comportamentos semelhantes. Da mesma forma, nomear classes de respostas pode auxiliar na identificação de comportamentos similares entre si. Além disso o uso do manual da Associação Psiquiátrica Americana viabiliza a comunicação entre profissionais fornecendo uma padronização na linguagem psiquiátrica e facilitando o diálogo entre as diferentes áreas. (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014, p. 67-82).

A padronização de linguagem entre os profissionais deve ser sempre buscada, na intenção de unificar o diálogo. Muitas vezes, em medicina, existe uma fronteira tênue entre patologias ou normalidade/doença. É necessário refinar o diagnóstico.

A ideia da criação do DSM, da APA, mormente a partir de 1980, está alinhada com uma normatização de estudos, diagnósticos, denominações e condutas. A condição precípua é criar uma equivalência para denominações/diagnósticos em psiquiatria que favoreçam ao paciente, à pesquisa e aos dados estatísticos. Criar uma linguagem comum e universal reporta ganhos a todos os envolvidos. Podem ser avaliados os limites difusos, que podem proporcionar a inclusão de pacientes que na realidade não estão doentes, ou apenas passam por situações que podem ser resolvidas.

Na atualidade está em vigor o DSM-V, convivendo com críticas eis que, naturalmente, não se trata de um manual acabado. Numa linguagem acessível, com aspecto atóric e operacional, facilita o entendimento e alocação de diagnóstico, mormente aqueles pacientes que cursam com comorbidades.

No dia 18 de maio de 2013, foi editada a última versão revisada do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), conhecida como DSM-V (APA,2013). Diversas vozes mostraram sua oposição a esta nova edição de um manual que, repetindo o modelo das versões anteriores, apresenta grandes fragilidades epistemológicas, limitando-se a elencar uma lista de sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais. (CAPONI, 2014, p. 742).

Um diagnóstico e seu tratamento imediato, mediato ou tardio é uma forma, também, de rotulação do indivíduo com todas as consequências cabíveis, sejam elas acadêmicas ou forenses.

3 MÉDICOS (AS) PSIQUIATRAS: VISÕES DO LOUCO E DA LOUCURA

Para analisar as representações dos saberes que médicos e médicas da área da psiquiatria acumulam socialmente, individualmente e coletivamente acerca do louco e da loucura, como já anunciamos na metodologia desse trabalho, apoiamos nos na Teoria da Memória, e aportamos contribuições da Teoria das Representações Sociais.

A seguir, apresentamos os resultados das entrevistas, sendo uma, como já ressaltamos, com um médico de indelével representação no seio da psiquiatria em Vitória da Conquista e região, com o intuito de evidenciar que o relato de sua experiência representa um marco na memória da psiquiatria, em nossa região. Depois, temos as outras dez entrevistas, que foram realizadas com 5 (cinco) médicos e 5 (cinco) médicas, que também trabalharam direta ou indiretamente no hospital dirigido pelo médico mencionado. Vamos tratar mais especificamente das memórias e representações sociais construídas durante os seus processos formativos e durante o desenvolvimento da carreira de psiquiatras, no intuito de situar as visões que permeiam esse universo.

3.1 A MEMÓRIA DE UM LÍDER DA PSIQUIATRIA EM VITÓRIA DA CONQUISTA

Difícilmente poderíamos falar da psiquiatria em Vitória da Conquista e na região Sudoeste da Bahia sem mencionar o médico psiquiatra Djalma Vieira e Silva, diretor do hospital psiquiátrico estadual da região, o Hospital Afrânio Peixoto (HAP). Ele exerceu tal função de 6 de novembro de 1966 a 2013, perfazendo quase cinquenta anos de jornada. Em parceria com colegas, ele comandou atividades como reuniões com familiares dos pacientes, carpintaria no hospital, horta comunitária. Promovia jogos entre pacientes, médicos (as) e funcionários (as), passeios pela cidade com os (as) pacientes, num cuidado constante de integração.

Trata-se de um homem prezado no seio da comunidade, e bastante respeitado como mentor do desenvolvimento da psiquiatria local. É um estudioso, que compôs sua história com a psiquiatria rememorando autores e teorias, que contam com sua predileção, além do apreço aos (às) mestres (as), desde a escola elementar, passando pelo padre Palmeira, um erudito local, até os professores do Hospital Juliano Moreira, escola primeira de sua formação como psiquiatra.

Djalma Vieira, o terceiro de oito irmãos, nasceu em Vitória da Conquista, em 1940, onde iniciou os estudos e concluiu o curso primário na Escola São José, a qual ele reporta como a melhor escola à época, que era dirigida pela professora Helena Cristália. Fez admissão ao curso ginásial no colégio conhecido popularmente como Ginásio do Padre, por ser dirigido pelo padre Palmeira. Demonstrando apreço pelos (as) mestres (as), cita nominalmente o professor Moura, Gustavo, o alemão Meyer, professor de matemática, sua esposa Beatriz, que ensinava línguas, e o professor padre Palmeira, a quem Djalma considera “uma sumidade”.

Graduou-se em medicina em 3 de dezembro de 1965, pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em Salvador, num grupo de 45 formandos (as). Durante o curso, trabalhou como discente concursado na Maternidade Tsyla Balbino, e também concursado e bolsista no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira. Nesse nosocômio, então com 1.200 leitos, localizado no Bairro Boa Vista de Brotas, fez os primeiros contatos efetivos com doentes mentais.

Relata o trabalho de rotina com a eletroconvulsoterapia em pacientes com quadros onde se aplicava essa modalidade de tratamento

Apresentando boa resposta terapêutica, nessa época feita ainda sem uso de anestésicos, a eletroconvulsoterapia é uma terapêutica que utiliza impulsos elétricos, promovendo disparos rítmicos, prescritos pelos psiquiatras em situações patológicas específicas. Esta terapêutica é atualmente usada com sedação, em ambiente hospitalar, com alta ao paciente no mesmo dia. (Dr. Djalma Vieira e Silva, entrevista em sua residência, 2019).

Há um marco de memória que se ampara, inicialmente, na pertença familiar, onde a doença fez-se presente de forma indelével.

Djalma conta que, em Salvador, “morava no local, no Solar que fora fazenda e residência de Castro Alves, ocupava a torre onde os relatos indicam ser o espaço de onde o poeta observava os navios em movimento na Baía de Todos os Santos”. Ao término do curso, prestou concurso público para o estado da Bahia, para médico psiquiatra. Como fora aprovado em primeiro lugar, poderia escolher o local de trabalho.

O diretor do Hospital Juliano Moreira, seu professor Raimundo Rocha Filho, ponderou que seria interessante que ele, como filho da terra, deslocar-se para Vitória da Conquista, “local de importante entreposto comercial e entroncamento

rodoviário”, onde seria responsável pelo novo hospital psiquiátrico, o Hospital Afrânio Peixoto (HAP).

Depois de refletir, decidiu acatar a opinião do professor, retornando, então, para Vitória da Conquista, onde iniciou sua trajetória como diretor do Hospital Afrânio Peixoto. O médico fez questão de afirmar: “Eu não me envolvo em política, as fotos de governadores que tinha nas paredes eram eles que mandavam colocar”.

A história desse médico se confunde com a própria história institucional do Hospital Afrânio Peixoto.

O entrevistado conta que o Hospital Afrânio Peixoto foi pensado pelo diretor do Hospital Juliano Moreira, o professor Raimundo Rocha Filho, e pelo diretor da Fundação Hospitalar do Estado da Bahia, Aristides Novis Filho. O nome dado à instituição foi uma homenagem ao médico baiano Júlio Afrânio Peixoto, figura exponencial na psiquiatria brasileira, assim como seu contemporâneo Juliano Moreira. Inaugurado em 6 de novembro de 1966, com capacidade de 150 leitos para pacientes em estado agudo, o Hospital Afrânio Peixoto iniciou suas atividades ambulatoriais antes mesmo da data da inauguração oficial.

Na inauguração do hospital, em 1966, conheceu a viúva de Afrânio Peixoto, que viera do Rio de Janeiro para participar da homenagem póstuma ao esposo. Também estavam presentes o professor emérito de neurologia Raimundo Rocha Filho, diretor do Hospital Juliano Moreira; Aristides Novis Filho; Orlando Leite, então prefeito da cidade e que fora seu professor de português; Dr. Joaquim, médico do Juliano Moreira, além de autoridades locais.

Para ele, o Hospital Afrânio Peixoto era diferente do Hospital Juliano Moreira, local da sua idealização. Criado segundo os preceitos da reforma psiquiátrica então em voga, como a filosofia de internação apenas nos casos de urgência, promovia atividades ambulatoriais que visavam à saúde e à higiene mental do paciente. Djalma reforça a assertiva de que o hospital surgiu diferentemente do Hospital Juliano Moreira, que operava com mais de mil leitos e centrava a atenção em internamentos. À época, já ocorria a reforma psiquiátrica, com opção por tratamentos ambulatoriais, e foi esta a concepção de trabalho do hospital psiquiátrico em Vitória da Conquista, desde a fundação.

Segundo ele, desde o início das atividades do Hospital Afrânio Peixoto, havia a expectativa de menor tempo possível de internação para pacientes, tendo sido estabelecido um tempo ótimo de permanência entre 12 e 34 dias, chegando a uma

média de 60 dias em casos específicos. O funcionamento do ambulatório sempre foi o ponto máximo de referência para trabalhar com os (as) pacientes, com alta aos (às) portadores (as) de condições crônicas, mantendo acompanhamento ambulatorial. Lamenta o abandono de pacientes por parte de familiares, que os (as) deixavam aos cuidados do hospital, gerando pacientes de longa permanência.

Assim, fica claro que as ideias da reforma psiquiátrica sempre foram a base para os trabalhos no hospital, como vinha ocorrendo em diversos países.

Nas entrevistas realizadas com médicos (as) durante a pesquisa, pelo menos três deles (as) fizeram referências à presença constante de Djalma Vieira no hospital, sempre à frente dos cuidados médicos aos (às) pacientes, da apresentação e discussão de casos clínicos, da atenção a cuidadores (as) e familiares, ao zelo com os aspectos jurídicos dos (as) portadores (as) de doenças incapacitantes, ao acolhimento individualizado, ao vasto quadro de recursos humanos e ao seu aprimoramento, além de detalhes da administração laboriosa de um nosocômio.

Há, nessas entrevistas, uma referência comum a esse médico como depositário de uma integralidade única, que conta o respeito e admiração dos (as) profissionais que trabalharam ao seu lado, em clima de reverência à sua entrega à arte da cura ou mitigação das doenças psiquiátricas, ao seu protagonismo à frente do Hospital Afrânio Peixoto.

Quando indago sobre o motivo da escolha pela psiquiatria, ele argumenta que “são vários motivos, várias razões”, desde pessoais, às oportunidades oferecidas e ao pendor de lidar com as patologias da psiquiatria, e reporta ao primeiro eletrochoque que aplicou em uma pessoa da família, portadora de patologia, com indicação para o procedimento. Aplicou com o médico Edgar Brito, que tinha o aparelho de Cerletti⁸ em casa e fazia o procedimento médico com o (a) paciente sedado (a) com medicação venosa.

O entrevistado enfatiza a evolução dos tratamentos como marco civilizatório – “O grau de uma civilização nasce da assistência que dá às crianças e aos idosos” – e coloca os (as) doentes também nessa perspectiva de cuidados.

Djalma discorre sobre a importância do medicamento *amplictil*, usado no controle das crises agudas de pacientes, aludindo aos cuidados medicamentosos que promoveram grande avanço na psiquiatria: “Após o *thorazine*, que é o *amplictil*

⁸ O nome do aparelho é uma referência ao médico italiano Ugo Cerletti, idealizador da eletroconvulsoterapia terapêutica com uso da eletricidade, já reportado neste trabalho.

dos Estados Unidos, mudou muito”. Volta a enfatizar o trabalho com foco ambulatorial como filosofia do hospital, o uso de medicamentos como base para evolução dos quadros, a formação continuada dos (as) médicos (as) e outros (as) profissionais da área com as aulas de rotina e as publicações científicas. Assim, fica clara sua preocupação com relação a pacientes, famílias e profissionais.

O médico considera Arthur Harry Chapman (1924-2017), um psiquiatra norte-americano que morou em Vitória da Conquista, um profissional de grande envergadura, “o melhor psiquiatra que vi em minha vida”, “um humanista”, que fez grande serviço como consultor técnico, junto ao Hospital Afrânio Peixoto. Recorda como eram aguardadas pelos (as) profissionais da psiquiatria as aulas que Harry ministrava às terças-feiras no hospital. Lembra que Harry trabalhava com preceitos interpersonalistas, que são exploratórios e que sugerem que a pessoa é formada não em fases, como postulava Freud (1856-1939), mas na relação entre pessoas, como “uma larga avenida onde aparecem ‘coisas’, ‘desembocam ruas’ e se forma a personalidade”. Cuidar do (a) paciente seria remover capa por capa, como numa cebola, até chegar ao *insight* ou compreensão da crise, que leva aos traumas na formação da personalidade do indivíduo. Chapman publicou 12 livros e artigos em revistas de renome na área médica, como o *Jornal Brasileiro de Medicina*.

Fala da preferência pela teoria interpersonalista e esclarece sobre a teoria, segundo a qual na formação do ser, o indivíduo sofre danos quando sujeito a traumas, com influências na personalidade. Esses traumas têm possibilidade de “cura”, mas isso depende de profissionais que se disponham a “descascar” as camadas de dor. Complementa que “uns (umas) saram, outros (as), não”, retomando a analogia que fizera com a cebola.

Estudioso contumaz, Djalma publicou vários artigos em coautoria com Harry Chapman, como: *Folie à deux dissociative disorder in prepubertal children. Report of two cases with EEGs* (1998); *Disfunção cerebral mínima em crianças. Uma diagnose para ser aceita com muita cautela* (1980); *Encoprese em crianças* (1980); *Autismo infantil. Um problema diagnóstico em Pediatria e Clínica Geral* (1979); *Estrefossimbolia* (1978). Ao perguntar sobre sua trajetória, ele simplesmente diz: “Valeu a pena”.

Quando solicito sua opinião sobre o que é o louco e a loucura, ele responde que o louco é o portador da condição de uma doença como outras, “é a psicose, neurose, é o F20”. Para exemplificar o entendimento acerca da loucura, cita diversas

obras e autores, como Dostoiévski em *Crime e castigo* e *Os irmãos Karamazov*; o pintor Van Gogh e seus girassóis; e cita personagens do escritor Leon Tolstói.

Sobre o entendimento do que é loucura, reporta-se ao médico norte-americano: “Como dizia Harry [*Chapman*], ‘é um processo que continua, uns com remissão do quadro’. Declara pensativo que alguns (algumas) pacientes não têm recuperação completa, ficam com sequelas da doença, enquanto outros (as) recuperam-se totalmente e voltam para as atividades normais. Ainda sobre a loucura, diz que, com a continuidade dos estudos na área e a evolução da medicina, paciente jovem que era tido como louco passou a ser considerado como portador da demência precoce⁹. Djalma discorre sobre o termo esquizofrenia, cunhado por Bleuler (1857-1939) em 1911, cujo significado é “mente partida”. Reporta a Kraepelin (1856-1926) e ao paciente portador de psicose maníaco-depressiva (PMD), hoje denominada transtorno bipolar, que considera passível de tratamento eficaz, até mesmo de controle total.

Sobre o Hospital Afrânio Peixoto hoje, Djalma simplesmente diz: “Afundou”. Quando pergunto sobre o futuro da psiquiatria, responde de forma categórica: “Tudo desenvolve. Nada na vida é permanente. Só é permanente a mudança”. Conclui: “A mudança é certeza”.

Retomando as referências a Halbwachs (1990), diríamos que os marcos da memória – material, moral, espacial ou temporal – revelam, nas recordações desse médico, um humanismo visionário. Mesmo acamado por ocasião da entrevista, Djalma expressava com clareza e de forma vibrante memórias experimentadas, recebidas e compartilhadas ao longo de sua trajetória.

Ancora sua memória nas relações socioprofissionais, nas experiências científicas e sociais vividas durante seu trajeto pela carreira da psiquiatria. Diríamos que recorda experiências demarcadas por um tempo e espaço que são constituintes da história da psiquiatria local. Assim, como diria o autor em que estamos nos apoiando, mesmo numa biografia, recorreremos a vivências sociais, coletivas. Dessa forma, o testemunho constrói uma narrativa que ultrapassa o eu e situa representações sociais, sentidos selecionados e conscientes dos estágios de desenvolvimento de uma área de atuação profissional. Podemos observar que os relatos se entrecruzam com quadros de memória espacial, familiar, estudantil,

⁹ Assim denominada porque o paciente desorganiza as funções da mente, do comportamento, ainda na juventude.

formativa, de valores, tornando possível a recomposição de uma história da medicina psiquiátrica que é fruto de dados tempos e durações. Também é modificada segundo certas abordagens teóricas acerca desse sujeito, e de seu local de tratamento. Nesse caso, afirmaríamos que memória e representações sociais se articulam. Valemo-nos de Vala (2013) quando discute os processos constitutivos de uma trajetória de vida, em dada instituição, em um espaço onde se opera o:

[...] a) caráter generativo e construtivo do conhecimento cotidiano; b) a natureza social do conhecimento enquanto construção, o que passa por uma análise dos actos de comunicação e da interação entre indivíduos, grupos e instituições; c) a importância da linguagem e da comunicação como mecanismos através dos quais se transmite, cria e objectiva a realidade. (VALA, 2013, p. 488).

Desse modo, não poderíamos falar do tema sem recorrer ao testemunho desse homem da ciência psiquiátrica local, regional, referência em teorias e estudos que expressam uma visão contextual, humanitária do trato com o (a) paciente. Vimos uma memória construída como dirigente de uma instituição dentro das relações com o outro: colegas, pacientes, autores (as) e teorias, nos possibilitando conhecer, por meio de suas memórias, a história da psiquiatria na região Sudoeste da Bahia. Na sua atuação como médico psiquiatra e diretor do Hospital Afrânio Peixoto, encontramos um marco da memória social e individual-coletiva, construída por mais de 47 anos em um hospital psiquiátrico sob seu comando, e que hoje nos reporta a uma memória exemplar (CHAPMAN; SILVA, 1978, 1979, 1998, 1980a, 1980b).

3.2 MEMÓRIA SOCIAL, INDIVIDUAL/COLETIVA: REPRESENTAÇÕES E VISÕES DE “LOUCO” E “LOUCURA” NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E MÉDICAS PSIQUIATRAS

No processo formativo e durante o desenvolvimento da carreira de psiquiatras, vamos observar que médicos e médicas que atuam ou atuaram de 2 (dois) a mais anos como profissionais nessa área recordam imagens, sentidos e valores acerca do chamado “louco”, se ancorando em um passado que lhes foi ativamente transmitido. E, depois, quando se tornam profissionais, a visão adquirida no passado vai ganhando dialeticamente outros sentidos científico-sociais,

individuais-coletivos, conforme suas formações e vivências cotidianas com seus pacientes.

3.2.1 O que vem à mente ao enunciarmos a palavra louco aos (às) entrevistados (as)

Iniciamos a entrevista indagando aos (às) médicos (as) o que lhes ocorre quando enunciarmos a palavra “louco”.

Com certeza, a conceituação de “loucura” como categoria que se vincula a estados psicopatológicos é plenamente conhecida dos (as) profissionais que atuam na área. Contudo, observamos que, principalmente nesse momento, a pergunta intempestiva e imediata gerou, em parte dos (as) entrevistados (as), uma pausa para reflexão, um silêncio. Percebemos que, mesmo após muito estudo e preparo para lidar com a loucura do outro, restam representações sociais atávicas.

Mesmo em se tratando de um grupo de profissionais da psiquiatria, que conhece e domina o tema em sua cientificidade, suas respostas sobre o louco/a loucura foram imediatamente associadas a situações “dor”, “escuridão”, “sofrimento”, “andarilho”, “marginalidade”, “resíduo”, “exclusão”, “inadequado”, “incapaz”, “indignação”, “impotência”. Como visto neste trabalho, desde a época medieval, há uma representação social dos doentes mentais como andarilhos, sem porto de chegada, e levados à uma condição de marginalidade e exclusão.

Vejamos em frases emitidas pelos (as) entrevistados (as):

Teia, um emaranhado, colorido, como um átomo em movimento (ES);

Antes do contato com a psiquiatria, tinha uma imagem de uma pessoa desarrumada, sofrimento, morador de rua, desleixado, sujo, largado (PR);

A palavra desorganização. Um borrão, misturado, várias coisas juntas, sem conseguir definir (BA);

É aquela imagem caricata das histórias em quadrinhos [reporta às imagens veiculadas em histórias em quadrinhos, um louco descabelado, com olhos arregalados], aquele olhão, cabelão, das histórias em quadrinhos (SC);

A descoberta da diferença (PE);

Uma imagem [fica um bom tempo pensando], vejo uma figura andarilha (SE);

Escuridão (AL);

Vem a imagem de Bispo do Rosário¹⁰, aquele do Rio de Janeiro. Um artista. No Afrânio, vejo aquele paciente, Bahia, que fez um barco com palitos de picolé (RS).

Um (a) entrevistado (a) usa apenas duas palavras: “Desorganização. Dissociado” (SP).

Mas, um (a) dos (as) entrevistados (as) refuta: “O que é louco? Não concordo com a palavra. É um distúrbio” (RJ).

É interessante observar que comparecem, nas falas, representações da memória social de tipos idealizados, que se converteram em imagens, em visões desse sujeito. Os (as) médicos (as) recuperam uma memória social de representação do “louco” que vivenciaram. Recorrem a frases, palavras ou adjetivos que apontam visões de imagens construídas, acerca da vestimenta, da figura andarilha, do comportamento que permeia as representações sociais dessa enfermidade. Escuridão, por exemplo, pode denotar ausência de saída, um vagar sem porto de chegada, pois o (a) paciente não absorve as normas e rotinas sociais, não domina o manejo das normas grupais de convivência. Sem absorver os moldes de funcionamento passados pela comunidade, esse (a) enfermo (a) vive na sombra da exclusão. Outras palavras sugerem a peculiaridade da doença, que ocasiona uma dissociação da realidade no (a) paciente.

Os sujeitos da pesquisa, tudo indica, apresentam visões erigidas de representações e elaborações de imagens, enfim, de construções vividas ou recebidas socialmente. Como analisa Moscovici:

Se alguém exclama: ‘Ele é louco’, para e então se corrige dizendo: ‘Não, eu quero dizer que ele é um gênio’, nós imediatamente concluímos que ele cometeu um ato falho freudiano. Mas essa conclusão não é resultado de um raciocínio, nem prova que nós temos uma capacidade de raciocínio abstrato, pois nós apenas lembramos, sem pensar e sem pensar em nada mais, a representação ou definição do que seja um ato falho freudiano. Podemos, na verdade, ter tal capacidade e perguntar-nos por que a pessoa em questão usou uma palavra em vez de outra, sem chegar a nenhuma resposta. É, pois, fácil ver por que a representação que temos de algo não está diretamente relacionada à nossa maneira de pensar e, contrariamente, por que nossa maneira de pensar e o que pensamos depende de tais representações, isto é, no fato de que

¹⁰ O artista plástico Arthur Bispo do Rosário (1911-1989) tinha diagnóstico de esquizofrenia (Disponível em: enciclopedia.itaucultural.org.br. Acesso em: 28 ago. 2019).

nós temos, ou não temos, dada representação. Eu quero dizer que elas são impostas sobre nós, transmitidas, e são o produto de uma sequência completa de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e são o resultado de sucessivas gerações. (MOSCOVICI, 2003, p. 37).

Outro (a) entrevistado (a) toma como base a memória da ciência, do seu preparo no entendimento médico, de que a loucura é uma doença, não uma troça, uma brincadeira, uma fuga planejada da realidade. Como postulado por Pinel, no final do século XVIII, há um desarranjo, um desatino que foge à vontade do doente. O entrevistado (a) ao discordar da palavra, do vocábulo e o que ele evoca, e ao afirmar que é um distúrbio, remete aos autores da psiquiatria e a um pensamento elaborado, a uma memória da ciência.

Como foi ressaltado, do ponto de vista da Teoria das Representações Sociais, o conhecimento científico consiste em saber reificado, que se diferencia do conhecimento consensual, que é o saber do senso comum. Para Moscovici (2003), o universo consensual consiste naquele universo em que a sociedade se caracteriza como uma criação visível, que também por meio de uma voz humana é permeada de sentido e finalidade, tendo o ser humano como medida de todas as coisas. Diferentemente, no universo reificado a sociedade não é concebida como uma criação, mas o conhecimento reificado rejeita as criações que nela são produzidas. Desse modo, Moscovici (2003) coloca que a sociedade se transforma em uma estrutura sólida, que basicamente rejeita o pensamento consensual como verdade.

Moscovici (2003) afirma, também, que não é difícil perceber que enquanto o universo reificado é compreendido pelas ciências, o universo consensual refere-se às representações sociais. Além disso, o papel da ideologia é facilitar a transição entre o universo reificado e o universo consensual, ou seja, transformar categorias consensuais em categorias reificadas, e subordinar o conhecimento das representações sociais ao conhecimento científico.

Ademais, Jodelet define as representações sociais como:

[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, essa forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo

quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais. (JODELET, 2001, p. 22).

E, também, como diria Moscovici, se sustentando em:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro: estabelecer controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (MOSCOVICI, 2003, p. 21).

Relembramos ainda que Moscovici (2003), quando fala a respeito dos processos geradores das representações sociais, considera a ancoragem e a objetivação. Para a teoria das representações sociais, ancoragem é um processo capaz de tornar algo que não é conhecido em algo conhecido, ou seja, algo não familiar em algo familiar, de acordo com o nosso conhecimento pré-existente. Por meio desse conceito de ancoragem, podemos classificar e dar nome às coisas, eis que não as nomear ou as classificar gera estranhamento, desconforto. Somos instigados a categorizar os objetos com o conhecimento que temos em nossa memória, atribuindo relação positiva ou negativa com relação a esse objeto.

A objetivação, por sua vez, nos lembra que as representações sociais não se limitam apenas ao campo simbólico, mas se concretizam em nossa realidade social. Nesse sentido, Moscovici (2003) nos diz que objetivar pode ser definido como transformar uma ideia em uma imagem. Por meio do processo de objetivação, há a conciliação da não familiaridade de um fenômeno com a sua realidade. Assim, os elementos ancorados e estocados em nosso pensamento tornam-se matéria, ganham vida por meio da objetivação.

Há de se considerar, ainda, que os médicos e médicas revelam que há várias memórias em pugna, e como afirma Halbwachs (2006), há muitas memórias conviventes, memórias individuais que se alicerçam coletivamente.

3.2.2 Primeiros contatos dos (as) entrevistados (as) com a especialidade

Ao pedirmos aos (às) médicos (as) entrevistados (as) para falar sobre os

primeiros contatos com a especialidade médica da psiquiatria, obtivemos relatos com a presença das palavras “medo”, “pena”, “confinamento”, “espanto” e “indignação”. Quando os (as) entrevistados (as), notadamente no início do curso de medicina, se depararam com ambientes hospitalares e com o (a) paciente portador (a) de distúrbios severos (como a esquizofrenia), suas palavras exprimem diferentes situações do vasto entorno dessa enfermidade, e revelam a destituição dos direitos e da personalidade do paciente. Esse último passa a ser alguém digno de pena, de medo, de espanto diante da doença que o acomete.

Transcrevemos frases de 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).

Observamos 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); “Descoberta da diferença” (PE).

Em duas falas de entrevistados (as), pudemos observar o encantamento com a especialidade: “Encantada. Nada eu gostava 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).

É interessante observar que a memória da experiência vivida se manifesta por meio de visões de mundo, imagens, emoções, espaços e tempos que se recompõem pela memória, e em representações sociais contidas no medo, mistério, pena do (a) paciente “desconhecido (a)”; “preso (a)” em lembranças que se ancoram em quadros humano-afetivos, de piedade diante do diferente, do sofrimento do (a) paciente, e do seu local de existir entre grades, na imagem cabal da exclusão.

Para Moscovici (2003), a natureza convencional das representações se dá mediante uma convencionalização dos fenômenos, sejam objetos, pessoas e/ou acontecimentos. De acordo com essa função, o autor assevera que ocorre uma definição precisa de uma determinada categoria, que torna possível o compartilhamento de um grupo de pessoas acerca da mesma.

No que se refere à função prescritiva das representações, essa se caracteriza por uma força imposta sobre as pessoas, sobre seu grupo social. Então, podemos falar que a natureza prescritiva da cultura, da tradição e do pensamento popular hegemônico ditam o que inicialmente devemos pensar, concordar e partilhar com nossos pares, amigos e familiares, sem nenhum pensamento crítico sobre determinada categoria e objeto.

Cabe lembrar que a indignação e a preocupação com a humanização do (a) paciente portador (a) da “loucura” permearam os estudos da psiquiatria, como observamos com Pinel (1745-1826). Em meio aos ideais libertários da Revolução Francesa e trabalhando em hospitais psiquiátricos da época, Pinel denunciou que os (as) esquizofrênicos (as) são doentes e não marginais, e que eles não podem ser excluídos (as) pela sociedade. O ideal de Pinel era retirar o indivíduo da condição de pária e passá-lo à condição de doente, para os devidos cuidados por parte da sociedade e dos profissionais da área da saúde. Esse seria um grande passo, à época, pois ao ser reconhecida a condição de doença, esses pacientes poderiam ser vistos como sujeitos a um tipo específico de cuidado, de atenção médica.

Em diferentes momentos do século XX, Foucault (1995), por sua vez, afirmou que a sociedade que exclui os diferentes 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.

3.2.3 A escolha pela psiquiatria

Quando indagamos quando ocorreu a escolha pela psiquiatria, os (as) entrevistados (as) citaram vários motivos, tanto antes da formatura, como opção pessoal, quanto após a formatura, já no exercício da profissão, por motivos vários.

Relembrem os tempos iniciais do curso de medicina como espaço comum de encontros e realizações, de encontro do seu mundo com os mundos alheios. Entre os (as) que optaram pela psiquiatria antes da colação de grau, dois (duas) entrevistados (as) consideram a descoberta da especialidade como momento vivificador, ímpar, cheio de alegria por ser uma especialidade que trouxe identificação pessoal. “Era o local onde eu me sentia mais perto dos meus sonhos, da minha verdade, mais possibilidade de ser uma pessoa humana” (ES). Outro (a) entrevistado (a) menciona que achou uma especialidade de seu gosto, que entrou na sua vida como uma ‘luva’: “Gosto de conversar e, de ouvir, de conhecer o sofrimento [para poder atuar, buscando elementos da psicopatologia], conversar, sim, ver a biografia do paciente” (BA).

Vejamos outras formulações: “Pela possibilidade de entendimento da loucura. A [possibilidade de] minimização do sofrimento do paciente” (PE). Assim, muitos encontram na psiquiatria o exercício da escuta, do acompanhamento ao doente como um *locus* primordial de entendimento da doença. Encontraram, também, a paciência para elaborar diagnósticos precisos através da coleta da história de vida do (a) doente, de seus laços com determinantes fatores sociais, econômicos e culturais.

A minha maior habilidade [longo silêncio] é com a palavra e com a escuta (SE);

[...] descobri que gostava de conversar com os pacientes sobre o aspecto psíquico e decidi me concentrar nisso. Fiz porque me interessei pelo aspecto psíquico da doença, do adoecer e gosto de escutar (SC);

Mexe muito comigo [observamos que a técnica em psiquiatria não afasta as emoções que invadem o profissional] (AL).

Vários motivos são citados para a escolha da especialização em psiquiatria, inclusive após a formatura, por questões de ordem prática. Um relato menciona a aprovação em concurso público do estado, e a possibilidade de transferência do

pronto-socorro geral para um hospital psiquiátrico, evitando a dinâmica estafante daquele local, como podemos observar a seguir: “Põe que, ao iniciar os trabalhos no hospital em psiquiatria, comecei a interessar pelo assunto” [Afirma que, como surgiram vagas no hospital Afrânio Peixoto, preferiu pedir uma transferência. Relata o extremo estresse de trabalhar como médico emergencista em pronto-socorro geral] (PR). Um (a) entrevistado (a) alude à oportunidade de engajamento mais rápido na comunidade médica, considerando a falta do especialista na área em Vitória da Conquista, onde só havia um psiquiatra, Djalma. “Fiz cursos (SP) [relata que assumiu sua função no hospital]”. “Fiz medicina geral. Iniciei em psiquiatria por concurso, no quinto ano, no Juliano Moreira. Por afinidades” (RJ).

As escolhas pela psiquiatria obedecem a vários caminhos, sempre atrelados a um pendor pessoal. Um encantamento pela área, afinidade, oportunidade de trabalho, a busca por uma segunda escolha depois da saturação pessoal com uma primeira especialidade, cheia de amarras e conflitos. Há relato da descoberta da psicanálise, da aproximação com elementos propulsores de estudos na área. “Como um viés [trabalhava em outra área, num hospital de referência]. Mas buscava razão, entendimento, da ‘minha’ loucura. Razões pessoais. Iniciei em psicanálise pessoal” (RS).

Observamos que o medo e o assombro com que o (a) profissional se vê nos primeiros contatos com a área vão sendo remodelados, ganhando entendimento, sendo dominados pelo estudo e preparo profissional para a lida na área. Também, como vimos, há uma ênfase na escolha da profissão que poderia trazer satisfação em ajudar pessoas em sofrimento. As representações sociais do “louco” e da “loucura” foram sendo substituídas pela crença nas ações, no trabalho como profissionais da área.

Podemos dizer que as representações observadas são carregadas de memórias sociais, coletivas, do vivido, do recebido e construído. Há uma complexidade nas comunicações cotidianas envolvendo teorias, ideologias e cultura, que produzem os grupos de pertença. Aí está o indivíduo social que, em seu tempo histórico e espaço geográfico, desenha o possível para si e para o outro. Essa construção é a representação social de uma sociedade, de um grupo, de um tempo.

Para Moscovici (2003), a loucura está inserida em uma “era de representações sociais”. Do ponto de vista do autor, um dos principais pontos que denotam uma “era das representações” consiste no fato de que tais representações

nascerem das relações quotidianas. À medida que circulam nossas atividades do dia-a-dia, são elas as responsáveis pela criação de teorias que temos sobre a realidade social. E isso se dá não somente nas relações interpessoais, mas nas intergrupais também.

Ainda dialogando com Moscovici (2003), o segundo ponto que denota essa “era das representações”, é o fato de colocar a instituição de um saber verdadeiro, como se qualquer outro saber fosse inferior ao saber instituído. Isso, portanto, pode engessar uma forma de pensar que vai perpetuar e produzir comportamentos também piores de representações de cunho religioso, moralista etc.

As reproduções mentais, com base em Vala (2013), se constroem dentro de contextos, como diria Halbwachs (1996), de quadros sociais, espaciais, temporais, carregados de valores, normas e representações por onde esses sujeitos transitaram, formando memórias individuais e coletivas. Como aduz Vala (2013, p. 457), cabe lembrar que “os indivíduos não se limitam a receber e processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social”.

3.2.4 A opinião de parentes e amigos sobre a escolha pela psiquiatria

Quando indagamos sobre o que parentes e amigos (as) acharam da escolha, as informações coletadas evidenciaram visões negativas sobre a especialidade, imbuídas de medo tendo em vista o potencial de agressividade dos “loucos”, elemento do senso comum, levando perigo aos (às) médicos (as).

Na opinião dos entes próximos aos médicos e às médicas quanto à escolha da especialidade (julgada, inclusive, de menor prestígio diante de outras áreas da medicina) malvista por parte deles (as), podemos observar a representação endurecida no tecido social acerca do chamado “louco”, paciente da psiquiatria que oferece riscos de agressão aos (às) profissionais e cuidadores (as), pelas características da doença.

Segundo a maioria dos (as) entrevistados (as), familiares, pessoas mais próximas e amigos (as) não aprovaram a escolha dessa especialidade 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);

Não opinaram (RJ);

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).

Constatamos que há medo de que o (a) médico (a) venha 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). Além de uma desvalorização dessa profissão, de que “psiquiatra não é médico” (BA).

Somente três deles (delas) disseram que foram apoiados (as) pelos (as) familiares na escolha da profissão:

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. 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).

Observamos, então, 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.

Há uma produção imagética e cultural do louco e da loucura. Para Moscovici (2003), tanto elementos da cultura quanto da imagem estão presentes em nosso ambiente, influenciando e modificando nosso modo de representar e significar os objetos, pessoas ou acontecimentos. As imagens seriam essenciais para o processo de compreensão e comunicação, que por sua vez são processos importantes para as representações sociais. Tal como as imagens, elementos culturais também interferem na construção de realidades a partir de ideias significantes. Isso se deve à capacidade de levar um determinado fenômeno para o universo consensual, quando esse mesmo fenômeno pertence a um campo específico.

Ou como elucida Jodelet (2001), trata-se de um saber do senso comum que impera:

[...] saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos das interações sociais. (JODELET, 2001, p. 22).

Como vimos, há uma representação social do esquizofrênico como aquele que apresenta generalizadamente um impulso violento, como um sujeito perigoso. Nas falas aparecem relatos referentes a parentes e amigos dos médicos (as) que devem ser oriundas das representações sociais (do senso comum) de que todos os esquizofrênicos padecem de surtos psicóticos, apresentando situações de risco que ameaçam a integridade física dos trabalhadores da área da saúde, cuidadores, dentre outros.

3.2.5 O porquê das opiniões sobre a escolha da psiquiatria

Ao questionar o porquê da opinião dos (as) amigos (as) e familiares, a maioria dos (as) entrevistados (as) afirmou que, como a representação entre familiares e amigos (as) é de um (a) paciente que pode tornar-se agressivo, o medo assombra e domina a visão dessas pessoas, gerando pavor à especialidade.

Entre os motivos que apresentam familiares e amigos (as) ao apoiarem a escolha da psiquiatria, estão:

A responsabilidade que sempre tive diante das minhas escolhas (RS);

Porque eles consideram minhas características. Exemplo: acolhimento (PE);

Na época foi heroico; ninguém queria lidar com o louco, que era um marginal. (SP).

Observamos na fala acima, de SP, uma indicação de que num passado o esquizofrênico era considerado um marginal, indicando uma realidade negativa à sua escolha pela psiquiatria.

Um (a) entrevistado (a) afirma que os familiares não opinaram sobre o motivo da sua escolha e complementa: “Desligados da medicina [...] não opinaram” (RJ).

As opiniões de parentes e amigos (as) adentram à desqualificação da psiquiatria no quesito medo e segurança e, também, como local de desprestígio. As falas transcritas a seguir evidenciam a perpetuação do medo de agressões, a insegurança diante do inusitado, o descontrole do (a) paciente em crise psicótica, bem como relacionam negativamente a representação desse (a) paciente excluído (a) à especialidade da psiquiatria: “Pai e mãe, temor pela minha segurança [possibilidade de ser agredido (a) por pacientes], por apanhar” (ES).

Observamos falas que relatam o local de trabalho como insalubre, que gera medo e apreensão dos (as) familiares e do (a) próprio (a) trabalhador (a). Podemos inferir que o medo é uma constante na psiquiatria.

Primeiro o estigma [o estigma, a exclusão, o medo fazem as pessoas temerem pelos (as) profissionais] que a psiquiatria traz (PR).

Em primeiro lugar, o desconhecimento [retorna à representação do estigma] e, depois, o preconceito (SC).

Estigma do paciente psiquiátrico. Preconceito. A ideia do paciente violento (BA).

Nas falas dos (as) entrevistados (as) (BA), (PR), (SC), vimos a presença da palavra “estigma” acerca da psiquiatria e seu (sua) doente, colocando a área da saúde mental, os (as) doentes e os (as) profissionais sob uma bandeira de exclusão nos grupamentos sociais. Vejamos outras falas:

Falta de conhecimento e medo da loucura dos outros e da própria loucura (AL).

[...] porque acham que as pessoas [pacientes] são agressivas, e que psiquiatra não é médico [seria uma especialidade sem 'prestígio', desprezada pelas pessoas em geral, inclusive colegas médicos (as)] BA;

Porque acham que psiquiatria é subespecialidade. A psiquiatria como despejo. O quarto da empregada (SE).

Verificamos de forma explícita e com linguagem pejorativa, a desqualificação da especialidade, assim como a junção do “louco” e do (a) psiquiatra no mesmo local de dificuldades. É interessante como dada representação social acerca da loucura adentra a especialidade, tornando-a, para alguns (algumas), como vimos por parte de familiares de médicos e médicas, uma especialidade menor. Poderíamos dizer, portanto, que há uma representação social da loucura que povoa a memória coletiva e se ancora em cenários que a localizam fora do quadro, como doença. É ainda o marginalizado que mantém condutas que se distanciam da normalidade.

Lembremos que Pinel (1745-1826), no século XVIII, lutava por diferenciar o (a) paciente com transtornos psicóticos, o “louco”, das pessoas marginalizadas por outros motivos, quaisquer que fossem. Pinel buscava dar, ao primeiro, o estatuto de doente. Por sua vez, Bleuler (1857-1939), ao criar o termo psiquiatria em 1911, elabora a ideia de ‘mente partida’, lembrando a forma peculiar, mesmo bizarra do (a) paciente estar e elaborar compreensão do mundo, com nuances bastante pessoais. Kraepelin (1856-1926), ao enunciar o termo demência precoce, deixa claro a condição específica do (a) esquizofrênico (a) em faixas etárias mais jovem, diferente da demência senil, que ocorre no idoso. Igualmente, reportamos a Foucault (1995) ao observar no “louco” uma resistência às imposições sociais, e partícipes de sociedade que exclui os diferentes, afastando aqueles (as) que não se adaptam ao modo “correto” de conviver com os outros, marginalizando os (as) que fogem das regras de conduta ao convívio social. Conforme Moscovici:

Nossas experiências e ideias passadas não são experiências ou ideias mortas, mas continuam a ser ativas, a mudar e a infiltrar nossa experiência e ideias atuais. Sob muitos aspectos, o passado é mais real que o presente. O poder e a clareza peculiares das representações – isto é, das representações sociais – derivam do sucesso com que elas controlam a realidade de hoje através das de ontem e da contribuição que isso pressupõe. (MOSCOVICI, 2003, p. 37).

Trata-se de pacientes esquizofrênicos que, em estados psicóticos, são agressivos (as) a si próprios (as), a terceiros, e aos profissionais que trabalham na área. Assim, as famílias e os (as) amigos (as) dos (as) médicos (as), não raro, consideram a psiquiatria como uma especialidade com condições perigosas de trabalho.

3.2.6 O trabalho com o psicótico: suas nuances

Quando ampliamos os questionamentos e indagamos o que representa para o (a) entrevistado (a) o trabalho com o (a) esquizofrênico em estado psicótico (a), obtivemos estas respostas:

Significa trabalhar com um campo vasto, desconhecido e mal compreendido [há reconhecimento da enormidade da situação real da psiquiatria. Lidar com esse campo enorme e mal compreendido é um desafio e desgosto ao (à) profissional, mas, também, de alegria pelos casos resolvidos ou compensados] (SC).

Temos a opinião de entrevistado (a) mais vivido (a) na profissão:

Está muito bom! Melhorou o suporte à doença, sabe? Mas, muitas vezes, é só psiquismo [reconhece avanços no suporte terapêutico, quanto ao alcance e entendimento do trabalho do psiquiatra. Acha que muitos casos iniciais da doença não se concretizam com o diagnóstico, sendo apenas um enorme medo da própria doença]. É medo (RJ).

Isso demonstra que estamos realmente diante de um vasto campo de trabalho, que alberga paradoxos, e pode ser sempre visitado por algo novo, reforçado por esta fala: “Paciente psiquiátrico hoje é como o [paciente] clínico, uma enfermidade como qualquer outra. A repulsa de quando eu era estudante passou” (SP).

Tais falas de (RJ) e (SP) testemunham tempos de mudanças em relação a essa doença, ficando dito nas entrelinhas o quão carregada ela é de representações. Como argumenta Moscovici (2003, p. 6), “mais frequentemente, as representações sociais emergem a partir de pontos duradouros de conflito, dentro das estruturas representacionais da própria cultura”.

São falas que revelam que o (a) esquizofrênico galgou o lugar de paciente que passa por dificuldades, como em qualquer outra doença, sem perder de vista suas especificidades. A psiquiatria vem desenvolvendo saídas: alternativas tanto medicamentosas, como de cuidados e inclusões sociais que envolvem não só o médico, mas também a sociedade, como já tratamos nesse texto, através das reformas na atenção ao (à) doente psiquiátrico.

Uma enfermidade como outra qualquer, a repulsa de quando eu era estudante, passou' (SP);

Hoje o trabalho com o doente está bom, melhorou o enfoque' (RJ).

Assim, os avanços na psiquiatria melhoram as expectativas dos trabalhadores na área, bem como aquelas dos adoecidos.

Seguimos observando outras respostas ao mesmo questionamento: “Representa uma doença mental; o paciente em extremo sofrimento mental, com demanda de grande necessidade de ajuda” (PR). O campo de trabalho que envolve o portador da loucura pode ser pensado como um corpo de saberes que vem sendo construído. Mas, o desafio permanece:

Um desafio buscar entender o outro! Um desafio (RS).

Desafio. Instigante. Muito subjetivo. Cada paciente apresenta de uma forma, mesmo com doença igual (BA) [essa pluralidade de apresentações leva o profissional a uma cautela e zelo extremo no diagnóstico e condução do caso. É uma tarefa de grande porte].

Uma resposta denuncia mais uma vez a dor que acompanha esses quadros, ao citar duas ferramentas indispensáveis ao trato com o “louco” – percepção e solidariedade –, que devem ser adquiridas para lidar com a doença: “Solidariedade [dá um tempo e repete]: Percepção e solidariedade” (PE).

Assim, é colocando o (a) médico (a) na história do (a) paciente, da doença e da melhora, que notamos essa possibilidade de envolvimento do (a) especialista naquilo que faz, como observamos no relato anterior: “Solidariedade. Percepção e solidariedade” (PE), numa alusão clara de que o exercício da psiquiatria vai além da técnica da psicopatologia e do manejo psicofarmacológico. Vimos que as repostas dos (as) entrevistados (as) estão prenhes de esperança na estabilização do (a)

paciente e na sua melhor socialização no ambiente laboral médico, visto como um local de trabalho duro, de prognóstico velado.

O significado de trabalhar com a “loucura” é recuperar, propiciar o avanço do quadro da patologia e os ganhos de bem-estar e cidadania do paciente. Percepção do sofrimento e preocupação com o outro comparecem como elementos para o trabalho de profissionais.

É apaixonante quando ocorre tirar o paciente [do surto], e ele se reencontrar, voltar à vida pessoal, ao labor. E a tristeza de ver os quadros ruins (AL);

É sempre um desafio, inclusive para minha própria regulação emocional, dizer ao familiar do paciente que ele não vai voltar [abaixa os olhos e meneia a cabeça, num sentimento de grande frustração e pesar]. (ES).

Tivemos também a assunção do psicótico como o cerne da especialidade: “É a alma da psiquiatria, me motiva sempre [busca de entendimento e bons resultados]” (SE).

Aqui, memória individual e coletiva da vivência profissional contem representações do senso comum, que passa a ser superado a partir da especialidade e formação médica para o entendimento da doença e do paciente. Naturalmente, não sem conflitos, uma vez que há muitas memórias de experiências (MAGALHÃES; SANTOS; SOUZA, 2009) em pugna nesses espaços e profissão, como em outras áreas, uma vez que:

[...] há múltiplas estratificações de vivências/experiências que convivem contraditoriamente no seio de um mesmo momento histórico [...]. Assim sendo, pode-se afirmar que existem muitas memórias coletivas geracionais que se cruzam no presente histórico, ou seja, memórias herdadas, transmitidas, recebidas e transformadas pelos novos portadores da cultura. (MAGALHÃES; SANTOS; SOUZA, 2009, p. 107).

Enfim, quando falamos de psiquiatria, representações sociais e memória, não há como separá-las das visões de mundo que envolvem seus sujeitos.

3.2.7 O diagnóstico de esquizofrenia: a quebra da biografia do paciente

Admitindo que o diagnóstico de esquizofrenia, em certos casos, confere quebra de biografia, indagamos sobre o sentimento que ocorre ao (à) médico. Tal questionamento nos levou para reflexões que entrecruzam senso comum e ciência, também baseadas em representações e memórias coletivas e sociais de humanidade, dor, falta de condições científicas, logísticas, financeiras, que se somam diante do inusitado. Observamos certo consenso de que é vasto esse campo de lantidões e desencantos para o (a) profissional, requerendo mais paciência e persistência do que técnica acurada.

Vejamos como aparecem relatos de dor, impotência, perplexidade diante de uma doença tão agressiva e de prognóstico ruim:

O sentimento é, é, é [...] Não vou dizer que fico triste, não. É de ajudar. Esperança (BA);

Desejo de ajudar. Tentar ajudar essa história natural da doença. Resgate. É paternalista mesmo (SE);
Sentimento de socorrer uma pessoa em extremo sofrimento mental (PR);

Dor. Perplexidade (PE);

Pena, impotência [diz com um aspecto real de impotência, num suspiro] (SC);

Sentimento de perda (ES);

Sentimento [...] frustração em não poder ir além (AL);

Chateado. Lamentando. Pessoa jovem, perdeu a vida (RJ);

Ele perde o sentido de ser ele. Desagradável para mim e para ele. Essa coisa de ser incapaz [para a vida civil, como configura o apragmatismo dessa doença] (SP);

Estatuto da vida é quebrado. Assusta, pois não tem possibilidade de cura. A vida continua [...], idade jovem, o que vai ser dele? O psicótico não tem mais vez. (RS).

Em relação à quebra da biografia do (a) doente, que acompanha os (as) pacientes com esse diagnóstico, quando em quadros crônicos, observamos que os (as) profissionais da área têm opiniões veladas, de poucas palavras, pouco otimistas.

Médicos e médicas recuperam a memória profissional de uma das doenças que lesam a biografia do (a) paciente e, não raro, da própria família, pela alta carga

de dificuldades que apresentam, sobretudo por ter a característica de maior ocorrência entre jovens e, de alguma forma, lesar os horizontes. Há um tratamento longo a ser enfrentado, medicamentos, um difícil convívio com efeitos deletérios, abandono momentâneo ou não das atividades laborais e escolares. Há, ainda, toda a carga de trabalho, cuidados, aporte financeiro, de logística que recai sobre familiares, cuidadores (as) e acompanhantes, que, muitas vezes, aliam tratamentos não médicos na tentativa desesperada de sair da situação. É comum que temam não só a doença e o (a) médico (a), como também o remédio.

3.2.8 O temor ao comportamento do (a) paciente

Depois, ao indagarmos aos (às) entrevistados (as) por que tememos o “louco”, foram surgindo recordações compartilhadas acerca de experiências vividas no exercício da profissão, em memórias de experiências vividas com pacientes agressivos.

Os (as) profissionais da especialidade estão expostos (as) no dia a dia, e sabem da potencialidade de auto e heteroagressividade, mas os médicos e médicas entrevistados (as) avaliam que o entendimento científico dos estágios da doença, seus aspectos e características, assim como o tratamento, possibilitam o refinamento da compreensão da mesma. Obtivemos as seguintes respostas:

“Medo das alterações de comportamento. Agressividade” (PR). Uma resposta simples: “Agressão” (SP).

“Não é medo! [Faz um gesto eloquente, endurecido, com as mãos espalmadas, e meneia a cabeça] É real”. Relatado por RJ:

Não é medo. O esquizofrênico pode até matar. O paciente que matou o outro com faca (no Hospital Juliano Moreira, em Salvador) disse que recebeu ordem de Deus. A paciente que subiu despida no coqueiro e ficou lá, fumando [...]. Só desceu com o corpo de bombeiros. O paciente que se enforcou na bananeira, com corda, em frente ao centro cirúrgico (RJ).

Há entrevistados (as) que recordam situações em que colegas agredidos (as) por pacientes psicóticos deixaram de atender em ambiente hospitalar. Um dos entrevistados relembra que um colega abandonou a especialidade escolhida ainda na graduação, depois de ter sido agredido no Hospital Santa Mônica, em Salvador (AL). Outro (SP) lembra de colegas que foram agredidos, chegando um deles a

deixar o Hospital Afrânio Peixoto. “Eles agridem. Foram agredidos [pacientes agrediram médicos, que ficam tomados de pavor]” (SP).

E, assim como analisa Halbwachs (1990, p. 51), “cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, [...] e do [...] ponto de vista ocorre conforme o lugar que ocupo”. Observamos que as memórias vividas por médicos (as) se amparam na memória das vivências comuns do cotidiano profissional.

Como vimos, dados a essa situação, o senso comum faz brotar interpretações de um (a) doente sempre perigoso (a), e do exercício de uma carreira profissional sem futuro para os (as) especialistas, como é a visão dos familiares de médicos (as).

Nessa perspectiva, nos reportamos aos estudos de Jodelet (2001) sobre os (as) pacientes e seu entorno na casa de apoio a doentes portadores (as) de esquizofrenia em uma cidade da França:

Como fenômenos cognitivos, envolvem a pertença social dos indivíduos com as implicações afetivas e normativas, com as interiorizações de experiências, práticas, modelos de condutas e pensamento, socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social, que a elas estão ligadas [...] constitui uma contribuição decisiva para a abordagem da vida mental individual e coletiva. (JODELET, 2001, p. 22).

A agressividade comportamental é característica desta condição, e pode levar às raias da letalidade. Os (as) médicos (as) revelam que conhecem essa realidade, típica da natureza da patologia, e sabem das precauções necessárias. Essa discussão nos remete à confiança na ciência, na possibilidade de controle da nosologia e, quiçá, na difusão desse conhecimento até o senso comum. Como ratifica Jodelet:

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).

Encontramos, também, expressões pensativas e preocupadas: “Falta de conhecimento, eu acho [queda a cabeça, num movimento pensativo, longo]” (BA).

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);

Significa o medo da nossa própria loucura (SC);

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

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).

Ou, ainda:

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).

Como vimos, há referências ao medo e formas de enfrentamento com cuidados ao (à) paciente. Quando falamos em cuidados e formas de enfrentamentos, não podemos deixar de fazer uma alusão ao trabalho desenvolvido no estado do Rio de Janeiro, pela psiquiatra Nise da Silveira¹¹ ao relacionar o tratamento clínico e patológico com a terapia e a arte, levando pacientes a expressar e comunicar através de pinturas, e mesmo esculturas.

Comparece em uma das falas, ainda, a necessidade de educação e reeducação no processo médico, de compreensão do outro, de preocupação com a biografia do enfermo.

¹¹ Nise da Silveira (1905-1999), médica psiquiatra nasceu em Alagoas e formou-se na UFBA. Foi representante da corrente junguiana no país, no Rio de Janeiro onde trabalhou. Presa pela ditadura getulista por se ‘esquerdista’, combatia a rigidez das instituições psiquiátricas. Trabalhando com terapia ocupacional, abriu uma via libertária dos internos com artes manuais, no Engenho de Dentro, RJ, e parte desse acervo está no museu do inconsciente, demonstrando a dimensão humana e artística dos (as) internos(as). Na Casa das Palmeiras, fazia acolhimentos, com portas sempre abertas (SILVEIRA, 2002).

Assim, representações e ciência se cruzam no processo de reelaboração da memória do medo, para acercar-se do conhecimento da doença, do enfermo e da enfermidade.

3.2.9 Do temor diante da loucura

Dando continuidade à entrevista, 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, pois tratam-se de doenças que podem acometer a qualquer pessoa. Os (as) profissionais refutam a colocação infundada de familiares ou terceiros diante da possibilidade de contágio. Reforçam que diante dos (as) doentes é necessário superar qualquer sentimento pessoal de medo ou apreensão e adotar o tratamento adequado. Vejamos como responderam os (as) entrevistados (as):

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).

Estas falas sugerem que a doença pode acontecer com o indivíduo a qualquer momento da vida, e esse pavor permeia a todos. A insanidade não é prerrogativa de ninguém; qualquer pessoa está suscetível a adoecer, guardando as devidas possibilidades genéticas e ambientais.

Um (a) entrevistado (a) faz uma ponderação acerca da loucura, que tem ressonância em outras falas, em relação a conviver, encarar, não temer:

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).

Outros (as) entrevistados (as) reforçam: “Não. Ajudar, sim” (PR); “Não. Devemos encará-la” (SC). Outro (a) diz em relação a temer a loucura:

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 nas falas desses (as) médicos e médicas, antes, durante seu processo formativo, remetiam a uma memória representacional 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, por doenças psiquiátricas. Nessas falas, vamos observando o trânsito de conceptualização da enfermidade como passível de tratamento orgânico, inclusive aparecendo uma voz que advoga as indicações da ECT. Esses profissionais, em suas falas, afirmam a necessidade da inter-relação da psiquiatria com profissionais afins, como terapeutas e psicanalistas, defendendo o tratamento multidisciplinar ao doente mental. Vai sendo manifestada a tendência desse tratamento ser realizado por vários profissionais, englobando, inclusive, a parte que cabe ao meio social.

Conforme observa Jodelet (2015) no estudo sobre a loucura já referenciado, até mesmo entre leigos, à medida em que há uma convivência com esses (as) enfermo (as), vai ocorrendo reconhecimento de si nesse processo.

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).

Destarte, nota-se nas manifestações dos médicos e médicas que essas enfermidades devem ser tratadas como são tratadas as patologias de qualquer outra especialidade médica, e sempre reforçam que são doenças que podem acometer qualquer pessoa, a qualquer momento da caminhada da vida.

3.2.10 Do local social do enfermo

Como vimos ao longo do trabalho, as formas de tratamento da enfermidade psiquiátrica foram avançando e relacionando aspectos humanísticos, biológicos, psicossociais. As memórias sociais e suas representações comuns apresentadas pelos médicos (as) foram sendo rearticuladas com uma memória coletiva, de caráter experiencial profissional. E quando perguntamos acerca do lugar de tratamento desse paciente, há muitas ponderações e manifestações sobre as questões que cercam o tema.

Ao questionarmos sobre o modelo vigente de cuidados e o local social do “louco”, as ponderações foram muito claras:

Sem local, no máximo o CAPS [adota uma posição pensativa], poucos espaços [...] Temido ou rejeitado, agredido (AL);

Vejo [apenas] um serviço de assistência de saúde mental. Como o CAPS, menos estigma (PR);

O lugar do excluído, aquele que não tem opção, [aquele] sem vez (BA);

A periferia. Ele está à margem. Ele circula, mas é ao redor. Não é entre. Ele desconforta as pessoas (SE);

Marginalidade. Resíduo [numa observação de que o (a) psiquiatra e seu (sua) paciente têm uma mesma posição desconfortável]. A psiquiatria, os psiquiatras são invisíveis [uma especialidade sem brilho] (ES).

Nenhum, infelizmente. Não tem. Ninguém é dono do paciente (SC);

Ainda é de isolamento, com várias exceções. Eles agridem [relata três médicos (as) que foram agredidos (as) no hospital], foram agredidos. Um [tomou medo e se afastou do trabalho] afastou do hospital. (SP).

Um (a) entrevistado (a) demonstra preocupação com os (as) pacientes medicados (as) cujas prescrições nem sempre são observadas com o necessário rigor:

Procurar ajuda profissional [existem locais de prestação de serviços ao doente mental], e a família não deve menosprezar o paciente, [deve] dar estímulo e atividade. Não deve ser abandonado pelos familiares. [Lamenta]. Levam, não dão o medicamento e voltam pra internar [...]. (RJ).

Um (a) dos (as) entrevistados (as) recupera a discussão sobre a reforma e suas possibilidades. Vejamos em suas próprias palavras: “Tem o raciocínio: o antes é inadequado. A reforma é boa, mas não contempla com a diminuição de leitos. Necessitava ter ambulatórios”. (RS).

Enfim, os (as) médicos (as) afirmam que ainda existe medo e exclusão desse (a) paciente, talvez dentro das representações que o cercam.

Um (a) dos (as) entrevistados (as), (PE), afirma que “não existe” [local social de inserção, acolhimento e de existir do louco] e faz um registro instigante:

Quando estive em Trieste, na Itália, o local do louco é a cidade. É preparada para abarcar a loucura. Por exemplo, se alguém com transtorno chama um táxi e pede: ‘quero ir ao céu’, o motorista dá umas voltas, passeia um pouco e leva de volta, e não cobra pelo uso do automóvel. Um local menor [um paciente da pessoa entrevistada, um portador de um transtorno denominado Síndrome de Tourette, onde há movimentos/vocalizações involuntárias], meu paciente de Tourette anda pela rua e diz palavrões, mormente com as mulheres, chama de gostosa, e ninguém dá a mínima. É absorvido pela comunidade. (PE).

Aqui comparece um importante ponto de inflexão: os processos educativos da memória social acerca da enfermidade. Podemos fazer um ponto de atenção a tal fala, pois foi na Itália, em Trieste, onde o psiquiatra italiano Franco Basaglia foi diretor de unidades de tratamento a doentes mentais, abolindo internações hospitalares, e levando o paciente para o seio da comunidade sob supervisão das equipes de saúde. Esse traço marcante que podemos observar nessa fala, diz respeito a como nas cidades de pequeno porte há uma aceitação dos (as) moradores (as) da comunidade aos (às) portadores (as) de doenças mentais, devido à convivência, ao conhecimento comunitário.

Cabe lembrar que Foucault (1995), como analisamos, observa que são taxados de loucos e levados à tutela do aparelho estatal aqueles indivíduos que não se adaptam ao mundo e às suas exigências, pois muitas vezes terminam por ser excluídos do meio em que vivem. Jodelet (2015), como nos referimos, ao estudar a rotina de casas de pensionistas portadores da “loucura”, sob a égide de uma instituição hospitalar da região, ratifica essa teoria foucaultiana: “Certamente, há representações que cabem em nós como uma luva ou que atravessam os indivíduos: as impostas pela ideologia dominante ou as ligadas a uma condição definida no seio da estrutura social” (JODELET, 2001, p. 32). Para a autora, esses (as) donos (as) das casas onde vivem os (as) pacientes apresentam representações sociais da loucura que fazem parte do senso comum, ou seja, é uma leitura do (a) doente que perpassa todos (as).

São entendidos (as) como diferentes e, muitas vezes, representam perigo para os (as) moradores (as) que os (as) separam por meio de portas, rotinas, falas, afastando-os (as) da sua intimidade. Existe uma forma comum de serem vistos pelos (as) donos (as) das casas, como sendo diferentes.

Como analisa Halbwachs (1990), os quadros sociais que permeiam nossa memória individual e coletiva se organizam como referência material e moral, e diríamos, ainda, científica.

Essa primeira abordagem nos serve para instaurar a discussão a seguir sobre a relação entre “loucura” e seu lugar institucional ou não, conforme veremos.

3.2.11 O atendimento SUS ao paciente

A rede de atendimento SUS é vasta, e, como já mencionado, se estende desde as unidades básicas de saúde até internações hospitalares e o trabalho de inserção do indivíduo ao seu meio.

Nosso intuito com essa questão era apenas observar um dos temas candentes da psiquiatria e em andamento no Brasil, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a mobilização dos (as) pacientes para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) regionais. No país, como citamos neste trabalho, está em curso o fechamento dos hospitais psiquiátricos, e o atendimento de emergência está passando para responsabilidade dos hospitais gerais. Os (As) pacientes com indicação de internação são encaminhados (as) para leitos de hospitais gerais.

Como vimos em Vitória da Conquista, o Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto foi fechado em abril de 2018, e foi instalado atendimento de emergência no Hospital de Base, com internações alocadas em área externa, no Hospital Crescêncio Silveira, pertencente ao Hospital de Base. Os (As) pacientes ambulatoriais do HAP são encaminhados (as) aos seus municípios, inclusive os (as) de Vitória da Conquista, assim como a dispensação de medicamentos. Nessa configuração, cada município fica responsável pelo atendimento dos (as) seus (suas) pacientes nos CAPS, onde os munícipes terão suporte em seu adoecimento na especialidade.

Quando indagamos qual seria o local de tratamento do (a) enfermo mental, podemos observar que as respostas tendem a considerar que depende do diagnóstico do (a) paciente.

3.2.12 A opinião dos (as) entrevistados (as) quanto à hospitalização ou não do paciente

Quanto a opinião dos médicos (as) sobre o local de atendimento do paciente, observamos que as respostas indicam que o atendimento hospitalar deve ocorrer sobretudo em situações de emergência, em casos de extrema necessidade. Os atendimentos subsequentes devem ser encaminhados aos ambulatórios, e avaliados caso a caso.

Observemos as respostas à questão em que pedimos que citassem pontos negativos e positivos da internação do paciente:

No Hospital Afrânio Peixoto, quase todos negativos [aponta as deficiências percebidas no Hospital Afrânio Peixoto e deplora pela rejeição que sofrem os pacientes]. Rejeição é terrível [*meneia a cabeça várias vezes, ao entender que o (a) paciente terá que conviver com a rejeição pela própria doença e pelo estigma da internação psiquiátrica, como uma chaga a mais a ser carregada pela vida afora*]. (AL).

Destarte ressalta que uma ala hospitalar para tal atendimento é o ideal:

O modelo para extinguir o hospital psiquiátrico seria maravilhoso, uma ala só para a psiquiatria. Como a enfermaria 3D do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) [menciona o modelo onde é possível trabalhar com outras especialidades, embora alguns (algumas) médicos (as) não se sintam confortáveis com o (a) paciente psiquiátrico (a)]. Tem a maior pressa que a psiquiatria faça

logo a visita ao doente [faça o exame, a suspeita diagnóstica, os exames complementares e estabeleça tratamento]. Uma pressa, uma agonia [numa alusão a um sonho dos (as) profissionais, que é uma área adaptada e exclusiva aos pacientes psiquiátricos dentro do hospital geral onde possa atender de uma forma acurada, sem pressões, sem correrias]. (AL).

Como ponto positivo, destaca: “[...] Quando bem-sucedido” é [...] tirar do surto e voltar [o paciente] ao convívio da família” (AL).

Em outra entrevista, foram citados os seguintes pontos negativos da internação:

Falta individualização. Tudo misturado no mesmo barco. Privação da liberdade [*essa crítica reporta aos (às) pacientes de ambos os sexos mantidos (as) na mesma ala, acompanhada à ideia da precarização de lazer e ocupação*]. Onde fica o lazer? A ocupação? (ES).

E, como pontos positivos em internação hospitalar, necessário em situações de crise:

É necessário ao psicótico, no momento de contenção de crise, onde há ameaça para a vida de terceiros (ES);

Há privação da liberdade [*o hospital tira a liberdade ao fazer observação contínua ao paciente, mas possibilita tratamento na crise*], mas dá possibilidade de assistência à crise (SE).

Continuando com os pontos positivos e negativos da hospitalização, são relatados como positivos: “Garantir a integridade do paciente e terceiros durante uma crise” (SC).

Como pontos negativos, lembra o estigma e a desumanização das internações psiquiátricas: “Exclusão e desumanização” [*nessa fala, podemos observar todo o peso da exclusão percebida pelo profissional sobre o paciente*] (SC).

Outra fala lembra do custo do tratamento: “Tudo muito caro [...] pacientes demais [...]” (SP). Mas:

Mesmo com deficiências, age na região [o hospital Afrânio Peixoto continua sendo o local de socorro ao paciente psiquiátrico na região, hoje sendo substituído pelo hospital Crescêncio Silveira], dá acesso continuado a quem precisa e nunca teve [numa alusão de que existem regiões, pessoas, que não têm acesso a um tratamento adequado]. (SP).

Um relato reporta que “depende do profissional [que está prestando o serviço no momento]. Paciente, pra mim, é tudo igual” (RJ). E que o tratamento no: “Hospital é muito caro, muita gente, muita despesa. Empresa cara que depende de gente. Pacientes, familiares, tudo é gasto. Hospital é difícil e caro” (RJ).

Positivos quando há necessidade de internação, principalmente em pacientes que estão auto ou heteroagressivos: “A preservação da integridade física do paciente; preserva a integridade do outro, como familiares e transeuntes, e como local de aprendizagem continuada aos profissionais da área e aos novatos” (PE). Como negativos: “A segregação [o paciente psiquiátrico é objeto de descaso e segregação] e os efeitos colaterais dos psicotrópicos” (PE).

Nesse item, podemos observar a referência ao papel do hospital psiquiátrico da cidade como local de estudo, observação e aprendizagem no acompanhamento a pacientes agudos e hospitalizados, de grande utilidade social de ensino para estudantes e profissionais da área, possibilitando melhoria das práticas e observações longitudinais ao paciente. No atendimento longitudinal, pode ser observado o comportamento das patologias, podem ser realizados cuidados acessórios, dada a necessária atenção a síndromes metabólicas e cuidado nas intercorrências especiais, como estados gestacionais.

Nesse âmbito, há um fator de extrema importância, que é o funcionamento do hospital como local de formação e especialização de profissionais para atender às demandas da área. Uma questão delicada é que não podemos ignorar que o paciente psicótico, quando em situação de rua, pode gerar conflitos a terceiros, a transeuntes.

Um (a) entrevistado (a) cita como ponto positivo: “Manejar casos graves” (BA). E, como ponto negativo, diz de forma incisiva que o problema é o preconceito generalizado ao doente mental: “Preconceito. É ‘louco’, não serve pra nada” (BA).

Um (a) entrevistado (a) abordou apenas os aspectos positivos, como a mitigação ou a cura como a razão de existir do hospital. Vejamos:

Proteção do paciente e terceiros, diminuição da exposição social e moral do paciente, aderência ao tratamento medicamentoso [lembrando que é usual, ao paciente, a aceitação e adaptação à estratégia terapêutica em ambiente hospitalar], melhor suporte social. (PR).

Outro (a) entrevistado (a) insiste na seguinte reflexão: “Com os 21 leitos atuais [no Hospital Crescêncio Silveira, pode faltar leito hospitalar ao paciente que está chegando para internação], o paciente fica desassistido” (RS).

Observamos a existência de um pensamento de que o hospital protege o paciente em crise, isto é, o hospital é necessário ao paciente psiquiátrico em estado de vulnerabilidade física e emocional. A maior parte dos (as) médicos (as) considera a necessidade de hospitalização do (a) doente em crise, embora quase sempre não seja realizada de forma ideal, multiprofissional e em termos de ambiente de lazer e ocupação, no acompanhamento hospitalar. Após a alta hospitalar, inicia-se o tratamento ambulatorial, que dá sequência ao atendimento do (a) paciente.

3.2.13 Pontos positivos e negativos do tratamento ambulatorial na opinião dos (as) entrevistados (as)

Quando apresentamos o questionamento acerca dos pontos positivos e negativos no tratamento no âmbito ambulatorial, observamos que, na visão dos (as) entrevistados (as), esse tratamento deve ocorrer em pacientes compensados (as), para manutenção e prevenção a quadros agudos. Vejamos as ponderações em relação a essa modalidade de atendimento:

Esta fala repete a posição anterior em relação à internação hospitalar, ou seja, o sucesso do tratamento ambulatorial também está na dependência do profissional que está atendendo o (a) paciente.

Depende de quem está à frente, depende do profissional médico. Se tem quem cuida [reporta aos cuidados domiciliares necessários ao (à) esquizofrênico (a) e ao (à) paciente de maneira geral e lamenta as internações por descuidos na medicação domiciliar. Reporta aos (às) cuidadores (as) que levam, não dão o medicamento, diante do trabalho que o (a) paciente dá. Há casos em que a família não administra os medicamentos para piorar o quadro apresentado, pretendendo nova internação], a quem encaminhar o paciente, já está bom (RJ);

No ambulatório, positivo é rever o paciente. A continuidade [lembrando que a continuidade do tratamento é uma questão primordial no sucesso terapêutico, sendo necessária, após cessada a crise, com a alta hospitalar] (SP);

Maior comodidade [aos (às) envolvidos (as)], pouca segregação e profilaxia [a possibilidade de atuar com profilaxia; no ambulatório, evitando novas crises psicóticas]. Como negativos, talvez a duração

[reportando à contumaz longa duração dos tratamentos em esquizofrenia] (PE);

Vejo só o bem; ficar com a família, ele volta, remite na grande maioria dos casos [Com esta fala, podemos entender que é bom alvitre deixar o paciente com familiares, que cuidam para que o tratamento tenha seguimento. Mesmo que não melhore de imediato, há sempre a possibilidade de remissão do quadro] (PE);

Quando um paciente chega surtado em consultório, desço, vou à ambulância, medico e mando voltar com um tempo devido, evitando a internação. Tenho bons resultados e evito internação (AL);

No ambulatório, o ambiente familiar é mantido e é preservada a autonomia do paciente (ES).

Como o lado negativo do ambulatório, tivemos duas opiniões, acerca da oferta menor que a demanda do serviço e as dificuldades em administrar os medicamentos em casa.

Muitos pacientes, poucos médicos (SP);

A forma como é feito atualmente: excesso de pacientes; nos moldes atuais, bem ruim (ES);

Dificuldade do paciente e familiares em usar o medicamento da forma correta [a prescrição, a dosagem, o horário, medicamentos concomitantes, não interrupção, reportando à dificuldade do paciente de cuidar da automedicação, como também à do cuidador de administrar corretamente os fármacos. É uma situação repleta de temores, erros e omissões] também administrar (AL).

Há relato sobre a ausência da multidisciplinaridade e da continuação do tratamento: “Não consegue fazer assistência integral, é picotado, não é integral” (SE). E faz uma avaliação e relata como positivo: “Mas tem a possibilidade de inserção. Vai à comunidade e volta” (SE).

E “Permite a permanência do paciente no seio da família e na sua comunidade” (SC), e também, concorda como ponto negativo: “Ausência de multidisciplinaridade” (SC). E infere como ponto positivo essencial: “Inserir o paciente no contexto” (BA). Esse (a) entrevistado (a) cita o ponto negativo, ruim, no viés do ambulatório, que não tem suporte para casos graves: “Não consegue manejar casos graves” (BA).

Um (a) entrevistado (a) elenca, em relação ao tratamento ambulatorial: “Diminuição do estigma, inserção do paciente na sociedade, [permite] acompanhamento longitudinal e boa adesão [apresenta aceitação ao tratamento e ao medicamento]” (PR), e se nega a comentar as negatividades desse tratamento.

Em relação ao CAPS, vimos que os (as) médicos (as) consideram que o tratamento ambulatorial é o ideal em pacientes compensados. Pode-se observar opiniões positivas, inclusive em relação ao abrandamento do estigma ao paciente, que pode ter seguimento das orientações e medicamentos em casa, no convívio dos seus familiares e na sua comunidade, propiciando a integração social. O CAPS propicia os retornos ao ambulatório para avaliação da evolução natural da doença, bem como o acompanhamento constante de estabilização ou melhora do quadro.

Como dificuldades, vimos que podem esbarrar no acompanhamento dos (as) pacientes por parentes ou cuidadores (as), ocasionando erros de administração em doses, ou na questão dos horários, na troca de fármacos, na diminuição e espaçamento das doses e interrupções, que podem levar ao retorno à internação hospitalar.

Em dada resposta, observamos preocupação em relação ao (a) cuidador (a), uma questão recorrente colocada para os (as) profissionais da área, como a exaustão de lidar com pacientes difíceis, crônicos, inclusive em fazer uso da medicação de forma correta: “E o paciente ambulatorial, quem vai dar o remédio? E quem cuida dos cuidadores?” (RS).

É perceptível que as visões dos médicos e médicas sobre o lugar do tratamento de enfermos psiquiátricos apresentam preocupações quanto ao pessoal qualificado para esse trabalho, o local a ser feito, os atores, a eficácia e eficiência, mostrando a apropriação de um debate que segue ocorrendo no país.

Observamos falas permeadas de memórias e representações de “louco e loucura”, das diversas concepções e conceitos de psiquiatria, assim como visões no trato de uma questão social, pública, de responsabilidade médica, e do Estado.

Enfim, inegável o fato de que médicos e médicas se apoiam em representações de experiências vividas de caráter comum e profissional, nas suas formações científicas próximas e diversas, manifestando um conjunto de memórias e representações coletivas que permeiam suas visões. Assim, poderíamos concluir dizendo que certamente memória e representações são temas que não poderiam ser desconsiderados no presente processo de discussão.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz do referencial da Teoria da Memória social e coletiva, com vistas à Teoria das Representações Sociais, buscamos compreender, por meio de pesquisa realizada com médicos e médicas, as visões sobre a “loucura” no senso comum, como preceitos das supracitadas teorias comparecem na memória construída socialmente e na memória individual e coletiva de caráter profissional.

Formados (as) em grupos de pertença social, familiar e profissional, os (as) médicos (as) rememoraram representações sobre o louco e a loucura no seio das relações sociais próximas e comuns.

A pesquisa evidenciou que as memórias das representações da loucura estão presentes no grupo estudado, mas são superpostas por outras formas técnico-científicas do manejo dessa doença, a esquizofrenia, como ocorre em outras áreas do conhecimento.

Nas entrevistas compareceram histórias, sentimentos, emoções que revelam muito sobre o (a) doente, a trajetória e o percurso de médicos e médicas nessa área. Durante as entrevistas, foram observados aspectos sutis entre os (as) entrevistados (as), como posturas pungentes e pensativas, memórias de casos antigos de pacientes graves e hospitalizados (as), lembranças escuras de suicídios e homicídios em hospitais psiquiátricos.

Em relação aos primeiros contatos, quando ainda estudantes de medicina, vimos que continuam as opiniões negativas, de colocações semelhantes às do senso comum, lembrando cárceres e maus-tratos.

A escolha pela psiquiatria foi pouco festejada, apenas três dos (as) dez entrevistados (as) foram aplaudidos (as) por parentes e amigos (as), pois há uma representação construída de que essa doença oferece riscos aos (às) pacientes e aos (às) profissionais que trabalham com eles (as). Há um lugar de medo e mesmo de pavor quanto ao potencial agressivo que esses (as) doentes oferecem, representando a possibilidade dos (as) médicos (as) serem agredidos (as) ao atender um (a) paciente portador (a) de esquizofrenia, e até mesmo de virem a adoecer nesse ambiente prenhe de sofrimentos.

Para muitos (as) médicos (as), a psiquiatria representa uma especialidade de chegada, como 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 o outro, com o (a) paciente, enfim, um sem fim de vicissitudes. Observamos a atenção e a oportunidade de tentar entender o normal, anormal e o patológico como entidades distintas e de aprendizagem permanente diante do (a) paciente, em um espaço de trabalho e de respeito a uma dor plural, sem remédio imediato.

Ao longo da pesquisa, observamos que a memória revivida pelos (as) médicos (as) psiquiatras entrevistados (as) transita entre o conhecimento do senso comum e o preparo técnico, numa visão socioprofissional que se articula diante da realidade vivenciada, formando uma rede de memória dessas experiências, que desemboca no entendimento do (a) paciente.

Ficou patente que os fenômenos sociais enquanto senso comum ordenam-se numa dialética com a formação acadêmica, evidenciados nas trajetórias e experiências vividas pelos médicos(as) entrevistados(as). Pudemos observar, em suas contradições, como o (as) profissionais operam com esses saberes, sendo determinante que o saber de natureza científica se torna o ponto de ancoragem, quando o questionamento é sobre o(a) paciente portador da esquizofrenia.

Muitos dos(as) profissionais que lidam com uma doença de prognóstico sombrio compreendem que a loucura pode ser um lugar comum ao qual todos podem estar vulneráveis. Nas entrevistas, podemos observar que trabalhar com o psicótico é um desafio cotidiano, sejam nas crises iniciais ou nos quadros de agudização do estado de saúde. Segundo os(as) médicos(as) entrevistados(as), existe um progresso nos tratamentos oferecidos na atualidade, mas, de alguma forma, não são atendidas todas as demandas.

Quando a questão é o lugar de existência do louco na sociedade, as opiniões são expectantes, pois ainda não foi encontrada uma maneira de promover a total inclusão de doentes que têm posicionamentos bizarros diante da vida cotidiana, eis que eles não primam pelo acomodamento diante de regras sociais, nem mesmo às de conduta.

As internações hospitalares são vistas como necessárias nas crises e dispensáveis quando o quadro agudo se estabiliza, o que é o desejo unânime e pelo qual trabalham os (as) profissionais. Assim, o lugar do “louco” obedece a um espaço de medo e exclusão, tanto o medo de estar algum dia naquele lugar, como um medo derivado do senso comum, onde tememos o desconhecido, o que não é razoável, o diferente e agressivo.

Em relação ao cuidado por parte do Estado, o ambulatório (na figura dos CAPS), na intenção de promover a inserção na vida comunitária, é citado como o local de existência para pacientes compensados (as). Diante das respostas dos (as) entrevistados (as), fica implícito que a sociedade mantém as representações de medo e conseqüente exclusão do “louco”, sempre alvo de olhares enviesados, como doentes evitados (as) e temidos (as). O hospital, mesmo não sendo o ideal, aparece nos relatos como um lugar de atendimento das crises, onde o (a) paciente pode alcançar melhoras e tem o resguardo da sua personalidade garantida na instituição, evitando sua exposição a terceiros.

Com esta pesquisa, ficou evidente para nós a importância de estudos multidisciplinares para discutir o desafio oferecido pela “loucura”, doença bastante conhecida pelo senso comum. Entretanto, como há necessidade de pesquisas que observem o cotidiano, a trajetória e a memória dos (as) profissionais, procuramos atender a essa lacuna, apresentando representações e memórias médicas acerca desta enfermidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, E. **Medicina**: uma viagem através dos tempos. 2010. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/ea000722.pdf>. Acesso em: 7.jan.2017.

ALENCAR, P. S. S.; AMARANTE. P.; ALVES, D. S. N. **Memória da loucura, a história da loucura no Brasil**. Reforma psiquiátrica – Início da mostra em São Paulo. Brasília: Centro Cultural de Saúde; Coord. Nacional de Saúde Mental; Ministério da Saúde; SUS Sistema Único de Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos06.html>. Acesso em: 08 out. 2017.

ALVARENGA, P. G. **Fundamentos em psiquiatria**. Barueri, SP: Manole, 2008.

ARAÚJO, A. C.; Lotufo NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM V. **Jornal de Psicanálise**, v. 46, n. 85, p. 99-116, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Programa de Educação Continuada (PEC). **Provas 2000-2003**. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Coogan, 2004.

BAHIA. Assembleia Legislativa da Bahia. Disponível em: www.al.ba.gov.br. Acesso em: 2 jun. 2017.

BAHIA. **Saúde**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br. Acesso em: 8 dez. 2019.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Assessoria de Comunicação Social. **Hospital Afrânio Peixoto, em Vitória da Conquista, será completamente reformado**. 2 fev. 2017. Disponível em: <http://www.pmvc.ba.gov.br/wp-content/uploads/Nota-Sesab.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

BRASIL. Lei n.º 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**, Brasília, DF, seção 1, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Juliano Moreira: o mestre. A instituição**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/julianomoreiramestresinstituicao1pdf>. Acesso em: 8 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>. Acesso em: 20 dez. 2018.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, V. 24, n. 3, p.741-763. 2014. Disponível em: <http://scielosp.org/pdf/physis/2014-v24-n3/741-763pt>

CARDOSO, S. H. Cerletti. **Cérebro & Mente**, n. 4, set./nov. 1997. Disponível em: www.cerebromente.org.br/n04/historis/cerletti.htm. Acesso em: 15 out. 2019.

CHAPMAN, H. A.; SILVA, D. V. e. Estrefossimbolia. **Jornal Brasileiro de Medicina**, 1978.

CHAPMAN, H. A.; SILVA, D. V. e. Autismo infantil. Um problema diagnóstico em Pediatria e Clínica Geral. **Jornal Brasileiro de Medicina**, 1979.

CHAPMAN, H. A.; SILVA, D. V. e. Folie à deux dissociative disorder in prepubertal children. Report of two cases with eegs. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 56, 1998.

CHAPMAN, H. A.; SILVA, D. V. e. Disfunção cerebral mínima em crianças. Uma diagnose para ser aceita com muita cautela. **Jornal Brasileiro de Medicina**, 1980a.

CHAPMAN, H. A.; SILVA, D. V. e. Encoprese em crianças. **Jornal Brasileiro de Medicina**, 1980b.

COELHO, L. C. A Organização Familiar no Antigo Egito: um Estudo Através de Fontes do Reino Médio (2040-1640 a.C.). In: JORNADA DE HISTÓRIA ANTIGA: VIDA, MORTE E MAGIA NO MUNDO ANTIGO, 7, 2007. **Anais [...]** Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2007. v. 1. p. 97-104.

COSTA JÚNIOR, F.; MEDEIROS, M. Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. **Psicol.**, USP, São Paulo, v. 18, n.1, 2007. Doi: 10.1590/S0103-65642007000100004.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DURKHEIM, E. **Da divisão social do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

FIDALGO, T. M.; SILVEIRA, D. X. (org.). **Manual de psiquiatria**. São Paulo: Roca, 2010.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 4. ed. São Paulo: Perspetiva, 1995.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

GALDINI, A. M.; DALGALARRONDO, P. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 4 Dec. 2000. Disponível em: www.scielo.br/sielo.php?script=sci_arttex&pid=S1516-4462000000400007. Acesso em: 8 dez. 2019.

GONZÁLEZ, M. de A. Teorías en diálogo: representaciones sociales y memoria colectiva. **Revista de Ciencias Sociales y Humanidades**, año 37, n. 80, p. 131-151, eno./jun. 2016.

- HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo, SP: Vértice, 1990.
- HOSPITAL AFRÂNIO PEIXOTO (HAP). **Relatório resumido do médico-chefe**, de 1º de agosto de 1966. (Disponibilizado acesso ao documento em: 15 maio 2017).
- JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.
- JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. São Paulo: Vozes, 2015.
- KAPLAN, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- LAURENTI, R.; NUBILA, H. B. V.; QUADROS, A. A. J.; CONDE, M.T.R. P. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 71, n. 9A, p.3-10, 2013. Doi: 10.1590/0004-282X20130111.
- LEVY, I. **Os duzentos anos da medicina oficial no Brasil**. 2008. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/artigos/impressao.asp?id=944#>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- MAGALHÃES, L. D. R.; SANTOS, P. M. dos; SOUZA, D. M. R. de. Memória e transmissão das experiências como desafios para os estudiosos da educação. **Revista HISTEDBR** On-line, Campinas, n. 36, p. 105-114, dez. 2009 - ISSN: 1676-2584. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/36/art08_36.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.
- MIRANDA-SÁ JÚNIOR, L. S. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 2, p.156-158, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Editado em inglês por Gerard Duveen traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- MOSER, C. M.; LOBATO, M. I.; BELMONTE-DE-ABREU, P. Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria do Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, Sep./Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000300009. Acesso em: 15 out. 2019.

NEUFELD, P. M. Uma breve história dos hospitais. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=748646&indexSearch=ID>. Acesso em: 12 jan. 2018.

NUBILA, H. B. di; BUCHALLA, C. M. **O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade**. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.324-335, jun. 2008. Doi: 10.1590/S1415-790X2008000200014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças (CID)**. Manual da Classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. Brasil: OMS, Ministério da Saúde, USP, 1980. v 1. (Distribuição gratuita).

PESSOA, S. B. **Ensaio médico-sociais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1978.
PESSOTI, I. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas em Psicologia**, v.14 n. 2, p. 113-123, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n2/v14n2a02.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, out./dez. 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ROSÁRIO, A. B. do. Disponível em: enciclopedia.itaucultural.org.br. Acesso em: 28 ago. 2019.

SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. **Diálogos com a teoria das Representações Sociais**. Recife: Ed. Universitária, 2005.

SILVEIRA, N. da. Médica psiquiatra. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 22, n. 1, mar. 2002.

SONENREICH. C.; ESTEVÃO, G. **O que os psiquiatras fazem: ensaios**. 2. ed. São Paulo: Leitura Médica, 2012.

SOUSA, A. de Q. **Leishmaniose cutânea no Ceará: aspectos históricos, clínicos e evolução terapêutica**. 2009. 285f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, CE, 2009. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2688/1/2009_tese_aqsousa.pdf. Acesso em: 9 dez. 2019.

SOUSA, A. T. **Curso de história da medicina**. Das origens aos fins do século XVI. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.

STEDMAN, T. L. **Dicionário médico**. 27. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

TARELOW, G. Q. **Antonio Carlos Pacheco e Silva**: psiquiatria e política em uma trajetória singular (1898-1988). 2018. 383p. Tese (Doutorado) - da Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-06052019-101223/publico/GustavoQuerodiaTarelow.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA completa 208 anos de fundação. **UFBA em Pauta**, 18 fev. 2016. Disponível em: https://www.ufba.br/ufba_em_pauta/faculdade-de-medicina-da-bahiaufba-completa-208-anos-de-funda%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 20 dez. 2018.

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia social**. 9. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica - Uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

Entrevistadora: Ednéa Conceição Correia Santos.

Local: Vitória da Conquista, Bahia.

Entrevistados: dez médicos (as) psiquiatras que aceitaram ser entrevistados e que são colaboradores neste trabalho, a quem rendemos sincera homenagem e gratidão.

Período: 30 de junho a 12 de julho 2018.

Variáveis identitárias

I – Condições de produção das representações:

1. Nome (opcional); ou pseudônimo (opcional)
2. Idade
3. Sexo
4. Estado civil
5. Escolaridade dos pais
6. Lugar de origem
7. Religião; caso tenha, qual?
8. Faculdade
9. Ano de formatura
10. Idade em que se formou
11. Especialidade
12. Por que escolheu trabalhar em psiquiatria?
13. Antes ou após a formatura?
14. Pós-graduação / outros; na área, exemplifique.
15. Trabalha em hospital psiquiátrico? Caso sim, há quanto tempo? Quais?
16. Trabalhou em hospital psiquiátrico Sim () Não () Por quanto tempo? Quais?

II – Campo de informação

Alguma vez já consultou material acerca do tema “representações sociais”?

III – Campo de representação

Questionamentos:

1. Qual é a imagem que vem em sua mente quando é enunciada a palavra “louco”?
2. O que representou, quando estudante, os seus primeiros contatos com a área da Psiquiatria?
3. Por que você escolheu a Psiquiatria como área de atuação médica?
4. O que seus parentes e amigos acharam dessa escolha?
5. Para você, quais eram as razões das pessoas emitirem essas opiniões?
6. Hoje, o que representa para você o seu trabalho com o psicótico?
7. Qual sentimento representa para você essa característica da quebra da biografia do paciente F20, em certos casos?
8. No modelo social vigente entre nós, qual o lugar social, o local de existência do louco?
9. Em sua opinião, o que significa o temor que temos do louco?
10. Devemos temer a loucura?
11. Aponte pontos negativos e positivos do tratamento hospitalar e do ambulatorial

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE****CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu,, abaixo assinado, após a oportunidade de conversar e esclarecer minhas eventuais dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar deste estudo como voluntário (a) em uma entrevista realizada a médicos que trabalham ou trabalharam em unidade hospitalar, versando sobre o tema a loucura e o louco, onde não há identificação dos participantes. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora que esta entrevista faz parte dos trabalhos de uma Tese para Doutorado e suas publicações acadêmicas, e está dentro do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, PPGMLS – UESB, Vitória da Conquista, Bahia. Dentre os procedimentos desta Tese de Doutorado, faz parte entrevistas coletadas sobre o tema loucura e o louco, que serão analisados academicamente em suas similitudes, assim como os possíveis olhares e entendimentos unicistas acerca do tema. Foi-me garantido que esta participação na entrevista está isenta de quaisquer despesas.

.....
Assinatura do participante

.....
Ednéa Conceição Correia Santos

Pesquisadora

Endereço: UESB- PPGMLS, Estrada do Bem Querere, S/N, Candeias, Vitória da Conquista, Bahia

E-mail: edneavesb@gmail.com

Telefone: (077) 2101 0500