

**Ana Leonor Pereira
João Rui Pita
(Eds)**

**I JORNADAS
DE
HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

COIMBRA

**CENTRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DO SÉC. XX
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA – CEIS20
GRUPO DE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA DA CIÊNCIA - GHSC**

2010

FICHA TÉCNICA

Título: I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: CEIS20-Grupo de História e Sociologia da Ciência

Colecção: Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História, Séculos XVIII-XX. N.º 2

Ano de edição: 2010

Impressão: Pantone 4

ISBN: 978-972-8627-22-5

Depósito Legal: 320220/10



ÍNDICE

Introdução

5-7

José Morgado Pereira

História da psiquiatria. Considerações historiográfico-clínicas

9-13

Luís Quintais

A perigosidade do agente e a emergência da psiquiatria forense portuguesa

15-23

Ana Inês Cruz

Breve incursão pela história da criminologia como ciência – debates sobre as influências endógenas e exógenas no acto criminoso

25-30

Cláudia Nogueira; Sílvia Portugal

As associações de apoio a pessoas com doença mental e o seu papel na desinstitucionalização psiquiátrica: contornos de uma história recente

31-35

Lia Raquel Neves

A urgência da promoção da saúde em meio escolar a par da prevenção em saúde mental

37-40

Fátima Alves

Dos hospitais psiquiátricos às famílias: contributos para a história das políticas de saúde mental em Portugal

41-43

Maria Margarida Claro

Políticas e organização dos serviços de saúde mental - séc. XXI

45-50

Ana Leonor Pereira

Estar / Ficar doente em Portugal há cerca de 150 anos: os primeiros hospitais de alienados

51-59

Saúl António Gomes

Fontes e casos da história da psiquiatria e saúde mental em Portugal

61-63

João Rui Pita

Uma proposta de formulário de medicamentos em Rilhafoles
65-71

Ruben Gaio

*Algumas terapias não medicamentosas utilizadas em psiquiatria
na primeira metade do Século XX*
73-78

Sara Repolho

*Imagens e representações dos psicotrópicos na imprensa médica portuguesa
(1950-1970): estudo de caso do “Jornal do Médico” e de “O Médico”*
79-83

Manuel Curado

A Teoria da Mente do Doutor Pedro Polónio
85-86

Virgílio Vasconcelos Ribeiro

*Miguel Bombarda – a medicalização da sociedade
e o poder médico como poder-dever*
87-92

Manuel Correia

*Julgamento psiquiátrico da inovação estética.
Os pintores da loucura de Egas Moniz*
93-94

Aires Gameiro; Augusto Moutinho Borges

*Egas Moniz e as Casas de Saúde do Telhal e da Idanha: facetas
desconhecidas de um Nobel*
95-98

Isabel Nobre Vargues

*O “caso” Adelaide da Cunha na comunicação e no jornalismo: como analisar
um exemplo de doença mental nos anos 20 do século XX?*
99

INTRODUÇÃO

Nos dias 29 e 30 de Abril de 2010 tiveram lugar na Sala de Conferências do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 as *I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. A iniciativa foi organizada pelo do Grupo de História e Sociologia da Ciência deste centro de investigação.

As Jornadas contaram com duas conferências plenárias. Uma da parte da manhã e da responsabilidade de Ana Leonor Pereira, professora da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra e a outra proferida por Manuel Curado, Professor da Universidade do Minho.

As Jornadas visaram fazer o ponto da situação actual dos estudos de história da psiquiatria e saúde mental no nosso país. Assim, incidiu-se na macrotemática da psiquiatria, da saúde mental, da psiquiatria forense e da medicina legal, enfatizando os contextos históricos, designadamente os enquadramentos científico-culturais e politico-normativo-institucionais.

O programa das Jornadas foi o seguinte:

Dia 29 de Abril

14h30 Abertura

14h45 *História da psiquiatria. Considerações historiográfico-clínicas* – José Morgado Pereira (CHPC – Sobral Cid; CEIS20 – Universidade de Coimbra)

15h00 *A perigosidade do agente e a emergência da psiquiatria forense portuguesa* – Luís Quintais (Dep. Ciências da Vida; FCTUC – Universidade de Coimbra)

15h15 *Breve incursão pela história da criminologia como ciência – debates sobre as influências endógenas e exógenas no acto criminoso* – Ana Inês Cruz (Socióloga; Doutoranda FLUC – Universidade de Coimbra)

15h30 Intervalo

15h45 *As associações de apoio a pessoas com doença mental e o seu papel na desinstitucionalização psiquiátrica: contornos de uma história recente* – Cláudia Nogueira (Socióloga; CES – Universidade de Coimbra) e Sílvia Portugal (Socióloga; FEUC; CES – Universidade de Coimbra)

16h00 *A urgência da promoção da saúde em meio escolar a par da prevenção em saúde mental* — Lia Raquel Neves (Mestranda em Saúde Pública, FMUC — Universidade de Coimbra)

16h15 *Dos hospitais psiquiátricos às famílias: contributos para a história das políticas de saúde mental em Portugal* — Fátima Alves (CEMRI; ISCTE — Universidade Aberta)

16h30 *Políticas e organização dos serviços de saúde mental - séc. XXI* — Maria Margarida Claro (Enfermeira; CPL Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)

16h45 Debate

17h30 Final dos trabalhos da primeira tarde

Dia 30 de Abril

10h00 – conferência — *Estar / Ficar doente em Portugal há cerca de 150 anos: os primeiros hospitais de alienados* — Ana Leonor Pereira (FLUC; CEIS20 — Universidade de Coimbra)

10h30 *Fontes e casos da história da psiquiatria e saúde mental em Portugal* — Saúl António Gomes (FLUC; CHSC — Universidade de Coimbra)

10h45 *Uma proposta de formulário de medicamentos em Rilhafoles* — João Rui Pita (FFUC; CEIS20 — Universidade de Coimbra)

11h00 Intervalo

11h15 *Algumas terapias não medicamentosas utilizadas em psiquiatria na primeira metade do Século XX* — Ruben Gaio (Farmacêutico; Doutorando FLUC; CEIS20 — Universidade de Coimbra)

11h30 *Imagens e representações dos psicotrópicos na imprensa médica portuguesa (1950-1970): estudo de caso do “Jornal do Médico” e de “O Médico”* Sara Repolho (Doutoranda FFUC; CEIS20 — Universidade de Coimbra)

11h45 Debate

12h30 Almoço

14h30 – Conferência — *A Teoria da Mente do Doutor Pedro Polónio* Manuel Curado (UM — Universidade do Minho)

15h00 *As prisões e a loucura segundo João Gonçalves* — Luís Bigotte Chorão (Jurista; CEIS20 — Universidade de Coimbra)

15h15 *Miguel Bombarda – a medicalização da sociedade e o poder médico como poder-dever* — Virgílio Vasconcelos Ribeiro (Advogado; Mestrando FLUC — Universidade de Coimbra)

15h30 *Julgamento psiquiátrico da inovação estética. Os pintores da loucura de Egas Moniz* — Manuel Correia (IST / UTL; CEIS20 — Universidade de Coimbra)

15h45 *Egas Moniz e as Casas de Saúde do Telhal e da Idanha: facetas desconhecidas de um Nobel* — Aires Gameiro (ISJD; CEIS20 — Universidade de Coimbra) e Augusto Moutinho Borges (ISJD; CEIS20 — Universidade de Coimbra)

16h00 Intervalo

16h15 *O “caso” Adelaide da Cunha na comunicação e no jornalismo: como analisar um exemplo de doença mental nos anos 20 do século XX?* — Isabel Nobre Vargues (FLUC; CEIS20 — Universidade de Coimbra)

16h30 Debate

17h00 Encerramento dos trabalhos

A Comissão Científica das Jornadas foi constituída pelos Professores Doutores Ana Leonor Pereira (UC-FLUC;CEIS20), que presidiu aos trabalhos e, ainda, João Rui Pita (UC-FLUC;CEIS20) e José Manuel Curado (UM)

A Comissão Organizadora foi constituída pelos professores referidos Ana Leonor Pereira e João Rui Pita e ainda pelos Drs. José Morgado Pereira (CHPC; CEIS20) e Isabel Luciano (CEIS20)

No dia das Jornadas foi publicado um livro de resumos organizado por Ana Leonor Pereira; João Rui Pita.

Um agradecimento final à Fundação para a Ciência e a Tecnologia — FCT — pelo apoio concedido.

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA. CONSIDERAÇÕES HISTORIOGRÁFICO-CLÍNICAS

JOSÉ MORGADO PEREIRA

Médico Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, Hospital Sobral Cid;

Investigador do CEIS20, Universidade de Coimbra.

E-mail: robalopereira@netcabo.pt

O papel dos historiadores profissionais da psiquiatria e dos psiquiatras que se aventuram na tarefa de historiadores parece bem distinta, mas a sua colaboração é necessária e o intercâmbio de informações enriquecedor. Têm diferentes sensibilidades perante as fontes, reflexo de diferentes formações, mas as distintas motivações e prioridades intelectuais só podem trazer enriquecimento e complexidade.

Otto Marx escreveu em 1992 que os psiquiatras que façam história devem manejar os modelos historiográficos vigentes e os historiadores devem conhecer as realidades da prática psiquiátrica e da doença mental dos dias de hoje.

Um dos erros conceptuais mais frequentes é o anacronismo que German Berrios definiu como o uso de categorias presentes para avaliar a documentação do passado e o desinteresse pelo contexto social e político. E que pode chegar à utilização de categorias nosológicas actuais, para diagnosticar quadros clínicos descritos em épocas anteriores, ou à valorização sobre acertos ou erros de certas práticas psiquiátricas do passado.

Este anacronismo historiográfico é por vezes denominado interpretação “whig” da história. Este anacronismo ou presentismo é frequente: O pensamento psiquiátrico actual é sempre o mais avançado, aquele a que se chegou graças ao desenvolvimento linear e progressivo da ciência psiquiátrica.

É pois necessário contextualizar adequadamente os factos e os processos psiquiátricos: se soubermos que a famosa libertação dos loucos, atribuída a Pinel e considerada o grande mito fundador da Psiquiatria não foi isolado, mas algo que se repetiu em muitos lugares da Europa coincidindo com as revoluções burguesas de fins do século XVIII e começo do XIX, percebemos que o nascimento da Psiquiatria ocorreu num contexto sociopolítico mais

amplo, e não como um gesto genial do grande Pinel. Todo o clima intelectual derivado do Iluminismo era comum a vários países do mundo ocidental e assim Chiarugi em Florença, William Tuke em Inglaterra, Pinel em Paris e Benjamin Rush em Filadélfia, desempenham de forma independente um papel semelhante no cuidar dos doentes mentais.

Desenvolveu-se uma historiografia tradicional que vai até aos anos 50 do século XX, que é panegírica, enfatizando as grandes personalidades, as conquistas positivas, científicas ou filantrópicas: medicalização e humanização da loucura, uso de princípios científico-rationais, superação do obscurantismo e da superstição, etc., em suma, uma legitimação científica e social da Psiquiatria. A publicação do livro de Gregory Zilboorg “A History of Medical Psychology” em 1941 é exemplar do interesse relevante que o tema começa a despertar, mas também do tipo de história proposta, ao traçar e seleccionar os desenvolvimentos da psiquiatria, que são elogiados ou criticados de acordo com o grau de antecipação ou rejeição da doutrina psicanalítica de Freud.

Zilboorg era um psicanalista russo emigrado nos Estados Unidos da América e igualmente o conhecido livro de Alexander e Selesnick (1966) não escapa a este indutivismo metodológico. Também os prefácios aos livros e tratados de Psiquiatria faziam com frequência resumos históricos centrados nas grandes figuras, no processo evolutivo dos maus-tratos e abandono para a humanização e a hospitalização. Anote-se que na segunda metade do século XIX, a Psiquiatria era concebida quase exclusivamente do ponto de vista das Ciências Biológicas.

Nos anos 60 e 70, inicia-se uma historiografia crítica ou revisionista, que se caracteriza pelo papel das ciências sociais, o predomínio de análises externalistas, os pressupostos sociais e culturais e a loucura encarada como mito ou construção social, e as instituições psiquiátricas encaradas como instrumentos de controle social. Conforme escreveu Scull “... onde a tradição via o asilo como farol do progresso e da esperança, passou a ver-se uma instituição repressiva, onde os médicos eram a autoridade científica e humana, passaram a guardiões da ordem concentracionária de instituições totais.

Edward Shorter acusa a historiografia crítica de não se basear em realidades históricas, mas apenas em convicções ideológicas. É verdade que não é possível fazer história sem ideologia, mas é necessário explicitar os objectivos da investigação e ter a honestidade de o reconhecer abertamente quando as hipóteses prévias não se confirmarem.

Em 1961, é publicado o livro “ Histoire de la Folie à l’Age Classique “ de M. Foucault, que provocou um enorme interesse pelo tema tendo desde aí, vindo a desenvolver-se uma historiografia sobre a institucionalização dos doentes mentais, também com claras influencias contra-culturais e do movimento anti-psiquiatrico.

Goffman e Szasz publicam também livros muito críticos da Psiquiatria como ciência e como instituição terapêutica, enfatizando características de marginalização e segregação dos asilos. E depois Castel, Klaus Dörner e Andrew Scull escrevem histórias sociais da Psiquiatria. Quanto aos trabalhos de Foucault e de alguns discípulos seus, e a despeito dos seus méritos, têm vindo a ser acusados de especulativos, pouco rigorosos no estudo das fontes, e com tendência para generalizar esquemas interpretativos, talvez válidos em certos países e em contextos geográficos e históricos, mas não generalizáveis para outros com diferentes realidades políticas e sociais.

Mas é inegável a importância do seu livro, porque colocou em causa a visão linear de progresso e humanitarismo que a história mais tradicional considerava evidente nas instituições psiquiátricas. A denominada história social é também uma historiografia crítica. Lanteri-Laura, é um bom exemplo; embora longe das posições de Foucault, faz uma história institucional e também internalista, sendo professor de ciências sociais na Escola de Altos Estudos e clínico com formação filosófica. O seu estudo sobre “A Cronicidade em Psiquiatria” (1972) é um bom exemplo do seu trabalho. Também Erwin Ackerknecht e George Rosen devem ser referidos, tendo este último o mérito de incluir nos seus trabalho a história da doença e dos doentes.

A partir dos anos 70 o número de trabalhos cresce incessantemente e diversifica-se: histórias nacionais da psiquiatria, história das doenças, e entrelaça-se não só com a história da medicina, mas também com a história da

ciência, com a epistemologia da ciência, e com a história das práticas, das instituições e das mentalidades.

Concluindo, a história da psiquiatria não pode ser entendida em termos exclusivamente médicos, pois sabemos que os seus critérios diagnósticos e abordagens terapêuticas variam com a cultura, a sociedade, ou com a época histórica considerada.

Finalmente, desde a última década do século passado, a denominada escola de Cambridge tem advogado e praticado uma história conceptual da psiquiatria, uma história dos sintomas de feição predominantemente internalista, com grande repercussão e importância, sendo German Berrios o seu mais qualificado representante, tendo discípulos dispersos por vários países. O seu principal mérito é o de apresentar outra visão, que completa a história social e institucional. Depois, procura retomar a relação entre história e clínica, ao estudar a génese da psicopatologia descritiva, para tentar reconstruir uma semiologia inserida num sistema cognitivo, actualizada e aplicável no raciocínio clínico. E tem ainda o mérito de poder analisar, criticar e tentar superar o reducionismo dos sistemas classificativos anglo-saxónicos (DSM), muitos frágeis e redutores em termos conceptuais (ditos a-teóricos e claramente a-históricos) e de relançar o interesse pelo estudo da psicopatologia, sua história e renovação. Este lado crítico é importante e a revista “History of Psychiatry” dirigida desde 1990 pelo historiador Roy Porter e o psiquiatra German Berrios é o seu órgão mais importante, onde colaboram historiadores e clínicos. Roy Porter defende por exemplo que os escritos dos loucos podem ler-se como sintomas de enfermidades, mas também como comunicações coerentes em si próprias. Surgem também outros temas “novos” desde a mulher como sujeito histórico e o género como categoria analítica, ou a psiquiatria antiga, a relação com a psicofarmacologia, a relação com as neuro-ciências, ou com a psicologia. Também a história da psicanálise e da psiquiatria psicodinâmica suscitam muitas publicações, nomeadamente a partir de um livro de H.F. Ellenberger (1970), assim como a saúde mental, como tema mais vasto. Parece inútil citar outros autores bem importantes nesta síntese, preferindo fazer duas notas finais. A primeira, para salientar, que me parece indispensável

a constituição de equipas interdisciplinares, pois só participantes com orientações diferentes e complementares poderão criar uma autêntica história da psiquiatria. Uma história social e sociológica parece indispensável, e investigadores das ciências humanas darão uma contribuição necessária para a contextualização histórica, social, económica e política.

Por outro lado, G. Berrios mostrou-nos que os clínicos podem fazer história, nomeadamente internalista, para a qual o seu conhecimento é mais que valioso, é indispensável. A história dos sintomas mentais dificilmente poderia ser feita a não ser por um clínico, ou pelo menos sem a sua colaboração.

O cisma entre historiadores e clínicos parece assim ser coisa do passado. Finalmente, não podemos esquecer que a Psiquiatria existe porque existem doentes mentais, e a história não pode esquecer essa dimensão essencial, que é o facto da história da psiquiatria ser a história de seres humanos que são doentes e técnicos, organizados em equipas, aliados numa tarefa comum.

BIBLIOGRAFIA :

- Berrios, German - *History of Mental Symptoms*, Cambridge U.P. 1996
- Foucault, Michel - *Histoire de la Folie à l'Âge Classique*. Plon. 1961
- Lanteri-Laura , Georges – “La chronicité dans la psychiatrie française moderne”, *Annales E.S.C.*, 27, 1972, 548-568.
- Marx, O.M. – “What is the History of Psychiatry ? II”; *History of Psychiatry*, 3, 1992, 293-301.
- Scull, A. – “Psychiatry and its historians”, *History of Psychiatry*, 2, 1991, 239-250.
- Shorter, E. – *A History of Psychiatry*, Wiley and Sons. 1997
- Zilboorg, Gregory; Henry, George – *A History of Medical Psychology*, Norton. 1941

A PERIGOSIDADE DO AGENTE E A EMERGÊNCIA DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA

LUÍS QUINTAIS

Antropólogo, Professor do Dep. de Ciências da Vida, Faculdade de Ciências e Tecnologia
da Universidade de Coimbra;

Investigador do Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA)

E-mail: lfgsq@ci.uc.pt

Os debates sobre o crime e a loucura na transição do século XIX estão ligados a ideias acerca da “perigosidade” do agente ou da sua “temibilidade”. Se nem todos os alienados eram perigosos, muitos eram-no *de facto*, ou seja, a definição de perigosidade ou temibilidade do agente era a função reguladora de uma verdade por natureza, de um dado incontornável e inapagável da substância ou constituição monstruosa do agente do crime. A perigosidade estava aqui associada a um certa concepção do monstruoso ou teratológico. Aquilo a que vamos assistir na transição do século XIX, com a emergência e consolidação da psiquiatria forense, é justamente a constituição de um dispositivo epistemológico e jurídico que visava não apenas cartografar eficazmente as figuras do teratológico, mas também, e concomitantemente, potenciar medidas que, administrativamente, lidassem com essa função do monstruoso enunciada através da temibilidade do agente. O que o dispositivo se propunha era implementar, por um lado, o escrutínio antropológico do agente do crime, e, por outro, caso fosse este considerado um alienado perigoso, enquadrar o seu caso numa solução administrativa que defendesse a sociedade.

O debate então travado foi, como podemos imaginar, particularmente decisivo para a nova ordem epistemológica e jurídica em que se passou a abastecer a penologia europeia do período. Os apóstolos da “defesa social” procuravam monitorizar as eventuais fontes de risco inscritas na antropologia mórbida do sujeito. A individualização da pena exigia, deste modo, uma prospectiva do risco. Uma prospectiva que se opunha, claramente, às pretensões da escola clássica que associavam a cada crime (à *acção*) um

conjunto específico (supostamente “justo”) de penas. A escola positiva destacava antes a relevância do *agente* para a produção de uma sanção ou de uma medida administrativa que se adequasse ao caso individual. Estas ideias tornaram-se particularmente influentes em Portugal na transição do século XIX. Júlio de Matos e Miguel Bombarda foram dois prosélitos maiores de tais correntes que circulavam então entre as elites europeias.

Matos foi um discípulo destacado das ideias de Lombroso e Garofalo. No significativo prefácio à sua versão do tratado de Garofalo, *Criminologia: estudo sobre o delito e a repressão penal* (1893), Matos comenta as posições deste criminólogo, sublinhando, justamente, as suas ideias de *prevenção* e de *temibilidade*:

“Bastará dizer que a escola criminal italiana positiva de que o professor napolitano é um dos chefes, estuda o delito e a repressão penal sob um critério naturalista: os seus métodos são os experimentais, os seus instrumentos de análise as estatísticas, os seus elementos documentais os fornecidos pela psico-fisiologia e pela antropologia, enfim o seu ideal a defesa da sociedade pela profilaxia do crime e pela sua repressão. § Como, para prevenir e combater a doença nos indivíduos, a medicina criou, fundada no estudo das causas e dos sintomas mórbidos, uma higiene e uma terapêutica, assim, para impedir a eclosão do delito e para evitar a sua recidiva, a ciência criminal tenta criar, fundada no conhecimento das condições genéticas do delito e nas qualidades do delinquente, uma higiene e uma terapêutica sociais” (Matos, 1893, p. xiii).

“À maneira da patologia quando proclama que não há doenças, mas doentes, a criminologia pode afirmar que não há crimes, mas criminosos. Daqui a indeclinável necessidade de estudá-los nas suas anomalias para poder-se eficazmente exercer sobre elas a repressão, terapêutica social do delito. § Ligado a este ponto fundamental da doutrina de Garofalo, está um outro da maior importância: para a defesa

colectiva, fim supremo de todos os estudos criminais, não é a responsabilidade do delinquente, mas a sua *temibilidade* o que nos importa conhecer. Que a agressão à sociedade parta de um irresponsável, de um responsável ou de um semi-responsável, importa mediocrementemente, porque não é de castigar o ofensor que se trata, mas de tutelar a sociedade ofendida. § A pena é uma arma positiva de defesa, não um instrumento metafísico de expiação” (*ibid.*, *id.*, pp. xv-vi).

Temibilidade e prevenção exigiam uma reorganização em profundidade do sistema penal. Uma reorganização modulada pela ciência, evidentemente. Sabemos que a constituição de um quadro institucional em que a verdade científica e a justiça se foram progressivamente aproximando foi um processo lento. Um dos seus elementos centrais tem a ver com a emergência da medicina legal ou forense, em sentido lato (de que a psiquiatria forense é parte integrante), em território português e sua consolidação institucional. Destaque-se também que é só em 1899 que se dá a organização dos serviços médico-legais em Portugal (lei de 17 de Agosto de 1899).¹

Antes de 1899 são, porém, implementados dois decretos decisivos. Refiro-me às leis de 4 de Julho de 1889 e de 3 de Abril de 1896. O primeiro procurava legislar sobre a rede administrativa (à escala nacional) em que se deveria fazer face ao problema institucional que a alienação mental comportava. O segundo compreendia jurisprudência para o caso de crime com suspeita de alienação mental.

Dir-se-ia que todas estas medidas, se traduzem numa espécie de imparável reorganização do sistema forense à luz de um modelo biopolítico.

¹ É apenas em 1900 se passa a ministrar o “ensino autónomo da medicina legal” nas escolas médicas do país. Pires de Lima escreve a este propósito: “Só em 1899 se organizou entre nós [...] este importante ramo de serviço público, e no ano imediato completava-se a excelente obra com a criação do ensino autónomo da medicina legal nas Escolas, separando-a da cadeira de higiene” (1906, p. 67; itálicos meus). Escreve ainda, num detalhado breviário dos “serviços médico forenses em Portugal”, o então Presidente da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, Azevedo Neves: “Em 1836 (art.º 83 do Decreto de 5 de Dezembro) criou-se em Coimbra a Cadeira de Medicina-legal e Higiene; em 1863 separaram-se da cadeira de clínica médica das Escolas de Lisboa e Porto (artigo 3.º da Lei de 26 de Maio de 1863) as disciplinas de higiene e de medicina-legal para constituírem uma nova cátedra, que começou a ser regida em 1864. Somente em 1899 se organizaram os serviços médico-forenses; em 1900 criaram-se as cadeiras de higiene e medicina-legal separadas” (1922, p. 198; itálicos meus).

Em suma, as leis de *Julho de 1889*, de *Abril de 1896*, e de *Agosto de 1899*, constituem, na sua globalidade, a plataforma reguladora (o “dispositivo” foucauldiano) a partir da qual a psiquiatria forense portuguesa passará a exercer as suas prerrogativas institucionais.

Mas atenhamo-nos àquilo que, neste contexto, se prende directamente com a perigosidade do agente.

Refira-se a lei de Abril de 1896. A sua moldura vocabular configura as ideias de perigo propostas pelos partidários da escola positiva, procurando, em conformidade, encontrar soluções para os criminosos alienados que fossem cientificamente reputados de perigosos. Nas suas disposições transitórias, e reportando-se à lei de Julho de 1889, escreve-se:

“Art. 29.º Enquanto não existirem as enfermarias anexas às cadeias penitenciárias, a que se refere o artigo 5.º da lei de 4 de Julho de 1889, ou o hospital a que se refere o n.º 1 do artigo 2.º da mesma lei, serão remetidos ao hospital de Rilhafoles os alienados a que aludem os artigos 13.º, 19.º, 25.º e 27.º da presente lei, e ali deverá ser feita a observação dos condenados em cumprimento de pena, quando não possa efectuar-se convenientemente na respectiva prisão” (*Colecção Oficial de Legislação Portuguesa*, 1896, p. 140).

Será nesse mesmo ano de 1896, que Miguel Bombarda irá inaugurar o famoso “pavilhão de segurança” do hospital de Rilhafoles. Porém, é com a publicação do decreto lei de *11 de Maio de 1911* que se fez, de forma notória, articular cabalmente esta nova concepção epistemológica e jurídica em que a psiquiatria forense se comprometia desde os pioneiros esforços do médico António Maria de Sena. Algum tempo após a proclamação da República, o governo português havia encarregado Júlio de Matos de gizar as bases em que se deveria fundamentar a assistência aos alienados em Portugal. A lei filiava-se (em texto introdutório) no trabalho seminal de António Maria de Sena que se havia traduzido na então abandonada lei de Julho de 1889 que autorizava o governo a construir quatro manicómios e enfermarias anexas às penitenciárias

(*Colecção Oficial de Legislação Portuguesa* 1911, p. 834). Procurava, pois, pôr cobro ao abandono, ou, nos seus próprios termos, a “reparar a monstruosidade que a monarquia nos legou” (*id., ibid.*). Nesta lei faz-se dividir as instituições manicomialis em categorias. Entre estas, destacava-se a dos “manicómios criminais”. A temibilidade é explicitamente convocada como um critério que exigiria medidas administrativas adequadas, fazendo muito claramente separar *dois tipos de figuras* diferencialmente avaliadas segundo o elemento de perigo que se lhes encontraria associado:

“Na terceira categoria, inscrevem-se os manicómios criminais, destinados à admissão, não só de uma parte dos delinquentes julgados irresponsáveis, por motivo de alienação mental, mas de alguns dos que, nos cárceres, enlouquecem, durante o cumprimento das penas. § A necessidade destes manicómios, algum tempo contestada, é hoje por toda a parte reconhecida. Claro está que muitos alienados podem praticar crimes, sem que por isso devam diferenciar-se de outros da mesma classe nosológica, internados sem desvantagem em manicómios comuns. Os crimes dos loucos podem não ser, com efeito, senão episódios ou acidentes fortuitos da evolução psicopática; e, neste caso, não denunciando uma particular *temibilidade* da parte dos doentes, não constituem motivo para o internato destes em manicómios especiais e diversos dos que servem para isolar a maioria dos alienados. § Os loucos de criminalidade accidental ou fortuita, verdadeiros *doentes*, na acepção restrita deste termo, estão bem dentro de qualquer manicómio, porque nada na sua psicologia, nos seus costumes ou nas suas tendências, os distingue dos seus congéneres, que, todavia, não delinquiram. § Há, porém, alienados de uma especial temibilidade, cujos crimes constituem, não um acidente, não um episódio casual, mas uma manifestação indeclinável da sua própria organização, constitucionalmente anómala; são esses os loucos morais, os epiléticos, os perseguidos-perseguidores e os impulsivos, mais degenerados que doentes, mais produtos da hereditariedade que das

influências do meio. Ao passo que os primeiros, com propriedade, se chamam *alienados-criminosos*, os segundos merecem antes a designação de *criminosos-alienados*, tanto as tendências ao delito e à perversão moral desempenham nas suas psicopatias um papel dominante e primacial. Frequentemente lúcidos, assassinos ou ladrões instintivos, dotados de grande sociabilidade e sempre animados de um ardente espírito de revolta, estes alienados constituem um perpétuo motivo de inquietação, de perigo e de alarme, nos manicómios comuns, cuja disciplina constantemente perturbam. A tais degenerados compete o isolamento perpétuo ou, pelo menos, indefinido em manicómios especiais, funcionando ao mesmo tempo, como casas hospitalares, pela assistência médica, e como cárceres, pelas condições de segurança e de regime interno, necessariamente mais severas que as exigidas pela grande maioria dos loucos” (*id.*, pp. 834-5).

Neste sentido, propunha-se a criação de dois “manicómios criminais”, “contendo 450 leitos”, necessários à “hospitalização destes psicopatas” (o que nunca foi, afinal, realizado) (*id.*, p. 835). Reitera-se também a importância dos estudos antropológicos sobre esta população, estudos esses que deveriam ser realizados pela classe médica, a única capaz de, “proficuamente”, os praticar (*id.*, *ibid.*).

O que me parece interessante é como a figura do “indivíduo perigoso”, noção admiravelmente articulada por Michel Foucault (1994 [1978]), vai exigindo do dispositivo medidas que se pretendiam adequadas à sua exclusão. E este tipo de coordenadas epistemológicas, classificatórias, e institucionais (que se abastecem recursivamente numa polarização entre as ideias acerca da natureza constitucional do sujeito e o desenho das instituições) irão ser plenamente assumidas aquando da publicação do *Reforma Penal de 1936* (decreto lei 26643 de 28.05.1936).

Dir-se-ia que este longo trabalho cultural em torno de novas concepções sobre o crime, ancoradas não tanto na acção, mas antes no sujeito da acção, irão produzir efeitos decisivos sobre a legislação penal portuguesa. A Reforma

Penal é, se quisermos, o *locus* onde estes efeitos se vão tornar mais nítidos. O texto da lei compreende uma reflexão acerca do “fim da pena”. Para o legislador, esta reveste-se de um “duplo fim”: “prevenção geral” e “intimidação, correcção, ou eliminação individual”. A pena faria supor “acções psicológicas” dissuasivas de “carácter geral”:

“O fim da prevenção geral quer dizer que a acção da pena se projecta para lá do criminoso. Esta projecção reveste duas modalidades. A pena actua preventivamente sobre os indivíduos de moralidade débil, sobre aqueles que se encontram na margem do crime. É uma verdade adquirida pelo ensinamento dos séculos que o temor pode ser um elemento integrador da conduta dos indivíduos, que sem eles seriam levados à prática do crime. E é também verdade adquirida que o crime suscita na consciência humana uma sede de justiça, que só a pena consegue apagar e que convém fazer reviver porque constitui um elemento poderoso da moralidade social” (*Colecção Oficial de Legislação Portuguesa*, 1936, p. 398).

Mas, e salientaria este ponto, a pena deveria actuar “especialmente sobre o criminoso” (*id.*, *ibid.*). A ênfase em medidas especiais, voltadas para o *sujeito da acção*, é pois um dos traços da Reforma Penal, sendo, portanto, tributária dessa inflexão antropológica que o híbrido epistemológico e jurídico (em que assentavam disciplinas como a psiquiatria forense e a antropologia criminal) pretendiam desde meados de oitocentos. A inflexão antropológica da penologia contida na doutrina da Reforma Penal de 1936, e a sua pretensão classificatória pode ser facilmente dilucidada através do seguinte fragmento aí contido:

“Considerada sobre este aspecto a pena reveste modalidades diferentes, conforme a categoria do delinquente. § Umhas vezes terá por fim apenas a intimidação do delinquente, sempre que este meio baste como processo inibitório da prática de novos crimes; será de correcção

quando a intimidação se revele insuficiente para integrar uma vontade moral no delinquente; outras vezes terá a função de separar o delinquente do convívio social, o que deverá suceder sempre que ele se revele incapaz de ser um elemento adaptável” (*id.*, *ibid.*).

Neste sentido, a racionalidade dos agentes (que seriam capazes de medir o alcance moral e social das suas condutas) deveria ser matizada por medidas menos abstractas, mais consonantes com a sua diferenciada e indomesticável irracionalidade:

“A acção de prevenção geral pode realizar-se através de penas e independentemente das condições do agente do crime, mas a acção individual exige diversidade de penas e até diversidade no modo como a mesma pena deve ser executada, precisamente porque incidindo sobre o indivíduo têm de se empregar meios que neutralizem aquelas tendências, vícios e defeitos que o determinaram a praticar o crime, e por isso variam consoante as tendências, vícios ou defeitos que se propõem combater. Daqui a necessidade de *individualizar a pena*” (*id.*, *ibid.*; itálicos meus).

Assim, mantendo o princípio clássico da *responsabilidade* como elemento axial do direito, o legislador assegura-nos que será necessário compatibilizá-lo com o elemento de *defesa social* proposto pela escola positiva:

“Mantém-se o princípio fundamental da responsabilidade penal, não se desconhece todavia que delinquentes a quem faltam as condições dessa responsabilidade, que constituem todavia elementos prejudiciais para a sociedade, e sobre os quais *é necessário actuar em ordem de defesa social, e actos que não constituem ainda um crime, mas são um estado de pré-delinquência, que é igualmente necessário suprimir*” (*id.*, *ibid.*; itálicos meus).

Sem querer ir muito mais longe nesta análise da Reforma Penal de 1936 (não me interessa, neste ponto, senão ver de que forma é que os saberes disciplinares a que me reporto se recortam na lei), parece-me óbvio, em função do que fui aqui expondo, que o rumo do centauro epistemológico e jurídico em constituição (através do labor, mais ou menos diferenciado, mais ou menos articulado, de disciplinas várias em que avultava a psiquiatria) estava traçado.

Mapear a alma do sujeito seria afinal mapear-lhe o corpo. Mapear-lhe o corpo em busca de índices teratológicos era, por translacção, propor medidas institucionais que, antecipadamente, controlassem o arbítrio do inumano que se inscrevia em tais corpos. O sistema forense propunha-se, assim, e pela primeira vez de uma forma inequívoca, identificar os estados de “pré-delinquência”, e suprimi-los. Tratava-se de avaliar os riscos cientificamente e responder em conformidade.

BIBLIOGRAFIA

- *Colecção Oficial de Legislação Portuguesa* (anos de 1889, 1896, 1899, 1911, 1936), Lisboa, Imprensa Nacional.
- Foucault, Michel (1994 [1978]), “L’ évolution de la notion d’ ‘individu dangereux’ dans la psychiatrie légale du xixe siècle”, in *Dits et Écrits : 1954-1988*, vol. iii, 1976-1979, Paris, Gallimard.
- Garofalo, Raffaele (1893), *Criminologia: estudo sobre o delito e a repressão penal*, Lisboa, Teixeira & Irmão Editores.
- Lima, Pires de (1906), *A Medicina Forense em Portugal: esboço histórico*, Porto, Tipografia do “Porto Médico”.
- Matos, Júlio de (1893), “Prefácio da Edição Portuguesa”, in Raffaele Garofalo, *Criminologia: estudo sobre o delito e a repressão penal*, Lisboa, Teixeira & Irmão Editores.
- Neves, Azevedo (1922), “Os Serviços Médico-Forenses em Portugal”, in *Arquivo de Medicina Legal*, 1.º vol., 1.º ano, pp.194-247.

**BREVE INCURSÃO À HISTÓRIA DA CRIMINOLOGIA COMO CIÊNCIA –
DEBATES SOBRE AS INFLUÊNCIAS ENDÓGENAS E EXÓGENAS NO
ACTO CRIMINOSO**

ANA INÊS VIZEU PINTO DA CRUZ

Socióloga; Doutoranda – Curso de Doutoramento em Identidades, Práticas e Representações
no Mundo Contemporâneo, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

E-mail: inespacruz77@gmail.com

O termo criminologia terá sido utilizado pela primeira vez, há pouco mais de um século (1879), pelo antropólogo francês **Topinard**. Em 1885, o termo apareceu como título de uma obra científica: *Criminologia*, de **Rafaele Garofalo**. Este denotou no seu trabalho uma tripla preocupação, na medida em que encarava a criminologia como a ciência da criminalidade, do delito e da pena, respectivamente. O autor apregoava, que os verdadeiros delitos ofendem a moralidade elementar e revelam anomalias nos que os praticam, asseverando ser frequente a presença de anomalias patológicas de toda ordem nos criminosos.

O século XIX marca o início da Escola Positivista. Em 1876 foi publicada a primeira edição de *L'Uomo delinquente* de **Cesare Lombroso**, médico psiquiatra e professor da Universidade de Turim, podendo-se afirmar, que com ele se iniciou a Escola Positiva Italiana, representativa de uma alteração no campo de acção do criminologista, que do “sistema legal” se virou para o “delinquente” e “penitenciária”. Assim, pode dizer-se que a criminologia toma consciência de si própria e afirma-se como uma “ciência” com metodologia e epistemologia demarcadas.

A Escola Positivista representou, portanto, um salto qualitativo no tratamento do Crime e com ela nasceu a Criminologia Científica.

Nesta perspectiva, **Lombroso** encontrou no criminoso uma variedade especial do *homo sapiens*, que seria caracterizada por sinais (*stigmata*) físicos e psíquicos. Tais estigmas físicos do criminoso nato, segundo **Lombroso**, constavam de particularidades na forma da calota craniana e da face, bem como detalhes quanto ao maxilar inferior, fartas sobrancelhas, molares

proeminentes, orelhas grandes e deformadas, dissimetria corporal, grande envergadura de braços, mãos e pés. Esses estigmas, ou sinais psíquicos caracterizavam o criminoso nato como cruel, leviano, avesso ao trabalho, instável, vaidoso, tendencioso a superstições e sexualmente precoce.

Todavia, mais tarde, **Lombroso** particularizou que nem todos os criminosos mostram tais características, ele distinguiu mesmo, os denominados pseudo-criminosos, os ocasionais e os passionais. Manteve, contudo, a ideia de que a maior parte dos criminosos, formavam um tipo antropológico unitário e este constituiria então o criminoso verdadeiro.

Já **Enrico Ferri** classificou os delinquentes em cinco tipos: nato, louco, ocasional, habitual e passional.

O nato é o tipo instintivo de criminoso descrito por Lombroso com estigmas de degeneração. Tal tipo apresenta a completa atrofia do senso moral. O louco seria não só alienado mental, como também o semi-louco e os fronteiriços; o ocasional é aquele que eventualmente cometeu crime; habitual é o reincidente, faz do crime sua profissão; o passional é aquele que é levado à configuração típica pelo arrebatamento, pelo ímpeto. O criminoso passional, sofre, na perspectiva de **Ferri** uma autêntica tempestade psíquica, pratica a acção delituosa, pela notoriedade e quase sempre, pelo arrependimento imediato, o que o leva geralmente ao suicídio em acto contíguo.

Há uma diferença de caminhos entre Lombroso e os autores Ferri e Garofallo. “Daí que, ao primado atribuído por Lombroso ao factor *antropológico*, Ferri tenha contraposto o peso das condicionantes *sociológicas*, enquanto Garofallo pôs em relevo o elemento *psicológico*”¹.

Na última década do século XIX entrava-se então em pleno período de apogeu das ideias divulgadas pela escola italiana, que encontrou em Portugal um especial acolhimento e beneficiou de notável impulso. Os principais representantes da escola em Portugal são, entre outros, Basílio Freire,

¹ Leia-se a obra de SOUSA, João Tiago, *A Medicina Forense em Portugal – Contributo para o estudo da criminalidade em Coimbra* (1899-1917). Coimbra: Mar da Palavra, 2003, p. 22.

Bernardo Lucas, Miguel Bombarda Júlio de Matos, tendo sido este último talvez, o seu mais lídimo representante¹.

Miguel Bombarda, notável figura da psiquiatria portuguesa, considerava que o crime era fruto quase exclusivo da degenerescência, assumido, sobretudo, como um facto individual e biológico, a expressão fatal de um organismo defeituoso e de um cérebro doente, que vive na sociedade e não a acompanha: prejudica-a e acomete-a de danos.

As críticas à teoria da escola criminal antropológica de Lombroso prendem-se com o facto de o cientista italiano considerar o meio ambiente como factor secundário na criminalidade, depreciando assim a sua influência.

Lacassagne (professor de Medicina Legal de Lyon) remontando ao quetelismo² e contrapondo a tese lombrosiana, apresentou uma doutrina sociológica do crime.

As teorias antropossociais relacionam os princípios constitucionais de **Lombroso** com os sociais, cujo meio social influi sobre o criminoso antropologicamente nato, predispondo-o então para o delito. Tais teorias foram sustentadas por **Lacassagne**, o qual era médico e via no cérebro três zonas com funções diversas, regendo as faculdades do indivíduo, respectivamente, a zona frontal, as intelectuais; a zona parental, as volitivas; a zona occipital, as afectivas.

Quando há perturbações na zona frontal emerge o louco; na zona parietal advém a debilidade na vontade, o que dá lugar ao surgimento do delinquente ocasional; na zona occipital, quando faculdades afectivas ficam perturbadas, aparece o verdadeiro delinquente, ou seja, o indivíduo predisposto para o

¹ Leia-se a obra de MALDONADO, Mário Artur da Silva, *Alguns Aspectos da História da Criminologia Em Portugal*, in Separata do nº 22 do BAPIC – Boletim da Administração Penitenciária e dos Institutos de Criminologia/Ministério da Justiça, Lisboa, Gabinete de Estudos, 1º Semestre de 1968, p.29.

² Adolphe Quetelet, o criador da Estatística Científica. Estabeleceu as chamadas Leis Térmicas de Quetelet procurou demonstrar que no inverno se praticam mais crimes contra a propriedade, que no verão, são cometidos mais crimes contra a pessoa e, na primavera, acontecem mais crimes contra os costumes. Quetelet distinguiu a criminalidade feminina da masculina, tentou correlacionar o crime à idade cronológica do criminoso, observando que a incidência delitual é maior entre os 14 e 25 anos (no homem) e, na mulher, entre 16 e 17 anos, caindo o referido índice após os 28 anos.

crime, que, quando as condições do meio e seu próprio egoísmo o impelem, virá efectivamente a delinquir.

Lacassagne considerava então, que serão os factores sociais que, ao actuarem sobre um indivíduo predisposto, podem dar origem ao crime¹.

De entre os seguidores dessas teorias, que garantem que o crime tem uma origem vincadamente social, destacam-se **Gabriel Tarde, Vaccaro, Max Nordau e Auber. Vaccaro**² declara-o resultado da falta de adaptação político-social do delinvente em relação à sociedade em que vive. Entende o delito como uma forma de rebeldia e contestação, uma vez que a lei é entendida como uma forma de defender os interesses das classes sociais dominantes

Tarde afirma na sua obra *Leis de imitação* que a delinquência é um fenómeno marcadamente social e que o motor propulsor do conglomerado social é a “imitação”. Daí, retira-se a asserção de que 90 % das pessoas não possuem, à partida, índole criminosa, submetendo-se apenas à rotina social³.

A responsabilidade por um crime só pode existir se durante e após a sua prática, obtemos o mesmo indivíduo, portador da mesma personalidade. Tal conceito foi útil para fixar as circunstâncias atenuantes da responsabilidade criminal, bem como os princípios de inimputabilidade.

Nordau⁴ alega que a causa determinante do crime é o parasitismo social. **Auber** sustenta que as causas do delinquir são as fobias (o temor à pobreza, por exemplo, levaria o homem à prática de crimes contra o património e o medo levá-lo-ia a matar)⁵.

Como se pode verificar, o conceito de crime, de pena e de criminoso vão variar para as inúmeras escolas, a saber:

a) A Escola Clássica encara o crime como uma infracção, sendo a pena a respectiva repressão. A maioria dos penologistas desta Escola, entre eles

¹ LACASSAGNE, A. *La criminalité comparée des villes et des campagnes*, in Bulletin de la Société d'Antropologie de Lyon. Lyon, 1882, p. 7.

² VACCARO, M. Angelo. *Genese e funccao das leis penaes*. Lisboa: Livraria Clássica, 1914.

³ TARDE, Gabriel, *As leis da imitação*. Porto: Rés, 1985, p. 236.

⁴ NORDAU, Max, *Paradoxes sociologiques*. Paris: Félix Alcan Editeur, 1898, p. 25.

⁵ DRAPKIN, Israel. *Manual de Criminologia*. São Paulo: Ed. Bushatsky, 1978, p.57.

Beccaria, Romagnosi, Filangieri,, Rossi, Carmignani, e Carrara, considerava que o livre arbítrio é que determina a existência do crime.¹

b) A Escola Positiva Determinista vê no crime uma acção anti-social que revela o criminoso temível; a pena é intimidação, correcção, coacção da temibilidade do criminoso de facto e dos criminosos possíveis, prevendo a defesa social.

c) A Nuova Scuola ou Escola Antropológica vê o criminoso como um ser anómalo, tachado de nascença para o crime ou para a possibilidade de delinquir, sobre o qual, além dos factores intrínsecos (antropológicos), exercem também influência os factores extrínsecos do meio físico, embora com menos importância.

Para autores como **Lombroso, Ferri, Garofallo**, o criminoso não é livre, porque a sua conduta é determinada por motivos estranhos, sendo a pena uma medida de defesa social, ou seja, é a responsabilidade social que justifica a pena.

Os psicopatologistas acusam o criminoso de ser portador de uma degeneração mental mais grave. Os seus principais defensores são **Maudsley, Benedict, Kraft- Ebing, Magnam, Fere, Delbruck, Naeck, Gortner, Júlio de Matos e Miguel Bombarda.**²

A actual criminologia não consagra a teoria do criminoso nato, embora admita a tendência delituosa, reconhecendo que o indivíduo pode nascer com a inclinação para a violência. É importante concluir, que a vida psíquica não é desvinculada da vida orgânica; o homem é um ser *sui generis* que é influenciado pelo meio envolvente e que tem uma vida de natureza biológica e psíquica, inseparáveis entre si.

BIBLIOGRAFIA:

- DRAPKIN, Israel. Manual de Criminologia. São Paulo: Ed. Bushatsky, 1978.
- LACASSAGNE, A. *La criminalité comparée des villes et des campagnes*, in Bulletin de la Société d'Antropologie de Lyon. Lyon, 1882.

¹ *Idem, ibidem*, p.68

² *Idem, ibidem*, p. 70.

—MALDONADO, Mário Artur da Silva, *Alguns Aspectos da História da Criminologia Em Portugal*, in Separata do nº 22 do BAPIC – Boletim da Administração Penitenciária e dos Institutos de Criminologia/Ministério da Justiça, Lisboa, Gabinete de Estudos, 1º Semestre de 1968.

—NORDAU, Max, *Paradoxes sociologiques*. Paris: Félix Alcan Editeur, 1898.

—SOUSA, João Tiago, *A Medicina Forense em Portugal – Contributo para o estudo da criminalidade em Coimbra (1899-1917)*. Coimbra: Mar da Palavra, 2003.

—TARDE, Gabriel, *As leis da imitação*. Porto: Rés, 1985.

—VACCARO, M. Angelo. *Genese e funccao das leis penaes*. Lisboa: Livraria Clássica, 1914.

**AS ASSOCIAÇÕES DE APOIO A PESSOAS COM DOENÇA MENTAL E O
SEU PAPEL NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA:
CONTORNOS DE UMA HISTÓRIA RECENTE**

CLÁUDIA NOGUEIRA (1); SÍLVIA PORTUGAL (2)

(1) Socióloga; Investigadora do Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra.

E-mail: claudia@ces.uc.pt;

(2) Socióloga, docente da Faculdade de Economia;

Investigadora do Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra.

E-mail: sp@fe.uc.pt

A reforma psiquiátrica actualmente em curso em Portugal aponta para a desinstitucionalização da doença mental e criação de respostas articuladas a nível local e regional que permitam acompanhar os doentes fora da modalidade de internamento hospitalar. Os progressos neste sentido têm, no entanto, sido escassos. Se sucessivos actos legislativos definem a implementação de um sistema de cuidados de saúde mental na comunidade, até ao momento a efectividade dos princípios enunciados é diminuta. A intervenção pública continua a centrar-se no modelo hospitalar e a implementação de unidades alternativas aos cuidados hospitalares é praticamente inexistente.

Deste modo, a doença mental representa para as famílias uma enorme sobrecarga que não encontra na acção estatal respostas adequadas. A ausência de respostas formais por parte do Estado coloca doentes e famílias em situações de extrema fragilidade perante o enfrentamento da doença. Neste contexto, o trabalho associativo tem surgido como forma de resposta às necessidades de apoio das famílias, preenchendo o vazio de intervenção neste domínio. As associações da sociedade civil têm sido um espaço dinâmico de procura de soluções, ao nível comunitário, para os desafios colocados pela doença mental.

A importância de organizações da sociedade civil nos cuidados de saúde mental em Portugal não é uma novidade. Na verdade, desde finais do século XIX, com a fundação da Casa de Saúde do Telhal, pelos Irmãos de São João de Deus, que congregações religiosas assumiram uma significativa parte dos

cuidados de saúde mental, muito particularmente ao nível de cuidados assistencialistas, como os internamentos. Tal como noutras áreas, as organizações ligadas à Igreja Católica dominaram, durante muito tempo, o panorama da intervenção privada não lucrativa. A intervenção da sociedade civil nos cuidados de saúde mental só muito recentemente passou a integrar organizações que não as ligadas a congregações religiosas. De facto, há cerca de duas décadas atrás eram ainda praticamente inexistentes associações de apoio a pessoas com doença mental fundadas e dirigidas por famílias, doentes e profissionais de saúde mental.

A década de 90 marca um ponto de viragem no quadro de intervenção da sociedade civil na doença mental. Dois factos contribuem para tal. Por um lado, o lançamento de uma linha de financiamento no âmbito do *Programa Horizon* (1992-94), da Comunidade Europeia, que vem permitir às ONGs o desenvolvimento de programas de apoio à inserção profissional para pessoas com doença mental. Por outro lado, no âmbito de sucessivas tentativas de implementação de políticas de transição dos cuidados de saúde mental dos hospitais para a comunidade (orientação já preconizada pela Lei de Saúde Mental de 1963), o Estado começa a comparticipar financeiramente ONGs para a implementação de programas orientados para a desinstitucionalização psiquiátrica. Um importante marco deu-se em 1998 com o enquadramento legal – Despacho Conjunto do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e do Ministério da Saúde n.º 407/98 de 18 de Junho – à criação de respostas sócio-ocupacionais e residenciais por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), através de acordos de cooperação com o Estado. Pretendia-se, assim, ultrapassar a ausência de iniciativas estatais na área da reabilitação psico-social.

Deste modo, a génese do surgimento de associações na área da saúde mental, fora da esfera religiosa, prende-se, sobretudo, com a existência de factores políticos externos e não com a emergência de um movimento associativo com origem na mobilização de doentes e familiares.

Na ausência de informação oficial sobre o universo de associações portuguesas que prestam apoio a pessoas com doença mental, realizou-se, no

âmbito do projecto “A desinstitucionalização dos doentes mentais”, em curso no Centro de Estudos Sociais, um levantamento das associações existentes. Esse levantamento – realizado com base em múltiplas fontes documentais, designadamente a base de dados “Carta Social” e a lista de entidades associadas na Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais – permitiu a identificação de 42 associações em actividade, às quais foi solicitada resposta a um inquérito com informação relativa a: a) data da fundação; b) actores envolvidos na origem; c) perfil da direcção da associação – profissionais, utentes, doentes; d) estatuto legal; e) número de membros; f) recursos humanos – trabalho remunerado ou voluntário; g) fontes de financiamento. Para além desse questionário, foram ainda realizadas entrevistas a responsáveis e técnicos de nove dessas instituições, com vista a um conhecimento aprofundado do trabalho por elas desenvolvido.

Com base nos dados obtidos através dos questionários e das entrevistas, procedeu-se a uma análise do modelo de intervenção destas Associações, identificando o seu perfil, caracterizando as suas acções e discutindo as suas potencialidades e constrangimentos no contexto da actual reforma psiquiátrica.

Antecipando as conclusões dessa análise, refira-se que o perfil de intervenção do movimento associativo no domínio da doença mental revela: em primeiro lugar, a escassa participação de doentes e famílias, a sua vulnerabilidade e fraca capacidade de mobilização, por contraposição à mobilização de profissionais de saúde mental; em segundo lugar, uma orientação do trabalho das associações para a prestação de serviços de apoio; em terceiro lugar, uma complexa relação com a esfera pública – na origem das associações, na definição do seu perfil de intervenção, nas modalidades de financiamento. A pesquisa mostra claramente que grande parte das associações surge como forma de colmatar lacunas existentes no sistema público de saúde e de desenvolver respostas que o Estado não consegue assegurar.

As características das Associações estudadas condicionam em grande medida o perfil da sua intervenção: a composição social das organizações e a

sua reduzida dimensão, a dependência do financiamento estatal, a importância do trabalho voluntário são factores geradores de potencialidades e de constrangimentos.

Por um lado, o trabalho das associações apresenta inúmeras virtualidades, desenvolvendo actividades de apoio a doentes e famílias com estreita proximidade e continuidade. Tais actividades – fóruns sócio-ocupacionais, formação profissional, apoio à colocação no mercado de trabalho, acompanhamento pós colocação no mercado de trabalho, Unidades de Vida (residências), apoio domiciliário, grupos psico-educativos, grupos de auto-ajuda, grupos de ajuda-mútua, serviços de avaliação, aconselhamento, orientação e encaminhamento – representam para as famílias um alívio da sobrecarga física e psicológica que implica lidar com a doença mental.

Por outro lado, as debilidades funcionais destas associações são produtoras de fragilidades que condicionam a capacidade de resposta e limitam as potencialidades de intervenção. A incapacidade de gerar fontes de auto-financiamento, sendo frequentemente apontada como a maior debilidade, leva a que a maioria das Associações seja muito dependente dos acordos de cooperação com o Estado. Esta forma de financiamento, ao mesmo tempo que potencia o trabalho das Associações, é muitas vezes fonte de insegurança e estrangulamento das actividades, dadas as formalidades e contrapartidas exigidas pelos financiamentos públicos.

Apesar das limitações enfrentadas, o trabalho das Associações representa um importante contributo na procura de soluções alternativas ao modelo hospitalocêntrico, centrado na resposta psiquiátrica e distanciado das necessidades sociais de doentes e famílias. Constitui-se, assim, como um elemento essencial no processo de desinstitucionalização.

BIBLIOGRAFIA:

—Basteiro, Sílvia; Gil, Carmen e Marín, Remédios (2003), *Guia para familiares de doentes mentais*, Lisboa: FNAFSAM – Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.

—Hespanha, Pedro (1999), “Em torno do papel providencial da sociedade civil portuguesa”, *Cadernos de Política Social*, 1, pp. 15-42.

—Hespanha, Pedro (2001), “Mal-estar e risco social num mundo globalizado: novos problemas e —novos desafios para a teoria social”, in Boaventura de Sousa Santos (org.), *Globalização. Fatalidade ou Utopia?*, Porto, Afrontamento, pp. 163-196.

—Hespanha, Pedro *et al.* (2000), *Entre o Estado e o mercado. As fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*, Coimbra, Quarteto.

—Oliveira, Sandra e Filipe, Cátia (2009), *Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*, Caldas da Rainha: Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor.

—Portugal, Silvia; Nogueira, Claudia. Se não o hospital, então onde? Respostas societais para a desinstitucionalização da doença mental, in FONTES, Breno Augusto Souto Maior; Da Fonte, Eliane Maria Monteiro. Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife, Editora da UFPE, pp.223-254.

—Santos, Boaventura de Sousa (1990), *O Estado e a sociedade em Portugal (1974-1988)*, Porto, Edições Afrontamento.

—Santos, Boaventura de Sousa (1993), “O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semi-periferia: o caso português”, in Boaventura de Sousa Santos (org.), *Portugal: um Retrato Singular*, Porto, Edições Afrontamento, pp. 17-56.

—Sousa, Jerónimo (2007), “Deficiência, Cidadania e Qualidade Social. Por uma Política de Inclusão das Pessoas com Deficiências e Incapacidades”, *Cadernos Sociedade e Trabalho*, nº 8, pp. 38-56.

A URGÊNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MEIO ESCOLAR A PAR DA PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

LIA RAQUEL LOPES RIBEIRO DAS NEVES

Mestranda em Saúde Pública,

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

E-mail: liaraquelneves@hotmail.com

Resumo:

É objectivo deste breve *paper* explicar como é que a promoção da saúde em meio escolar, a par da medicina preventiva, contribuirão, ou poderão vir a contribuir, para a Saúde Mental. Para tal finalidade reflectir-se-á, primeiramente, em torno de uma base conceptual relacionada com a saúde escolar que seja reconhecida de modo genérico, para que, num segundo momento, se desvele a relação entre: meio-escolar/ higiene mental/ saúde mental/ medicina preventiva. Na sequência da análise precedente, urge estabelecer a distinção entre educação da ou para a saúde e literacia em saúde, atribuindo, ao mesmo tempo, tarefas destinadas à Saúde Escolar.

Fundamentação:

Com este *paper* pretende-se salientar a importância da saúde mental no contexto da saúde em meio escolar. Para tal finalidade recorrer-se-á ao paradigma teórico da investigação hermenêutica, no sentido de rememorar bases de compreensão e interpretação presentes ao longo desta “composição”, dando-se primazia a quatro “aspectos” (podendo também ser interpretados como objectivos específicos): saúde escolar; saúde mental; importância da saúde escolar em saúde mental; medicina preventiva em saúde mental.

Enquadrando esta comunicação à luz do século XXI ganha pertinência falar-se de “promoção da saúde em meio escolar”. E isto porquê? Se a Organização Mundial de Saúde (OMS ou WHO sigla original de World Health Organization) definiu “Saúde” como: “ (...) um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”

(WHO, 1946)¹, então, deve tentar perceber-se que a saúde não se pode “analisar” (apenas) através de critérios objectivos e estáticos. Neste sentido, supõe-se que é inerente à saúde uma “circunstância” processual onde ocorra a procura do equilíbrio entre o indivíduo e o meio ambiente e, ao mesmo tempo, a intervenção sobre os determinantes de saúde, indo ao encontro dos determinantes de saúde “não-médicos”. De qualquer modo, neste contexto, a *noção de saúde* que interessa abordar diz respeito à saúde escolar, levando em linha de conta: “ Todas as estratégias, actividades e serviços disponibilizados directa ou indirectamente pelas escolas tendo por finalidade promover o desenvolvimento físico, emocional e social dos alunos (...)” (Association, A. S. H., 2009)². Por conseguinte, ao falar-se em saúde escolar depreende-se que há por detrás deste “conceito” uma população-alvo, sob a qual (segundo o nosso Programa Nacional de Saúde Escolar) irá incidir uma comunidade educativa ou, como é óbvio, qualquer instituição com intervenção na população escolar (DGS, 2009).

Nesta orientação, é-me possível salientar a importância desta “comunidade educativa” no papel da promoção da saúde em meio escolar, dado que esta (Promoção da Saúde) é quase determinada como um processo de capacitação que visa tornar os indivíduos e as comunidades “capazes” de influenciar positivamente a sua saúde (WHO, 1986)³. Dado isto, parece que a comunidade educativa acabará por ter uma dupla função, ou seja, por um lado a promoção e, por outro, a prevenção, na medida em que actua em fases “prematuras” do desenvolvimento humano (aqui seria na infância e adolescência⁴). Por conseguinte, “esta” dupla função torna-se especialmente importante no que diz respeito à saúde mental, pois: “A saúde mental não é apenas a ausência de transtorno mental. É definida como um estado de bem-estar em que cada indivíduo realiza o seu próprio potencial, conseguindo lidar

¹No original: Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 1946).

²No original: “All the strategies, activities, and services offered by, in, or in association with schools that are designed to promote students' physical, emotional, and social development make up a school's health program” (Association, A. S. H., 2009).

³No original: “Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health” (WHO, 1986).

⁴De acordo com WHO os adolescentes são pessoas com idades compreendidas entre os 10-19. Por isto, menciono crianças e adolescentes ao longo do documento.

com o stress normal da vida, podendo trabalhar produtiva e frutuosa e está apto para fazer uma contribuição para a sua comunidade”¹ (WHO, 2007).

Pelo mencionado anteriormente, do ponto de vista preventivo, perante o indivíduo, deve procurar saber-se o diagnóstico, tratamento e prognóstico, mas, também, indagar o porquê da doença e de que forma poderia ter sido prevenida (não esquecendo, a este respeito, do significado e avaliação do risco).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Almeida, L. M. (2005). «Da prevenção primordial à prevenção quaternária». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23, Nº 1. pp.91-96.
- Association, American School Health (2009). «What is School Health?». Acedido em 2 de Abril de 2010, em: <http://www.ashaweb.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3278>.
- Cordeiro, J. C. D. (Org.) (2005). *Manual de Psiquiatria Clínica* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- DGS (2009). «Circular Normativa nº 07/DSE de 29/06/2006 ». *Programa Nacional de Saúde Escolar 2004-2010*. Acedido em 2 de Abril de 2010, em www.dgs.pt.
- Neves, A. (coord.) (2000). *O que é a saúde na escola – escolas promotoras de saúde: guião orientador* (1ª ed.). Editorial do Ministério da Educação.
- WHO, «Adolescent Health». Acedido em 2 de Abril de 2010, em: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.
- WHO (1946). «Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. 1948». New York: World Health Organization. Acedido em 2 de Abril de 2010, em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

¹ No original: “Mental health is not just the absence of mental disorder. It is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community” (Organization, W. H., 2007).

—WHO (1986). «Ottawa Charter for Health Promotion, 1986». Acedido em 2 de Abril de 2010, em: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2.

—WHO (2007). «What is mental health? ». Acedido em 2 de Abril de 2010, em: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>.

DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS ÀS FAMÍLIAS: CONTRIBUTOS PARA A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

FÁTIMA ALVES

Professora Auxiliar na Universidade Aberta; Investigadora do CEMRI; Colaboradora ISCTE.

E-mail: fatimaa@univ-ab.pt

A história da institucionalização dos doentes mentais sobrepõe-se à da sua exclusão social. Portugal seguiu (com atraso) a evolução das políticas europeias, tendo definido a desinstitucionalização dos seus doentes durante a segunda metade do século XX. Na prática, tal nunca se efectivou cabalmente apesar de sucessivamente legislado. Esta contradição que assenta no papel da sociedade providência como compensação das deficiências da produção estatal, penalizou as famílias. Com efeito, apesar de a sociedade civil secundária ter corporizado algumas responsabilidades sociais, nomeadamente, pela organização de equipamentos sociais, só muito parcial e incipientemente tais respostas correspondem às necessidades identificadas como lacunas de política social. Na realidade, quando entre nós, se fala de integração comunitária das pessoas com doença mental, está-se, quase exclusivamente, a falar de integração nas famílias. Ou seja, o Estado usa as famílias como recurso da implementação da psiquiatria comunitária desinstitucionalizante, mas na qualidade de substitutas das estruturas extra-hospitalares, e não como parceiro da estratégia terapêutica e de reabilitação. Não há diálogo, nem troca, mas transferência de tutela. O doente deixa de estar sob a responsabilidade do hospital e passa para a da família que fica com o encargo de assegurar que este toma a medicação com regularidade, que vai ao médico nas consultas marcadas, enfim que é um bom doente no sentido em que Parsons (1951) definiu: aceita a doença e portanto aceita tratar-se.

Em suma, a originalidade da psiquiatria comunitária portuguesa reside não na "trans-institucionalização" das pessoas com doença mental que tanto se critica nas sociedades centrais já que desinstitucionaliza do hospital para

institucionalizar nas estruturas criadas na comunidade. Portugal, desinstitucionalizou os seus doentes mentais, sem criar estruturas comunitárias para o que se apoia na solidariedade da família. Ou seja, Portugal "trans-institucionalizou" os seus doentes mentais na família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALVES, F. Silva. L. et al (1997) “‘Ele não está no seu normal’ – A esquizofrenia dita por doentes e seus familiares”, *Psiquiatria Clínica*, 18 (3) - pp. 239-250.
- ALVES, F. em col. SILVA, L. (1998), “ ‘*I just hope he dies before me*’ - Lay knowledge and experience of schizophrenia by ill people and their relatives in Portugal”, Comunicação apresentada ao XIV Congresso Mundial de Sociologia (26 de Julho a 1 de Agosto), Montreal, Quebec, Canadá.
- ALVES, F. (1998). *A Família como Suporte da Política de Saúde Mental em Portugal*. Porto, ISSSP: 185.
- ALVES, F. SILVA, L. (2002). *A Família como Suporte da Política de Saúde Mental em Portugal*. A. d. C. L.-A. -. B. d. C. Sociais. Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- ALVES, F. (2008) *A doença mental nem sempre é doença: Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental – Um estudo na Região Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Lisboa, Universidade Aberta.
- BASTIDE, Roger, (1967) *Sociologia das Doenças Mentais*, S. Paulo, Ed. Nacio.
- BERGER P. L. AND LUCKMANN (1999) *A Construção Social da Realidade*. Lisboa. Dinalivro.
- CASTEL, Robert (1976) *L'Ordre Psychiatrique - l'âge d'or de l'alienisme*. Paris, éditions Minuit.
- DEVEREUX, Georges, (1977) *Essais d'Etnopsychiatrie Generale*, Paris, Ed. Gallimard.
- FERREIRA, F. A., 1988, *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*. Lisboa, Fundação Caloust Gulbenkian
- FOUCAULT, M. (1987). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Editora Perspectiva.

—PORTER, R. (1990). Uma História Social da Loucura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

POLÍTICAS E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL - SÉC. XXI

MARIA MARGARIDA GRÁCIO DA SILVA CLARO

Enfermeira; Pós-Graduada em Administração e Gestão da Saúde, ESE Bissaya Barreto; Curso de Pós-Licenciatura, especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
E-mail: mg.claro@gmail.com

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental são a principal causa da incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades actuais, como o indicam os estudos realizados nos últimos anos.

O desafio da Saúde Mental Comunitária no presente consiste no desenvolvimento de paradigmas que ajudem a sociedade a criar alternativas viáveis para os que não fazem parte da maioria, de forma a permitir-lhes o mesmo acesso a recursos para que possam viver com dignidade, apesar de serem de algum modo, diferentes.

Este trabalho tem por base uma fundamentação teórica dos Serviços de Saúde Mental no passado, e a sua evolução até à actualidade, nomeadamente no nosso país. No seu enquadramento são focados alguns estudos realizados entre os tradicionais serviços de base hospitalar e os novos serviços desenhados para assegurar cuidados integrados na comunidade, de que sobressai a evidência científica da efectividade dos serviços comunitários.

Os Serviços de Saúde Mental, no passado, estiveram durante muito tempo centrados em instituições psiquiátricas, separadas do sistema geral de saúde. Os progressos verificados a nível científico e o desenvolvimento crescente de movimentos sociais pelos direitos humanos das pessoas com doença mental, a partir da década de 60 do século XX, contribuíram para a criação de novos modelos de serviços.

Neste período emergiu a Saúde Mental Comunitária, que se inspirou no Movimento dos Direitos Civis, como alternativa às instituições psiquiátricas, e marcou o início de uma nova etapa relacionada com o tratamento e a

reabilitação dos doentes mentais. Este movimento defendia o princípio de que os cuidados a prestar deviam ter lugar nas suas comunidades, evitando o seu isolamento em instituições distantes e por períodos longos e indeterminados.

No final da década de 70 do século passado surgiu o conceito de Sistema de Suporte Comunitário, como uma estrutura de apoio a dar uma resposta eficaz às necessidades da população-alvo, pessoas com doença mental grave e prolongada, permanecendo a decisão da selecção das áreas a desenvolver na comunidade promotora.

O sistema de saúde mental em Portugal, nos anos 80 do século XX, encontrava-se estruturado em torno dos hospitais psiquiátricos, de alguns serviços de psiquiatria agregados aos hospitais gerais e em estruturas institucionais ligadas a congregações religiosas. Em 1987, um grupo constituído por profissionais de saúde, por pessoas com experiência de doença mental e familiares criou uma ONG, denominada Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) para promover um sistema de serviços de base comunitária. Posteriormente, foi criado um Centro de Empowerment e Ajuda Mutua (CEAM) que tem dinamizado o grupo de ajuda mútua e tem também uma dimensão comunitária e dirigida para o exterior da organização, dinamizando contactos a nível nacional e internacional, e documentos internacionais, como o Green Paper na área da saúde mental.

Ao longo dos últimos anos foram surgindo organizações de solidariedade social na área da saúde mental, que têm vindo a implementar estruturas e serviços de suporte na comunidade, em particular nas áreas habitacionais, ocupacionais e de emprego.

Os avanços científicos ocorridos nos últimos 30 anos, permitiram o desenvolvimento de intervenções de grande efectividade no tratamento e reabilitação da maioria das perturbações psiquiátricas. O aparecimento de novos fármacos e formas *depot*, o modelo de vulnerabilidade-stress e as suas implicações na compreensão dos processos de tratamento e de reabilitação; os programas de reabilitação psicossocial; incluindo as intervenções familiares psico-educativas; os apoios na área residencial e no emprego; e os programas

individualizados de intervenção tornaram possível a integração social de muitos dos DMG.

A crescente participação de utentes, familiares e ONGs na defesa dos direitos humanos dos DMG tem tido um desenvolvimento importante e contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde mental. Também o novo conceito de *recovery* contribuiu para uma mudança na forma de encarar o papel e a participação das pessoas com doença mental no tratamento da sua doença e integração na sociedade; a quem se reconheça o direito de conquistar o máximo de autonomia possível e de assumir um papel importante na sua tomada de decisões.

O processo de reforma de Saúde Mental foi consignado em dois planos específicos, aprovados ministerialmente em 1985, e em 1988, baseados na reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos; no desenvolvimento, em cada área de intervenção dos Centros de Saúde Mental, existentes; e, em criar um sistema de cuidados comunitários e abrangentes; na continuidade de cuidados; e na integração e administração conjunta de diferentes respostas, incluindo as localizadas em Centros de Saúde e Hospitais Gerais (RRPSM, 2004).

Em 1995, a Comissão de Estudo da Saúde Mental, criada pela DGS após um ano de actividade promoveu a Conferência Nacional sobre a Saúde Mental, que teve o apoio de entidades internacionais como a OMS - Europa, o Conselho Europeu da Federação Mundial de Saúde Mental e a Associação Mundial de Reabilitação Psiquiátrica. As conclusões desta Conferência foram aprovadas por Despacho Ministerial de 23/08/95.

No entanto, este processo não foi implementado de forma organizada, o que tem dificultado a cobertura a nível nacional.

A Lei n.º 36/98 enuncia no art. 3.º como princípios gerais a promoção de cuidados na comunidade, num “meio menos restritivo possível”, com internamentos em Hospitais Gerais, assegurando a reabilitação psicossocial através de “estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade”, devendo a prestação de cuidados proposta ser assegurada por equipas multidisciplinares.

O Despacho Conjunto n.º 407/98 propõe a intervenção e articulação do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, definindo objectivos para uma área de situações de dependência, entre as quais situações de doença mental.

Nesta sequência, em 2001, surge o Plano Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Em 2003, com o Decreto-Lei n.º 281 é criada a Rede de Cuidados Continuados em Saúde e, em 2006, com o Decreto-Lei n.º 101, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

No ano de 2001, a OMS com o Relatório sobre a Saúde no Mundo, com o título “Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança” visa sensibilizar para os problemas relacionados com as doenças mentais e também para os custos humanos, sociais e económicos com estas patologias.

No ano 2005, a Declaração de Helsínquia define como prioridades a prevenção, o tratamento e a reabilitação do doente mental. A assinatura desta Declaração abrange a OMS e o Conselho da Europa, os países da Comunidade Europeia; e visa combater as doenças mentais e melhorar o seu tratamento e os dados que estas patologias causam.

Em Portugal, surge o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Os seus objectivos consistem em:

- assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; reduzir o impacto das perturbações mentais;
- descentralizar os serviços de saúde mental, permitindo a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitando a participação das comunidades, dos utentes e das famílias;
- integrar os cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, no seu relatório, procurou identificar as diferentes estratégias, desde a

reorganização dos serviços à promoção da investigação, passando pela articulação inter-sectorial, as quais são indispensáveis de forma a assegurar uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde mental e a promover a saúde mental das populações; e também, desenhar um plano que possibilite implementar essas estratégias.

Torna-se necessário promover medidas que facilitem a constituição de equipas comunitárias habilitadas a desenvolver programas integrados para DMG e a trabalhar em conjunto com os cuidados primários no desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental, prevenção e tratamento das doenças psiquiátricas.

A política de aproximação à comunidade permite continuar a estratégia de prestar cuidados psiquiátricos integrados e comunitários de qualidade às pessoas com DMG, explorando a possibilidade de desenvolver intervenções mais efectivas.

Os sistemas de saúde mental devem investir na formação dos profissionais, utilizadores e familiares, e no desenvolvimento de programas de base comunitária que sejam promotores de *empowerment*, de integração social e *recovery*, no sentido de promover a auto-determinação das pessoas com experiência de doença mental sobre todos os aspectos da sua vida, incluindo o tipo de serviços e suportes mais adequados ao seu processo de recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BOND, Gr.; DRAKE, R; MUESER, K. et al. Assertive Community treatment for people with severe mental illness. *Disease Management and Health Outcomes* 9:141-157, 2001
- CALDAS DE ALMEIDA, J. M. – Community Psychiatry in Portugal. *Epidemiologia e Psiquiatria Social* 5,2, p. 92-95, 1996
- GOLDBERG, D. – Cost effectiveness studies in the treatment of schizophrenia – *Schizophrenia Bulletin*, n.º 17, 453-46, 1991.
- LEFF, J. – Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psych Services*, n.º 47, 62-67, 1996

—ORNELAS, José – Psicologia Comunitária. Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda, Lisboa, 2008. ISBN 978-972-754-256-7

—PLANO DE ACÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2004-2010, Portugal Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Volume I, Prioridades. ISBN 972-675-109-8

—PLANO DE ACÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2004-2010, Portugal Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Volume II, Estratégias. ISBN 972-675-110-1

—PORTUGAL. Ministério da Saúde – Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016. [online] [consult. 1 de Junho de 2009] <URL: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/01/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>>

—PORTUGAL. Ministério da Saúde – Rede de Referenciação em Psiquiatria e Saúde Mental. [online] [consult. 1 de Junho de 2009] <URL: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/01/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>>

—PORTUGAL. Ministério da Saúde – Relatório Final da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [online] [consult. 25 de Maio de 2009] <URL:<http://www.scribd.com/doc/13789547/Relatorio-final-da-Comissao-Nacional-para-a-Reestruturacao-dos-Servicos-de-Saude-Mental>>

ESTAR / FICAR DOENTE EM PORTUGAL HÁ CERCA DE 150 ANOS: OS PRIMEIROS HOSPITAIS DE ALIENADOS

ANA LEONOR PEREIRA

Professora da Faculdade de Letras; Investigadora do CEIS20

Universidade de Coimbra.

E-mail: aleop@ci.uc.pt

A *medicina da mente* inscreve-se na “*religião higienista*” que, na nossa perspectiva, define a “*forma mentis*” do século XIX¹. De acordo com essa *forma mentis* optimista todas as realidades eram higienizáveis, desde a *água* e o *ar* até aos corpos individuais e respectivas almas. Este ideal higienista era alimentado pelos progressos que se vinham operando em diferentes domínios científicos², especialmente químicos e bio-médicos com nomes tão universais como Pasteur e Koch. Recorde-se que este século XIX, o século da “civilização higiénica” no dizer de Ricardo Jorge³, é o século da vacina, dos raios X, da tuberculose, da cólera, da raiva, da sífilis, etc. etc., da estruturação científica e sanitária de um combate sem fim contra tantos microorganismos que, por finais do século XIX, começaram a ser identificados pelos investigadores e cercados pela nova farmacoterapia emergente, fundada na quimioterapia de síntese e na terapêutica experimental. A esperança reinante face às conquistas da microbiologia levou mesmo alguns jornalistas do tempo a divulgar notícias, infelizmente fantasiosas, sobre “a descoberta do micróbio da loucura”. Sem dúvida, foi o optimismo protagonizado por vários profissionais no quadro ideativo do liberalismo triunfante que motivou todo o processo de regulamentação jurídica, institucional e médica da “alienação mental”. Este

¹ Esta perspectiva tem sido defendida por nós, nomeadamente em: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita, “Liturgia higienista no século XIX. Pistas para um estudo”, *Revista de História das Ideias*, Coimbra, 15, 1993, pp.437-559.

² Vide Ana Leonor Pereira, João Rui Pita, “Ciências”. In: *História de Portugal*. Direcção de José Matoso. Vol.5— O liberalismo (1807-1890).Coordenação de Luís Reis Torgal e de João Lourenço Roque, Lisboa, Círculo de Leitores, 1993, p.653-667.

³ Vide, entre outros, Ricardo Jorge, *Hygiene social applicada à Nação Portuguesa*. Conferencias feitas no Porto, Porto, Livraria Civilisação de Eduardo da Costa Santos- Editor, 1885; Idem, “Camara Pestana”, *O Dia*, 15 Nov. 1900; Miguel Bombarda, “A hygiene das escolas e a hygiene dos governos”, *A Medicina Contemporanea*, Lisboa, Vol.9, nº 16, 19 Abr, 1891, p121-123. Não actualizamos a grafia das fontes.

processo torna-se mais compreensível no quadro ideativo do liberalismo triunfante, especialmente à luz das ideias de “razão”, “liberdade”, “trabalho” e respectivos “usos”, mas não é possível tratar nesta conferência desta temática capital para a história das ideias.

À medida que o século XIX avançava, as instituições manicomiais aumentavam em número e variedade por toda a Europa. A França contava, em 1878, com 102 estabelecimentos, onde hospitalizava para além de 43 000 doentes mentais, ou seja, cerca de metade dos franceses afectados¹. A Itália em 1880 recolhia 17 471 doentes mentais em 62 asilos². A Suíça no ano de 1892, para uma população de 2 milhões e meio de habitantes, dava assistência em 14 hospitais a 4 500 doentes mentais³. A Inglaterra já em 1860 internava 23 636 doentes mentais em 213 hospitais e asilos⁴. A Bélgica, cuja população era sensivelmente igual à portuguesa, cerca de 3 milhões e 800 000 habitantes, assistia 4 508 doentes mentais em 51 estabelecimentos, por volta de 1864⁵. Portugal, em meados do mesmo século, estava ainda a dar o primeiro passo neste domínio assistencial e médico, como se o problema das doenças mentais não atingisse o país como atingia os demais.

A partir de meados do século XIX, o espírito empreendedor que anunciava a *Regeneração* do país, perante uma conjuntura favorável, deixou marcas duradouras no campo da assistência aos doentes mentais.

No sul do país, pelo menos desde 1775 até 1848-1850, data de abertura de *Rilhafoles*, os alienados na sua maioria miseráveis eram colocados no Hospital de S. José por ordem da autoridade administrativa. As mulheres ocupavam as enfermarias de Santa Eufémia, S. Domingos e S. Joaquim; os homens ficavam na enfermaria de S. Teotónio, que outrora fora a adega dos

¹ Vide José Luciano de Castro, “Relatório e proposta de lei para a organização do serviço de alienados. Apresentado à camara dos deputados em 23 de Maio de 1888”, *O Mundo Legal e Judiciário*, Lisboa, 2º ano, nº 48, p. 821.

² Idem, *ibidem*.

³ Vide Miguel Bombarda, *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893 com relatórios clínicos de Caetano Beirão e Reis Stromp*, Lisboa, Livraria Rodrigues, 1894, p.161.

⁴ Vide António Maria de Sena, *Os Alienados em Portugal*, I vol., Lisboa, Administração da Medicina Contemporânea, 1884, p.27.

⁵ Idem, *ibidem*. Vide também M. Lourdes A. M. do Carmo Neto, “Demografia- Nas Épocas Moderna e Contemporânea” in *Dicionário de História de Portugal*, dirigido por Joel Serrão, Porto, Livraria Figueirinhas, 1979, vol.II, p.285.

jesuítas do colégio de Santo Antão, onde Pombal instalou o Hospital de S. José em 1769. Segundo nos informa o médico Caetano da Silva Beirão, estas enfermarias não reuniam as condições estruturais necessárias à recuperação dos alienados, nem respondiam ao volume de solicitações vindas de todo o país. Neste sentido escreve num documento muito valioso: “*Estas enfermarias, além de todos os seus defeitos numerosísimos, teem dois que affectão d’hum modo muito desagradavel todos os alienados desde o momento da sua reclusão, e que quasi sempre os faz adquirir hum caracter lypemaniaco, sombrio e triste, que dificulta se não impossibilita a cura dos poucos que alli chegão no estado de curabilidade: o primeiro he o aspecto de prisão que ainda conservão estas enfermarias contra todos os preceitos da Sciencia, o segundo a limitação do acanhado horisonte de suas janellas, impossibilitando a expansão mental do alienado por meio de sensações agradáveis n’hum paizagem alegre e risonha, e fazendo pelo contrario concentra-lo cada vez mais no objecto especial de sua loucura e desvario. Contemplar n’hum dia d’inverno o passeio incerto e turbulento de cento e quarenta alienados n’hum corredor escuro, frio e húmido, berrando e gesticulando variada e horrivelmente, he hum triste painel da miseria humana, agravada acerbamente pelo atrazo da nossa civilisação, e pelo immoral esquecimento dos elementos mais simples da philantropia e da caridade!*”¹

O problema da assistência aos doentes mentais num espaço institucional próprio arrastava-se em Portugal pelo menos desde 1841. Nesta data a Comissão Administrativa da Santa Casa da Misericórdia e Hospital de S. José fez diligências no sentido de transferir os alienados para *Rilhafoles*, já então ocupado pelo Colégio Militar.² Sobre o assunto pronunciou-se favoravelmente o inspector geral das obras públicas, ao tempo, Luís da Silva Mouzinho de Albuquerque tendo mostrado num parecer que a transferência era necessária e vantajosa tanto para os alienados como para os colegiais. No ano seguinte, por decreto de 23 de Julho de 1842, a Rainha ordenava que o

¹ Caetano Maria Ferreira da Silva Beirão, “Apontamentos para a História dos Alienados em Portugal”, *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas*, Lisboa, segunda serie, tomol, segundo semestre de 1847, p.31 e ss. Mantem-se a grafia da época.

² Vide Miguel Bombarda, *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893 com relatórios clínicos de Caetano Berão e Reis Stromp*, ob. cit. p.175 e ss.

Hospital de Alienados se estabelecesse no edifício da *Luz*, que fora Colégio Militar.¹ Mas foi preciso esperar pelo *legado Sampaio* para que a Comissão da Misericórdia consultasse Bernardino António Gomes e António Maria Ribeiro sobre a adaptação do convento da *Luz* para o efeito referido. Em 1843 publicaram o estudo intitulado *Peças relativas à Organização do Edifício da Luz para um Hospital de Alienados de Ambos os Sexos*² e em 1844 Bernardino António Gomes vê publicado o seu trabalho *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principaes da Europa*³ que serviu de fundamento ao parecer emitido pelo autor.

Nesta memória Bernardino António Gomes expõe a situação jurídico-institucional dos alienados na Holanda, Bélgica, Alemanha, Itália, França e Inglaterra em 1843, dando particular realce às estruturas arquitectónicas, ecológicas, administrativas e médico-policiais dos estabelecimentos. Este trabalho é um documento fundamental para a abordagem da temática em questão, tendo sido construído a partir da observação directa e de informações colhidas junto dos directores dos estabelecimentos mais conceituados da Europa como Gheel, o *paraíso dos doidos*, Charenton e Hanwell, entre outros.

Após minuciosa análise do estado da questão na Europa, o autor extraiu dela ensinamentos para o caso português, defendendo a aplicação em Portugal do sistema inglês. Bernardino António Gomes considerava o sistema inglês mais funcional e rentável e entendia que este sistema se ajustava melhor do que os restantes às peculiaridades nacionais. Neste sentido propunha, em primeiro lugar, a construção *ab início de dois hospitais para curáveis*, um em Lisboa e outro no Porto. Em segundo lugar, propunha a instalação de um *asilo para incuráveis* no centro do país, no convento de Tomar ou no de Alcobaça, pois ambos lhe pareciam óptimos para o efeito.

Nesta linha de pensamento, ao abordar a hipótese de adaptação do edifício da *Luz*, o autor chegou à conclusão de que não era compensatório transferir os alienados de *S. José para a Luz* e que, a não se construir um

¹ Idem, *ibidem*.

² Bernardino António Gomes e António Maria Ribeiro *Peças relativas à Organização do Edifício da Luz para um Hospital de Alienados de Ambos os Sexos*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1843.

³ Bernardino António Gomes, *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principaes da Europa*, Lisboa, Typ. De Vicente Jorge de Castro e Irmãos, 1844.

edifício novo, era preferível melhorar as enfermarias de S. José e adiar a colocação dos alienados em estabelecimento próprio.¹ Apesar disto, o autor apresentou um plano de adaptação da *Luz* à maneira inglesa.

Por seu turno, António Maria Ribeiro, adepto do *sistema à Esquirol*, considerou que o edifício da *Luz* reunia as condições higiénicas exigidas pela ciência para nele se instalar uma instituição manicomial: situado fora do centro da cidade, em posição algo elevada, exposto ao nascente e com água potável em abundância. Portanto, elaborou um plano favorável à adaptação do convento, com o mínimo possível de alterações.²

A Comissão Administrativa da Misericórdia inclinava-se visivelmente para o plano de António Maria Ribeiro. No entanto, este projecto não se concretizou visto que, desde logo, a Comissão Administrativa da Misericórdia e a classe médica envolveram-se num sério conflito quanto ao tema da administração institucional, sintomático contencioso que viria a arrastar-se pelo século XX. A Misericórdia não abdicava da sua competência administrativa, historicamente legitimada. Os médicos interessados e conhecedores da medicina da mente da época sabiam que o êxito clínico dependia em grande parte da autoridade no interior do estabelecimento e por isso defendiam a autonomia administrativa do hospital.

No decurso da sua viagem pela Europa, Bernardino António Gomes notara exactamente uma relação directa entre o poder do médico dentro do hospital, a organização e o governo do hospital e a aptidão do hospital para cumprir a sua finalidade *simultaneamente terapêutica e socio-pedagógica*. Na Holanda verificara uma relação muito estreita entre a pequena ou nenhuma influência governativa do médico e a ineficácia do sistema manicomial holandês, em contraste, de resto, com todos os restantes ramos do serviço público naquele país. Na Alemanha, pelo contrário, o poder do médico, que residia dentro do hospital, não conhecia limites. A esta circunstância se atribuía a rentabilidade dos hospitais alemães. Relativamente à questão do poder médico dentro do hospital de alienados, os médicos portugueses foram sempre

¹ Bernardino António Gomes e António Maria Ribeiro *Peças relativas à Organização do Edifício da Luz para um Hospital de Alienados de Ambos os Sexos, ob. cit.*, p.3 e ss.

²Idem, *ibidem*.

unânicos, desde Silva Beirão a Magalhães Lemos, independentemente do sistema manicomial que perfilhavam. Silva Beirão desabafava, dizendo: “nesta nossa malfadada terra o Médico pode ser um bom Conselheiro, um óptimo Legislador, um excelente Governador civil; e contudo o único mister para que se julga, ou o julgam inabilitado, é só e exclusivamente para dirigir um hospital!”

1

Em 1846 as obras na *Luz* chegaram a encetar-se. Mas era tarde pois, além do conflito de poderes referido, a conjuntura nacional não propiciava empreendimentos deste género. O país debatia-se com problemas inadiáveis: crise financeira e política; agitação social: “Maria da Fonte”; “Patuleia”.

No ano seguinte a situação dos alienados nas enfermarias de S. José foi denunciada por Silva Beirão, com elegância e rigor, em discursos proferidos na Sociedade das Ciências Médicas.² Finalmente, em 14 de Novembro de 1848, a Rainha D^a Maria II, considerando que não era possível continuar a arrastar o problema, decretou a transferência do Colégio Militar para o edifício real de Mafra e simultaneamente a transferência dos alienados existentes em S. José para Rilhafoles, o que se processou em parte de imediato, sem que o edifício tivesse sido convenientemente adaptado à sua nova função.³ Com efeito, as mulheres foram transferidas e os homens ficaram ainda mais um ano em S. José, período durante o qual se operou a remodelação mínima do edifício.⁴ Em 9 de Janeiro de 1850 os alienados foram definitivamente transferidos para Rilhafoles. Esta mudança, escreve Pulido, o médico que a dirigiu, verificou-se “sem auxílio da força pública e sem incidente algum desastroso aos doentes que, em grupos de 15 a 20, vieram a pé, acompanhados dos respectivos ajudantes, à excepção dos paráliticos, que foram transportados em macas. As camas e todo o material das enfermarias, transportaram-se em carros; e isto se fez com tamanha ordem e bom arranjo que às 8 horas da noite do mesmo dia

¹ Caetano Maria Ferreira da Silva Beirão, “Apontamentos para a História dos Alienados em Portugal”, *art. cit.*, p.30

² *Idem, ibidem*, p.29-58; 101-107;146-151.

³ Miguel Bombarda, *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893 com relatórios clínicos de Caetano Beirão e Reis Stromp*, *ob.cit.*, p.175 e ss.

⁴ Francisco Martins Pulido, *Relatório sobre a organização do Hospital de Alienados em Rilhafoles e dos Resultados Administrativos e Clínicos no ano de 1850, e tres trimestres de 1851*, Lisboa, Imprensa Nacional, p.1 e ss.

da mudança os doentes repousavam em suas respectivas camas, depois de haverem ceado no refeitório, e de se lhes ter passado a competente visita; exceptuando-se unicamente 25 alienados que ainda nessa noite tiveram de dormir juntos em um quarto, envolvidos em palha como costumavam no hospital de S. José”¹. O momento inaugural do internamento da alienação mental num espaço minimamente concordante com as exigências institucionais da época acabava de acontecer, na capital, justamente na viragem da década de 40 para a década de 50 do século XIX.

No Porto, três décadas depois da abertura de Rilhafoles, desencadeou-se um processo muito semelhante ao ocorrido em Lisboa e que conduziu ao nascimento do Hospital do Conde de Ferreira, em 1883.

Desde finais do século XVIII, o Hospital de Santo António recebia alienados, sem quaisquer formalidades legais. Os alienados eram internados num espaço impróprio e diminuto, à semelhança das enfermarias de Santa Eufémia e S. Teotónio. Segundo informação de A. M. de Sena: “as duas enfermarias destinadas aos dois sexos estavam instaladas no subsolo do edifício - o *porão*, como lá lhe chamavam -, dois sótãos, que nunca foram destinados para habitação de doentes. Em ambos havia cubículos de ripa, pintados de branco, verdadeiros representantes dos quartos de palha em Rilhafoles! Era a escola nacional a propagar-se. E de facto eram destinados a guardar os doentes inquietos e imundos, e imundos estavam eles todos pelo abandono desumano em que viviam: uma pouca de palha sobre o sobrado, uma manta velha quando muito, e assim ficava completa a mobília confortável das bestiais criaturas que lá metiam. E aqui não há necessidade de consultar documentos; vi em pessoa esses quadros tais quais os descrevo”.² Por esta amostra pode avaliar-se o retrato que Sena nos legou do “porão” de Santo António, e mais ainda, é possível deduzir o conformismo dos próprios médicos e da administração hospitalar e por aí calcular a imagem pública do doente mental em Portugal, na segunda metade do século XIX.

¹ *Idem, ibidem.*

² António Maria de Sena, *Os Alienados em Portugal, ob. cit., p.60*

O Hospital do Conde de Ferreira foi fundado com o legado Conde de Ferreira. As obras iniciaram em 1868 e as suas portas foram abertas aos primeiros alienados em 24 de Março de 1883, sob a direcção do médico A. M. de Sena, responsável pela instalação e a lei orgânica do mesmo hospital.¹ Os resultados terapêuticos obtidos logo nos primeiros anos entusiasmavam, mas também entristeciam António Sena, porque era impossível assistir mais do que 1/10, sensivelmente, dos alienados portugueses, nos dois hospitais, em conjunto, Rilhafoles no Sul e o Conde de Ferreira no Norte do país.

A necessidade de alargar a rede manicomial portuguesa motivou A. M. de Sena a elaborar um *projecto de organização do serviço de alienados em Portugal*, na base do qual em 4 de Julho de 1889 era promulgada a *primeira lei orgânica* referente aos alienados, conhecida pelo nome do seu verdadeiro autor: *lei-Sena*.² Esta lei criava um fundo de beneficência pública com receitas diversas destinado à construção e manutenção da rede assistencial nela programada, a saber: “1º Um hospital para seiscentos alienados dos dois sexos, em Lisboa, devendo ter condições especiais para o ensino da clinica psiquiatrica, e duas enfermarias, um para cada sexo, em condições adequadas para n’ellas se recolherem os alienados criminosos que tenham de ser sequestrados por ordem da autoridade pública”; “2º Outro, pelo mesmo modelo, para trezentos alienados dos dois sexos, em Coimbra”; “3º Outro para duzentos alienados dos dois sexos na ilha de S. Miguel”; “4º Um asylo para duzentos idiotas epilepticos e dementes inoffensivos dos dois sexos, no Porto”; “5º Enfermarias anexas às penitenciarias centraes em condições proprias para n’ellas se tratarem alienados”.³

Parte do fundo previsto seria constituído por metade dos bens dos conventos que se extinguissem depois da publicação da lei-Sena. O fundo criou-se, nomeadamente com a cobrança de impostos especiais (impostos de dispensa

¹ António Maria de Sena, *Relatorio do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885)*, Porto, Typographia Occidental.

² José Luciano de Castro, “Carta de Lei de 4 de Julho de 1889”, *Diário do Governo* de 15 de Julho, n.º 155, p.1629-1630.

³ José Luciano de Castro, “Relatório e proposta de lei para a organização do serviço de alienados. Apresentado à camara dos deputados em 23 de Maio de 1888”, *O Mundo Legal e Judiciário*, Lisboa, 2º ano, n.º 51, p.866.

para casamentos entre consanguíneos, impostos sobre diplomas de títulos nobiliárquicos, etc.) mas nunca foi aplicado ao fim previsto.

António Maria de Sena morria, precocemente, no ano seguinte. Mais tarde, nem Miguel Bombarda, nem Júlio de Matos conseguiram obter o cumprimento da lei, nem mesmo uma justificação do “sumiço dado a tão grandes impostos” como denunciou Barahona Fernandes em 1945.¹

Na segunda metade do século XIX , a rede manicomial portuguesa pode reduzir-se aos dois estabelecimentos referidos² . Tanto o *hospital de Rilhafoles* como o *hospital Conde de Ferreira* tinham o estatuto de instituições públicas com regulamentos aprovados por lei e estavam submetidas à inspeção governamental.

Em síntese, a confluência de vários factores como sejam, o optimismo e o espírito filantrópico e disciplinar da sociedade liberal oitocentista, a vontade de conhecer, de tratar e de curar manifestada pelos médicos alienistas desde a primeira geração, acabaria por se traduzir na assistência *intra-muros*, com a dignidade possível. Para muitos, o hospital-manicómio funcionou como asilo. Mas, certamente, mesmo que obrigados a trabalhar lá dentro (era o chamado *tratamento moral*), o hospital seria preferível ao abandono, ao frio e à fome garantida que, do lado de fora, esperava os sem-família e sem-abrigo.

¹ Barahona Fernandes, “O Professor Sena e o problema da assistência psiquiátrica” *Amatus Lusitanus* IV, Lisboa, 1945, p.215.

² Em 1893 é criado o Instituto de S. João de Deus no Telhal - Sintra e em 1895 o Instituto do Sagrado Coração de Jesus na Idanha - Belas. Estas instituições congreganistas apresentavam uma capacidade de internamento reduzida. Um estudo mais completo e aprofundado da assistência psiquiátrica no século XIX tem de trabalhar as fontes destas instituições.

FONTES E CASOS DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

SAÚL ANTÓNIO GOMES

Professor da Faculdade de Letras;

Investigador do Centro de História da Sociedade e da Cultura — Universidade de Coimbra.

E-mail: sagcs@fl.uc.pt

As doenças de foro mental são realidades geralmente pouco perceptíveis na documentação vulgar portuguesa dos séculos medievais e modernos. Porque, em geral, o portador de deficiência mental ou de perturbação psiquiátrica não era reconhecido como pessoa juridicamente capaz ou detentora de direitos lhe permitissem intervir numa sociedade assente no exercício das lógicas da contratualidade e do deve e haver. As sociedades ocidentais de Antigo Regime, aliás, reagiram de forma contraditória em matéria de percepção de "saúde mental": ora porque temiam e toleravam o "demente", visto como mensageiro "ingénuo" do sagrado; ora porque o irradiavam e excluía, mesmo do ponto de vista das práticas sacramentais religiosas, geralmente ritualistas e integrantes, negando-lhe o reconhecimento do estatuto de pessoa idónea ou socialmente capaz.

A percepção social das perturbações mentais é tão antiga quanto a própria humanidade detectando-se, especialmente, a partir do momento em que o domínio da escrita permitiu registar a memória e os quadros normativos comunitários. Os modos de diagnóstico e de enunciação da doença mental, contudo, variaram consoante o maior ou menor desenvolvimento da medicina nos quadros civilizacionais pretéritos. O normativo jurídico de tradição latina, por exemplo, impunha que só os indivíduos na plena posse das suas faculdades mentais estariam aptos ao exercício contratual e ao exercício de responsabilidades sociais.

O mundo medieval manteve esta herança. O exercício do direito de testar e transmitir património, por exemplo, ficava condicionado à plenitude da maioridade, à liberdade do acto e à garantia dele ser feito sem mostra alguma de perturbação psíquica. Por isso, muitos testamentos, lavrados por notários

zelosos, começam por enunciar que o testador cumpria todos estes requisitos. E numa enunciação da verdade dos factos, recordam ao leitor, ou aos que ouvissem ler o acto em causa, que o seu autor, jazendo ou não de doença, se encontrava lúcido e “andava por seu pé”.

Na Idade Média, contudo, a fronteira entre normalidade e anormalidade psíquica não era perceptível prioritariamente de um ponto de vista médico, mas antes de acordo com padrões culturais marcados pelo religioso. Os “comportamentos apocalípticos” liam-se como consequência do pecado e da interferência demoníaca. A libertação dessa possessão, por parte do indivíduo afectado, exigia a sujeição ao sagrado e aos seus rituais consentidos. Não estranha, assim, que se encontrem numerosos exemplos deste tipo de situação nos livros de milagres que nos chegam desse tempo.

A visibilidade do “paciente” de doença mental torna-se mais pública no Renascimento e parece adquirir, então, lugares mais evidentes na sociedade. Bruegel, o Velho, retrata sagazmente a anormalidade no quotidiano social, os absurdos, as loucuras humanas. A realidade vista do avesso inspira, ainda, François Rabelais, “*Rei dos Dipsodos*”, frade e bacharel em Medicina, criador dos espantosos livros *Pantagruel* e *Gargantua*, cujas personagens se irmanam mais na ideia de seres “apocalípticos” do que “integrados”.

A sociedade portuguesa dos séculos modernos mostra-se razoavelmente compreensiva para com casos de “demência” ou de fuga ao padrão social desde que não toque as fronteiras da Fé católica. Há notícia de algumas misericórdias que dispensaram apoio caritativo a portadores de doença mental. Mas na sua esmagadora maioria, o “demente” tinha o seu espaço de refúgio e reserva no seio familiar. Os registos de óbitos feitos por um pároco de uma vila de província, como a Batalha, na década de 1790, por exemplo, demonstram muito bem a realidade da “demência” como problema concreto na vida das comunidades paroquiais do tempo. A percepção desses casos, mais visível nesta época, acusa a evolução positiva da consideração social por esse fenómeno.

É neste contexto que o autor se propõe tecer algumas reflexões sobre o problema da “saúde mental”, em Portugal, entre os tempos medievais e

modernos, enunciando alguns exemplos ou casos concretos colhidos em diversos tipos de fontes arquivísticas, elas próprias, em geral, pouco abertas a este tipo de informação histórica.

BIBLIOGRAFIA ESSENCIAL

—DELUMEAU, Jean – *A Civilização do Renascimento*, 2 vols., Lisboa, Ed. Estampa, 1984.

—FOUCAULT, Michel – *História da Loucura na Idade Clássica*, São Paulo, Editora Perspectiva, 1978.

—IDEM - *Vigiar e punir. História da violência nas prisões*, Petrópolis, Ed. Vozes, 3ª ed., 1984.

—RABELAIS, François – *Pantagrue, Rei dos Dípsodos, restituído ao natural com seus factos e proezas espantosos*. (Tradução de Aníbal Fernandes). Lisboa, publicações Culturais Engrenagem, 1975.

—ROWLAND, Robert – *Antropologia, História e Diferença*, Porto, Ed. Afrontamento, 1987.

UMA PROPOSTA DE FORMULÁRIO DE MEDICAMENTOS EM RILHAFOLÉS

JOÃO RUI PITA

Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador do CEIS20

Universidade de Coimbra

E-mail: jrpita@ci.uc.pt

O aparecimento dos psicotrópicos, com a clorpromazina, nos anos 50 do século XX constitui um marco da maior relevância na história das terapêuticas medicamentosas. Por diversas razões. O surgimento dos psicotrópicos levou a um entendimento diferente das terapias das doenças mentais. As suas repercussões foram múltiplas. Até ao aparecimento dos primeiros psicotrópicos, não havia uma medicação eficaz no tratamento de patologias de doenças mentais. Contudo, deve também sublinhar-se que, pese embora a não existência de uma medicação eficaz, existia uma terapêutica medicamentosa vulgarmente utilizada.

Miguel Bombarda foi um médico atento, também a estas questões. Em diversos textos Miguel Bombarda transmite-nos esta preocupação sobre a produção medicamentosa considerando que a existência de medicamentos adequados às doenças mentais e o fornecimento destes medicamentos seria uma obrigação dos serviços competentes como sejam as farmácias dos hospitais. Miguel Bombarda vive e publica reflexões sobre os medicamentos a utilizar nas doenças mentais em período de industrialização acentuada dos medicamentos, isto é, da passagem da farmácia artesanal para a farmácia industrial. Bombarda estava consciente desta alteração profunda que se operava na farmácia e nos medicamentos. Por outro lado, o final do século XIX e o início do século XX são um período de forte efervescência farmacológica, muito fértil no surgimento de novos fármacos, de emergência da farmacologia e da terapêutica experimentais. Miguel Bombarda estava consciente desta revolução terapêutica que se operava em torno da produção dos medicamentos. Uma revolução terapêutica que se dava não só ao nível das matérias-primas mas, também, ao nível das próprias formas farmacêuticas — os comprimidos e os injectáveis são filhos do mundo industrial farmacêutico. Por outro lado, deve

sublinhar-se que a utilização de terapias não medicamentosas constituía uma alternativa aos medicamentos nestes período de final do século XIX e no início do século XX. As terapias físicas e naturais constituíam uma alternativa relevante nesse período, bastando percorrer diversos periódicos médicos e farmacêuticos da época para nos apercebermos de que o recurso a práticas como a hidroterapia, a electroterapia, cinesiterapia, radioterapia, etc. eram terapias utilizadas na época. Contudo, a terapêutica medicamentosas estava numa imparável caminhada emergente. E tanto assim era que Miguel Bombarda fala de "uma verdadeira febre de descobertas em matéria médica, tanto na clínica especial como na clínica comum"¹, reportando-se ele à clínica especial à psiquiatria. No relatório que elaborou sobre o Hospital de Rilhafolles para o ano de 1892/93, Miguel Bombarda aborda, também, a hidroterapia e a electroterapia, dando-lhe especial relevo no âmbito de terapêuticas muito usadas entre finais do século XIX e meados do século XX.

Como médico atento a estes problemas, são interessantes as considerações que Miguel Bombarda faz a propósito da preparação de medicamentos para finalidades psiquiátricas no completo relatório que fez sobre o Hospital de Rilhafolles para o ano de 1892/93. E é esse relatório que teremos como pano de fundo para este texto. Diz Miguel Bombarda no referido documento: "A falta da distribuição dos doentes por categorias, bem como a provisória inutilização do estabelecimento hidroterápico em reconstrução, a carência de um local onde se faça uma instalação electroterápica, a privação enfim de oficinas e de mais terreno de cultura em que se possam empregar os doentes, tudo isto se reduziu este ano o tratamento em Rilhafoles a ser quase exclusivamente um tratamento farmacológico"². Tudo parece indicar que Bombarda lamentaria que o tratamento fosse exclusivamente farmacológico. Para o médico republicano as outras vias terapêuticas por si apontadas eram da maior importância e a terapêutica farmacológica necessitaria de uma selecção adequada que só um formulário específico era capaz de resolver. Por isso, refere: "Neste ponto [tratamento farmacológico] encontrei-me logo de princípio com uma dificuldade que a simplificação do serviço exigia se

¹ *A Medicina Contemporânea*, 1894, p. 43.

² *A Medicina Contemporânea*, 1894, p. 37.

removesse rapidamente — a falta dum formulário especial”¹. Miguel Bombarda estava consciente da importância da hidroterapia e da electricidade médica mas, por outro lado, estava igualmente consciente que, de acordo com as suas palavras, "nestes últimos tempos tem-se multiplicado o número de medicamentos especialmente destinados ao tratamento da loucura e das doenças nervosas e era necessário formular em todos os dias nas requisições a fazer para a farmácia”². Assim, não admira que Miguel Bombarda sublinhasse que se tornava necessário que existisse no Hospital de Rilhafoles “um formulário que incluísse os medicamentos mais seguros, aqueles que têm dado mais provas da sua eficácia e dispondo-os em fórmulas especiais reduzir a simples números as receitas a escrever”³, tal como havia sido feito no Hospital de S. José, em Lisboa, e que para si servia como valioso exemplo.

Miguel Bombarda, a propósito do Hospital de S. José, refere que aos anexos ao formulário deste Hospital se podiam adicionar outros medicamentos com interesse para as doenças mentais. E assim faz a sua proposta: inclui 28 novas fórmulas que em seu entender eram “excelentes ou têm recebido aplicação na especialidade”⁴, sublinhando-se assim como critério de selecção a experiência adquirida com a utilização daqueles medicamentos.

Deste modo, fazendo uma selecção entre medicamentos, o apêndice ao formulário e que foi proposto por Miguel Bombarda era o seguinte⁵:

A—Borato de soda em pó fino — vinte e cinco centigramas 0,25 — Em um papel.

B—Brometo de etilo — dez gramas, 10 — Em um vidro.

C—Cloralose em pó fino — cinquenta centigramas, 0,50 — Em um papel.

D—Empolas de nitrito de amilo de cinco gotas — nº 1

E—Empolas de cloreto de etilo de vinte gramas — nº 1

F—Hipnal em pó fino — um grama, 1

G—Pental — dez gramas, 10 — Em um vidro.

H—Fenacetina em pó fino — trinta centigramas, 0,30 — Em um papel.

¹ *A Medicina Contemporânea*, 1894, p. 37.

² *A Medicina Contemporânea*, 1894, p. 37.

³ *A Medicina Contemporânea*, 1894, p. 37.

⁴ *A Medicina Contemporânea*, 1894, p. 43.

⁵ *A Medicina Contemporânea*, 1894, pp. 43-45.

I—Pílulas de aconitina: Aconitina amorfa — meio miligrama, 0,0005; Extracto de meimendo — dois centigramas, 0,02 — F.S.A. uma pílula.

J—Pílulas de cloreto de ouro e de sódio: Cloreto de ouro e de sódio — um centigrama, 0,01; Extracto de doce-amarga — um centigrama, 0,01 — F.S.A. uma pílula.

K—Poção de acetato de zinco: Acetato de zinco — dois gramas, 2; Solutio gomoso — quarenta e oito gramas, 48 — Dissolva.

L—Poção de azotato de soda: Azotato de soda — três gramas, 3; Água destilada — trinta e sete gramas, 37; Xarope comum — dez gramas, 10 — Dissolva o azotato na água; junte o xarope.

M—Poção de bromofórmio: Bromofórmio — cinco goats, V; Essência de canela — três goats III; Glicerina — cinquenta gramas, 50 — Misture. Agite o frasco quando usar.

N—Poção de butil-cloral: Butil-cloral hidratado — um grama, 1; Glicerina — seis gramas, 6; Água destilada — quarenta e três gramas, 43 — Misture

O—Poção de cólquico e acónito: Tintura de cólquico — sete gotas, 7; Tintura de acónito — três goats III; Água destilada — cinquenta gramas, 50 — Misture.

P—Poção de éter acético: Éter acético — dez gotas, X; Solutio gomoso — cinquenta gramas; 50 — Misture.

Q—Poção de gelsemium: Tintura de gelsemium — cinco gotas, V; Solutio gomoso — cinquenta gramas, 50 — Misture.

R—Poção de hidrato de cloral e cloridrato de morfina: Hidrato de cloral — um grama, 1; Cloridrato de morfina — um centigrama, 0,01; Água destilada — trinta e nove gramas, 39; Xarope de casca de laranja azeda — dez gramas, 10; Dissolva o cloral e a morfina na água; junte o xarope .

S—Poção de hipnal: Hipnal — um grama, 1; Água destilada — trinta e nove gramas, 39; Xarope de casca de laranja azeda — dez gramas 10; Dissolva o hipnal na água — junte o xarope.

T—Poção de somnal: Somnal — dois gramas, 2; Água destilada — trinta e oito gramas, 38; Xarope comum — dez gramas, 10 — Dissolva o somnal na água: junte o xarope.

U—Poção de trinitrina: Soluto alcoólico de trinitrina a 1 por 100 — duas gotas II; Água destilada — cinquenta gramas, 50 — Misture.

V—Soluto de cânfora (1ª fórmula): (Para injeção hipodérmica), Cânfora — cinquenta centigramas, 0,50; Dissolva em azeite esterilizado q.b. para completar dez centímetros cúbicos.

W—Soluto de Cânfora (2ª fórmula): (Para injeção hipodérmica) Cânfora — um grama 1; Dissolva em éter sulfúrico q.b. para completar dez centímetros cúbicos.

X—Soluto de extracto de ópio: (Para injeção hipodérmica); Extracto aquoso de ópio — cinquenta centigramas, 0,50; Água destilada — oito gramas, 8; Dissolva; junte glicerina q.b. para completar dez centímetros cúbicos.

Y—Soluto de fosfato de sódio: (Para injeção hipodérmica) Fosfato neutro de sódio — dois decigramas, 0,2; Dissolva em água de loureiro-cerejeira q.b. para completar dez centímetros cúbicos.

Z—Timacetina em pó fino — vinte e cinco centigramas, 0,25 — Em um papel.

AA—Tetronal em pó fino — um grama 1 — Em um papel.

BB—Trional em pó fino — um grama 1 — Em um papel.

Miguel Bombarda partiu de alguns pressupostos essenciais para a elaboração daquele formulário. Desde logo a abolição da colher como medida que era considerada por si como muito subjective; depois, a facilidade de administração do medicamento, dizendo que “tudo quanto seja simplificar num hospital de loucos, onde a maior parte dos doentes não estão submetidos a qualquer tratamento farmacêutico, onde a tendência dos encarregados da enfermagem é nivelar todos os doentes pelos crónicos, pelos incuráveis, tudo quanto seja simplificar, repito, é uma vantagem para o doente em tratamento e uma garantia de que as prescrições médicas serão fielmente cumpridas”¹. Ao dizer isto, provavelmente Miguel Bombarda tinha implícito que muitas vezes, por dificuldade de administração as medicações não eram dadas aos doentes.

Por outro lado, Miguel Bombarda estava consciente de que se vivia um enorme período de significativa efrevescência fármaco-terapêutica. Sublinhava que a terapêutica farmacológica atravessava o que considerava um período de

¹ *A Medicina Contemporânea*, 1894, p. 45.

“febre e de confusão que têm tornado muito pouco nítidas as ideias dos alienistas a respeito da multidão dos novos remédios propostos”¹. Porém, Miguel Bombarda não deixava de vincar que os medicamentos por ele propostos tinham “efeitos verdadeiramente brilhantes”².

Assim, fazia notar que as injeções hipodérmicas de hiosciamina nos doentes com forte agitação muscular e nas manias furiosas tinha uma acção muito calmante e hipnótica. Bombarda salientava, também, que nos casos de delirium tremens mais agudos era importante a administração de altas doses de cloral e de morfina. Para os casos de “delírio agudo” recomendava a ergotina em injeção hipodérmica. Bombarda dava especial atenção, também, à acção hipnótica de diversos medicamentos à base de fármacos surgidos naquele período como o trional, o tetronal e o metilal, destacando a acção do trional. Sobre este produto dizia que se tratava “um dos mais poderosos hipnóticos, senão o primeiro deles”. Porém, Bombarda, ao referir-se ao bromofórmio, muito utilizado na época, dizia que ainda não dispunha de dados suficientemente válidos para dar as mesmas garantias que dava aos outros fármacos. Miguel Bombarda também referia que as injeções hipodérmicas de morfina nos estados melancólicos lhe pareciam preferíveis às injeções de ópio, tendo-se pronunciado igualmente sobre a eficácia dos brometos nos tratamentos da epilepsia.

Com o presente estudo e tendo como base o formulário proposto por Miguel Bombarda pretendemos dar a conhecer a medicação psiquiátrica utilizada no início do século XX, num período de convergência de terapias físicas, naturais e medicamentosas no tratamento de doentes mentais e numa época em que ainda estava longe a medicação à base de psicotrópicos.

BIBLIOGRAFIA:

LÓPEZ- MUÑOZ, Francisco; ÁLAMO GONZALÉZ, Cecilio (Eds) — *Historia de la Psicofarmacología*, 3 vols., Buenos Aires; Madrid; Médica Panamericana, 2007.

¹ *A Medicina Contemporânea*, 1894, p. 45.

² *A Medicina Contemporânea*, 1894, p. 46.

PITA, João Rui — "Farmácia, medicamentos e microbiologia em Miguel Bombarda". In: PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui (Coordenação) — Miguel Bombarda e as singularidades de uma época, Coimbra, Imprensa da Universidade, 2006, pp. 49-60.

PITA, João Rui — História da farmácia, *3ª ed.*, Coimbra, MinervaCoimbra, 2007.

PEREIRA, José Morgado; PITA, João Rui; PEREIRA, Ana Leonor — "Enfermedades mentales en portugal: doctrinas, concepciones y terapéuticas en la Primera República (1910-1926)". In: ORTIZ GÓMEZ, Teresa et al. — La experiencia de enfermar en perspectiva histórica, Granada, Editorial Universidad de Granada, 2008, pp. 473-477.

ALGUMAS TERAPIAS UTILIZADAS EM PSIQUIATRIA NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX

RUBEN GAIO

Farmacêutico; Doutorando na Faculdade de Letras;

Investigador do CEIS20, Universidade de Coimbra.

E-mail: gaio.ruben@gmail.com

Será difícil hoje em dia imaginar um mundo em que o tratamento de doenças mentais não incluía fármacos designados especificamente para o efeito. Desde que em 1952 foi sintetizado o primeiro anti-psicótico, a Clorpromazina, as doenças mentais encontraram um tratamento efectivo e eficaz e a própria Psiquiatria tornou-se um ramo da medicina legitimado. Mas nem sempre foi assim. A história do tratamento de doenças mentais antes do aparecimento dos Psicotrópicos é a uma história feita de experiências, de controvérsias e de progresso.

Este artigo focar-se-á nas décadas de 20 a 50 do século XX, décadas de profunda revolução no seio da psiquiatria e período de forte efervescência científica em matérias de concepção de doenças mentais. São décadas em que se começa a tentar perceber o cérebro («o anatómico») ao invés da mente («o psicológico»). Surgem assim várias terapias físicas destinadas a curar as maleitas mentais.

Podem citar-se como exemplos, durante as décadas de 20 e 30, a remoção de dentes, amígdalas, língua, estômago, intestinos, baço ou útero para tentar curar doenças mentais. Mas a lista não acaba aqui: O uso de dióxido de carbono e nitrogénio para produzir anoxia e comas; injeções de cálcio coloidal; indução de meningite; narcose induzida por barbitúricos (descobertos em 1903); a diminuição de temperatura corporal para valores muitas vezes inconsistentes com a vida; entre outras terapias. Este artigo no entanto focar-se-á em algumas terapias que podem ser consideradas as mais marcantes ou revolucionárias. Algumas são hoje em dia consideradas bárbaras e desumanas, mas foram sem dúvida importantes no contexto histórico e social das doenças mentais e da Psiquiatria e de certa forma

percursoras e modeladores daquilo que hoje em dia entendemos como tratamento das doenças mentais. Começaremos por falar da Malaroterapia. No início do Século XX, nas instituições psiquiátricas estava internado significativo número de doentes com paresia generalizada crónica, uma doença neuropsiquiátrica causada por neurosífilis. Doentes com esta patologia frequentemente apresentavam depressão, paranóia, perda de memória e comportamento violento. Nos Estados Unidos da América, a paresia generalizada crónica representava ainda em meados do Século XX 10% de todas as primeiras admissões em hospitais psiquiátricos. Julius Wagner-Juaregg, (1857-1940) um neuropsiquiatra de Viena começou, em 1887, por tratar esta patologia através da indução de febre no organismo do doente. E seria com a malária que atingiria os seus objectivos. Em Julho de 1917, inoculou em 9 doentes com paresia generalizada crónica, o sangue contaminado com malária de um soldado. Em poucos dias os doentes desenvolveram febres altas que duravam 5 a 6 horas, regressando ao estado normal cerca de 48 horas depois. Destes 9 doentes, 4 tiveram uma recuperação completa e 2 apresentaram melhorias significativas. Em 1927 foi atribuído a Wagner-Juaregg o Prémio Nobel. A Malaroterapia foi usada para o tratamento da paresia generalizada crónica na Europa e nos Estados Unidos até ao início dos anos 50, altura em que o uso de penicilina, tornou possível a cura da neurosífilis. Seria Manfred Sackel (1900-1957) a introduzir outra terapia no tratamento das doenças mentais. Sackel desenvolveu o chamado choque insulínico, ou coma insulínico. A insulina, descoberta em 1922, era usada maioritariamente nos hospitais psiquiátricos para aumentar o apetite de doentes mal nutridos. No entanto vários investigadores estudavam desde os finais dos anos 20, a hipótese de colocarem doentes psiquiátricos em comas hipoglicémicos através da administração de insulina. Sackel descobriu acidentalmente, ao causar convulsões com uma dose excessiva de insulina, que o tratamento era eficaz para vários tipos de psicose, nomeadamente a esquizofrenia. A comunicação oficial desta técnica foi feita em 1933. Ao entusiasmo inicial, seguiu-se a diminuição do seu uso. O coma insulínico era

muitas vezes fatal (2-10% de mortalidade), não produzindo na maioria das vezes curas reais, mas sim melhorias temporárias.

Desconhecendo os estudos de Sakel, Ladislau Von Meduna (1896-1964), médico húngaro começava em 1933 uma outra abordagem ao tratamento das doenças mentais. Meduna estudou a história da epilepsia e da esquizofrenia, notando um antagonismo biológico entre estas duas doenças. Concluiu assim que a indução de convulsões epiléticas em doentes esquizofrénicos, resultaria num equilíbrio da mente e na cura da esquizofrenia. Depois de tentativas falhadas de injeção de sangue de epiléticos em esquizofrénicos para induzir convulsões, começou por usar inicialmente cânfora e mais tarde o pentilenotetrazol conhecido com o nome comercial de cardiazol na Europa e de metrazol nos Estados Unidos. O cardiazol era administrado por via endovenosa, produzindo convulsões rapidamente e dose-dependentes. Estas convulsões podiam ser bastante violentas, e produzirem até fracturas vertebrais ou repetirem-se espontâneamente passados dias ou semanas. Não obstante, estes problemas eram na altura vistos como menores, uma vez que o alívio obtido na psicose era bastante significativo. Em 1937, na Suíça, Meduna apresentou as suas descobertas à comunidade científica. E posteriormente as injeções de metrazol começaram a ser combinadas com curare para neutralizar as contracções musculares causadoras das fracturas e com escopolamina para sedar o doente. A facilidade de uso destas novas terapias convulsivas rapidamente se espalhou pela Europa Continental e Inglaterra. A terapia do choque por insulina e as convulsões provocadas com o cardiazol eram bastante usadas e muitas vezes até combinadas. Em Roma, Ugo Cerletti (1877-1963) comandava uma equipa dedicada ao estudo dos efeitos das convulsões na estrutura do cérebro. Cerletti estava familiarizado com o uso de electricidade para a indução de convulsões em animais, e queria comparar as diferenças neuropatológicas cerebrais provocadas pelas convulsões induzidas por electricidade das induzidas pelo Cardiazol e pelo choque insulínico. Cerletti delegou em Lucio Bini (1908-1964), um assistente, a tarefa de desenvolver um modo seguro e fiável de induzir convulsões através do uso de estimulação eléctrica. Em Agosto de 1939, num congresso neurológico em

Copenhaga, Bini reportou pela primeira vez o uso de electricidade para a indução de convulsões com propósitos terapêuticos em doentes com psicose. Na altura a descoberta da terapia por electro choque tornou-se uma revolução terapêutica. Constituiu um método com uma eficácia espectacular, e não tardou a ser associado ao curare e à escopolamina, gradualmente substituindo o choque com cardiazol e o choque insulínico.

Desenvolvimentos posteriores na técnica incluem o uso de relaxantes musculares sintéticos, anestesia de doentes com agentes de curta duração, pré-oxigenação cerebral e o uso de EEG (electroencefalografia) para monitorização da convulsão. Constitui um método ainda hoje em uso. Estima-se que no mundo inteiro, mais de um milhão de pessoas receba este tratamento anualmente, usado principalmente em depressões que não respondem a mais nenhum método e em doentes em que é preciso agir rápido (risco de suicídio, por exemplo). Resta falar de uma das mais controversas terapias mentais: a Leucotomia. A Leucotomia foi desenvolvida pelo Português Egas Moniz em 1949 e deu início à chamada psicocirurgia, ou seja a utilização de manipulações orgânicas do cérebro para curar ou melhorar sintomas de uma patologia psiquiátrica. Moniz sugeriu a ablação do cortex frontal em doentes psiquiátricos. As primeiras experiências foram feitas com etanol e consistiam na interrupção das fibras eferentes e aferentes do lobo frontal. As operações foram um sucesso. Entretanto nos Estado Unidos da América, Walter Freeman e James Watts tornaram a leucotomia um procedimento bastante popular. Freeman desenvolveu mesmo uma técnica de leucotomia bastante rápida que consistia em introduzir um instrumento semelhante a um picador de gelo acima do canal lacrimal com a ajuda de um martelo, rodando-o depois para destruir as vias aí situadas.

Os resultados observados no paciente submetido a uma leucotomia e toda polémica que rodeiam o procedimento dariam para escrever vários resumos, pelo que não nos debruçaremos sobre os aspectos ético-sociais da leucotomia.

Deste modo, pretendemos traçar uma panorâmica muito sumária de algumas terapias usadas em psiquiatria na primeira metade do século XX e a

sua importância justamente no período que antecede a entrada na terapêutica da medicação com a clorpromazina. Será relevante avaliar o modo como em Portugal se receberam, dinamizaram e protagonizaram estas terapias.

BIBLIOGRAFIA:

- Ban, T, 2001, 'Pharmacotherapy of mental illness- a historical analysis', *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, vol 25, pp 709-727
- Braslow, J, 1997, *Mental ills and bodily cures: Psychiatric treatment in the first half of the twentieth century*, University of California Press, Berkeley
- Faeda, G 2009, 'The origins of electroconvulsive therapy: Prof. Bini's first report on ECT', *Journal of affective disorders*, Vol 120, no. 1-3, pp 12-15
- Frankenburg, F, Baldessarini, R, 2008, 'Neurosyphilis, Malaria and the discovery of antipsychotic agents', *Harv Rev Psychiatry*, vol 16, pp 299-307
- Healy, D, 1997, *The antidepressant Era*, 4th edn, Harvard University Press, United States of America
- G, Walker, E, Martuza, R 2005, 'Psychosurgery: past present and future', *Brain research reviews*, vol 48, no. 3, pp 409-419
- Moncrieff, J 1999, 'An investigation into the precedents of modern drug treatment in psychiatry', *History of Psychiatry*, vol 10, no. 40, pp 475-490.
- Rigonatti, S 2004, 'História dos tratamentos biológicos', *Revista Psiq. Clínica*, vol 31, no 5, pp 210-212
- Rosenbloom, M 2002, 'Chlorpromazine and the psychopharmacologic revolution', *Journal of american medical association*, vol 287, pp 1860-1861
- Sabbatini, R, 2004, 'A história da terapia por choque em Psiquiatria', *Revista cérebro e mente*, visto em 30 Março 2010. <http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/sock.htm>
- Scull, A 1995, 'Psychiatrists and historical 'facts' part one: the historiography of somatic treatments', *History of psychiatry*, Vol 6, pp 225-241
- Scull, A, 1994, 'Somatic treatments and the historiography of psychiatry', *History of psychiatry*, vol 5, pp 001-012

—Shorter, E, 1997, *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of prozac*, John Wiley and sons Inc, Canada

**IMAGENS E REPRESENTAÇÕES DOS PSICOTRÓPICOS
NA IMPRENSA MÉDICA PORTUGUESA (1950-1970):
ESTUDO DE CASO DO “*JORNAL DO MÉDICO*” E DE “*O MÉDICO*”**

SARA MARGARIDA VIEIRA REPOLHO

Psicóloga; Doutoranda na Faculdade de Farmácia;

Investigadora do CEIS20, Universidade de Coimbra.

E-mail: sara.repolho@sapo.pt

Com este trabalho, pretendemos fornecer um contributo para o estudo da história da Psiquiatria e da Saúde Mental em Portugal, analisando as temáticas relativas a estas áreas que nos surgem na imprensa médica portuguesa. Debruçámo-nos, concretamente, sobre o *Jornal do Médico* e *O Médico*, entre as datas de 1950 e 1970. Os dois jornais referidos situam-se no âmbito da imprensa médica, não sendo, contudo, relativos a uma especialidade médica em concreto, e apresentando assuntos diversos no vasto campo da Medicina. Assim, um dos objectivos deste trabalho é analisar de que forma e com que frequência (esta traduzida em dados estatísticos) surgem temas do campo da Psiquiatria e da Saúde Mental nestas publicações. Encontramos, por um lado, artigos directamente relacionados com estas áreas. Estes artigos, habitualmente redigidos por psiquiatras, versam sobre a apresentação de casos clínicos, sobre diferentes terapêuticas e as suas indicações, estudos de personalidade, aspectos psicométricos, modelos conceptuais, instrumentos de diagnóstico, esclarecimentos acerca da medicina psicossomática, reflexões sobre a psicanálise (vejam-se, por exemplo, os artigos de Fernandes, 1953; Neves, 1953; Fernandes, 1953; Furtado, 1953; Polónio, 1957). Por outro lado, surgem artigos ligados a assuntos médicos diversos, mas nos quais, e numa leitura atenta, podemos encontrar referências, mais ou menos explícitas, a estas temáticas, nomeadamente quanto à questão dos aspectos psicossomáticos envolvidos em patologias diversas - tais como enxaquecas (veja-se, por exemplo, o artigo ‘Conceitos actuais sobre o tratamento da enxaqueca’), reumatismo, patologias digestivas...-, as questões emocionais associadas aos estados de saúde e de doença (entendidas como causa ou

como consequência), os transtornos psíquicos decorrentes das patologias orgânicas e dos efeitos secundários de medicação (por exemplo, Polónio, 1957). Frequentemente são relatadas, e comumente de forma resumida, as sessões da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, que podemos acompanhar desde a sua sessão inaugural, e que, para além da informação relativa aos membros participantes, nos fornecem informação quanto aos temas abordados nas conferências proferidas nessas sessões (veja-se, por exemplo, 'A sessão inaugural da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria'). São ainda importantes os artigos relativos aos hospitais psiquiátricos, nomeadamente quanto a dados estatísticos relativos ao número de pacientes admitidos e no que concerne ao tipo de assistência e actividades desenvolvidas. Com a atribuição do Prémio Nobel a Egas Moniz, sucedem-se-lhe as homenagens, exaustivamente relatadas no *Jornal do Médico* e n'*O Médico* (por exemplo, 'A homenagem da imprensa médica e das sociedades portuguesas de medicina ao Professor Egas Moniz'). Nas referências a estas homenagens, interessam-nos particularmente as representações da leucotomia (que importância lhe é atribuída, quais as indicações e contra-indicações referidas, qual a percepção do seu grau de eficácia, que elogios e críticas que lhe são tecidos...). Encontramos ainda dados importantes para a história da Psiquiatria e da Saúde Mental através dos programas dos congressos de Psiquiatria. Estes programas permitem-nos situar temporalmente (e geograficamente) esses eventos, listar os nomes dos conferencistas e aceder às temáticas abordadas. Deparamo-nos igualmente com os programas relativos a diversos cursos médicos. Existem várias referências a cursos de Psiquiatria e de Psicologia Médica. Para além destas referências, interessam-nos também as indicações quanto a cursos de outras especialidades, já que muitos deles focam, entre outros assuntos, problemas do foro psiquiátrico e de psicossomática (Cursos de Férias da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Cursos de Aperfeiçoamento Médico-Sanitários, Jornadas de Pediatria, Cursos de Patologias Digestivas, Cursos de Heredopatologia Humana, Cursos Práticos de Neurologia...). Outra fonte de informação de que dispomos nestas publicações são as referências, por vezes acompanhadas de

um resumo, de livros e de artigos, portugueses e estrangeiros, relativos a temáticas do campo da Psiquiatria e da Saúde Mental. Através destas referências, podemos ter conhecimento de alguns trabalhos desenvolvidos em Portugal – alargando as informações obtidas apenas no âmbito das nossas duas publicações-alvo -, e de trabalhos desenvolvidos para além das fronteiras portuguesas, permitindo-nos saber que informação detínhamos daquilo que se fazia no estrangeiro.

Como objectivo específico, e indo ao encontro do título desta comunicação, interessa-nos particularmente, no âmbito do nosso trabalho, destacar o surgimento dos denominados psicotrópicos. Será esta a temática específica que mais desenvolveremos. Surgidos nos anos 50, os psicotrópicos introduziram uma verdadeira revolução no campo das terapêuticas aplicadas a patologias do foro psiquiátrico. Pretendemos, assim, analisar quando e de que forma esta temática foi sendo introduzida no campo da Psiquiatria em Portugal e quais as representações a ela associadas. Percorrendo *O Médico* e o *Jornal do Médico*, encontramos diferentes posições – de diferentes personalidades e em diferentes épocas - quanto à credibilidade na eficácia dos psicotrópicos e à segurança para os utilizadores. São também alvo deste estudo as informações fornecidas pelos dois jornais quanto à composição destes medicamentos, aos estudos realizados e aos resultados alcançados, e à relação entre psicotrópicos e outras terapêuticas do campo psiquiátrico (por exemplo, o artigo de J.A.L, 1957). Um elemento fundamental que destacamos da imprensa médica, e que transporta a questão dos psicotrópicos também para o campo da indústria farmacêutica, é a publicidade. De facto, podemos encontrar diversos anúncios a psicotrópicos e neles podemos analisar a data em que foram publicados, as indicações terapêuticas e os argumentos publicitários. Ainda no âmbito da indústria farmacêutica, podemos dispor de informação relativa aos psicotrópicos em secções específicas das publicações analisadas, em que se faz a apresentação de novas especialidades farmacêuticas, com a referência do nome do medicamento, laboratório, preço de venda, formas de apresentação do produto e as suas indicações (por exemplo, 'Neuroserpina').

Através deste percurso pela imprensa periódica, podemos assim delinear elementos da história da Psiquiatria e da Saúde Mental em Portugal, no período que balizámos entre 1950 e 1970, no que concerne a psiquiatras da época, a modelos teóricos de suporte vigentes, a áreas de interesse e problemáticas em voga, a instrumentos de diagnóstico, a diagnósticos e terapêuticas utilizadas – e salientamos aqui o aspecto específico da introdução e das representações dos psicotrópicos. Detemos ainda elementos que se prendem com as relações entre a Psiquiatria e outras áreas, nomeadamente a área forense, o Direito, a Justiça - em assuntos como a narco-análise, a coacção psicológica, a delinquência e o crime (vejam-se, a título de exemplo, os artigos de Duarte-Santos, 1953;) e a arte (surgem artigos diversos em que se faz análise de aspectos concretos de movimentos artísticos em associação a problemáticas psiquiátricas). É importante a representação e o estatuto da própria Psiquiatria dentro do campo da Medicina. Percebemos, por um lado, a valorização de aspectos do foro da Psiquiatria na compreensão de doenças e de comportamentos e a extrapolação de uma ‘linguagem’ própria da Psiquiatria para os vários domínios da Medicina. No entanto, e por outro lado, encontramos posições claras que defendem que a Psiquiatria não deve ser uma especialidade médica autónoma, mas circunscrever-se a uma parte integrante da formação médica geral. Numa época em que se discute a autonomização de áreas específicas no campo da Medicina, podemos constatar que a Medicina Psicossomática, cujo lugar de destaque é bem explícito em diversos artigos (e a própria Organização Mundial de Saúde a considera essencial na formação médica) é muitas vezes entendida como uma Medicina que tem por função travar esse movimento de especialização e auxiliar na compreensão do doente como um todo.

BIBLIOGRAFIA:

- Conceitos actuais sobre o tratamento da enxaqueca. *O Médico*. IV(1):87 (1953) 394-396.
- DUARTE-SANTOS, I. A. – Eros e crime. *O Médico*. IV(1):121 (1953) 1051-1065.

- FERNANDES, M. Azevedo – A luz azul. *O Médico*. IV(I):79 (1953) 218-227.
- FERNANDES, Barahona – Agonia doutrinal e ressurgir prático da psicanálise. *O Médico*. IV(I):95 (1953) 551-552.
- FURTADO, Diogo – O problema das psicopatias. *O Médico*. IV(I):88 (1953) 397-409.
- A homenagem da imprensa médica e das sociedades portuguesas de medicina ao Professor Egas Moniz. *Jornal do Médico*. X(XV):368 (1950) 241-264.
- L., J. A. – Um novo neuroléptico. *O Médico*. VIII(V):314 (1957) 296-299.
- Neuroserpina – *O Médico*. VIII(V):279 (1957) 102.
- NEVES, Fernando Sarmiento Pimentel – O psico-diagnóstico miocinético de Mira y Lopez em doentes do círculo esquizofrénico. *O Médico*. IV(I):91 (1953) 463-475.
- POLÓNIO, Pedro – A alteração esquisofrénica da personalidade. *O Médico*. VII(V):301 (1957) 983-986.
- POLÓNIO, Pedro – As intoxicações e toxicomanias barbitúricas. *O Médico*. VII(V):281 (1957) 153-164.
- A sessão inaugural da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria. *Jornal do Médico*. X(XV):368 (1950) 267-269.

A TEORIA DA MENTE DO DOUTOR PEDRO POLÓNIO

MANUEL CURADO

Professor Universitário

Universidade do Minho

E-mail: sara.repolho@sapo.pt curado.manuel@gmail.com

Esta comunicação propõe uma leitura filosófica da obra do médico psiquiatra Pedro Polónio (1915-2001). Este grande psiquiatra foi um ilustre representante daquela que é uma das poucas tradições de ouro da ciência portuguesa, a Psiquiatria. Apesar de ser um psiquiatra com uma informação extraordinária sobre as ciências auxiliares da Psiquiatria (Bioquímica, Antropologia, reflexão filosófica da mente), Polónio não se apercebe de que a Psiquiatria de que é um expoente notável *não* se alterou significativamente em relação à Psiquiatria aparentemente esquecida do século XIX. O diagnóstico que faz sobre o estado desta ciência é, aliás, equivalente, ao de Bombarda. Esta comunicação procura descrever a pedra angular da teoria da mente de Polónio, a sua teoria sobre a actividade integrativa do sistema nervoso. Neste quadro, exploram-se as relações causais da influência mútua entre o corpo e a mente. Polónio tinha um problema entre mãos: como compatibilizar o afastamento do psicologismo com o reconhecimento a contragosto da dimensão psicogénica de muitos distúrbios mentais? Uma teoria da mente tem de responder à questão sobre a natureza última dos estados mentais em geral e anómalos em particular. Neste contexto, exploram-se alguns aspectos da visão holística da Psiquiatria que tende a medicalizar *todos* os comportamentos humanos. Esta comunicação dedica-se também a uma questão embaraçosa. É esta: o que é que um psiquiatra extraordinário como Polónio *não* nos auxilia a compreender sobre a mente humana? O presente autor oferece uma pequena lista dos embaraços teóricos da rainha das ciências médicas: o problema difícil ou duro da consciência, o problema da estrutura da mente humana, a ontologia dos estados mentais, a localização da mente humana, o tempo da mente, o problema contrafactual, o problema funcional, o problema evolutivo, o problema da diversidade das mentes individuais normais e das mentes anómalas. O maior dos embaraços é o da causalidade mental (*top down, top top, down*

down e from the bottom up). Sendo vasta a listagem destes problemas que a Psiquiatria de Polónio *não* soluciona, apesar de se apresentar muitas vezes como um projecto total, a comunicação termina com o elogio da obra excepcional deste cientista português que merece ser mais bem conhecida.

MIGUEL BOMBARDA – A MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE E O PODER MÉDICO COMO PODER-DEVER

VIRGÍLIO VASCONCELOS RIBEIRO

Advogado; Mestrando em História das Ideologias e das Utopias Contemporâneas,
Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra.
E-mail:virgiliovasconcelosribeiro@gmail.com

Os progressos técnico-científicos e o ritmo avassalador das conquistas científicas na segunda metade do século XIX conferiram grande prestígio à Ciência e suscitaram a crença no seu valor ilimitado. Perante a vaga de euforia cientista, o mundo e todos os fenómenos da Natureza, aí incluindo a natureza dos seres vivos e do próprio homem, passaram a poder ser objecto de observação, de apreensão racional e de explicação científica.

O *cientismo* vem a assumir-se como uma concepção *totalizante* da Natureza e do Homem, radicalmente oposta às cosmogonias criacionistas e à mundividência do catolicismo. Ganhou foros de ideologia e instituiu-se em paradigma cultural hegemónico nos meios intelectuais.

Miguel Bombarda integrou-se na corrente cientista e racionalista que marcou as últimas décadas do século XIX e a primeira do século XX, na convicção de que trilhava os caminhos que conduziriam à redenção da Humanidade. Entre nós, foi ele a personagem central do cientismo e o principal dinamizador e divulgador da cultura científicista.

Senhor de uma conceptualização própria, reconhecem-se em Bombarda influências diversas. Foi-se afastando de Darwin, que sempre lhe suscitara alguma reserva, e tornou-se próximo do transformismo neolamarckista, de que adoptou o reconhecimento da influência dos factores mesológicos na evolução dos seres vivos. Mas foi o universo teórico do materialismo alemão – e particularmente o materialismo monista de Ernest Haeckel – que veio a tornar-se dominante no pensamento de Miguel Bombarda.

O materialismo mecanicista, adoptado por Bombarda, sujeita a realidade a leis inflexíveis. E, assim, tal como todas as outras manifestações de vida, a

espécie humana, integrada no universo biológico, está submetida a tais leis – tanto no plano físico, como no plano psíquico. A concepção materialista do psíquico e a causalidade mecânica que lhe é inerente impõem o determinismo. As entidades de natureza metafísica, como a alma, que habitavam a vida espiritual do homem, são expulsas. A consciência já não é um *fragmento da alma* ou *uma emanção de Deus*. O livre arbítrio é reduzido a ilusão.

Em “*A Biologia na vida social*”, discurso inaugural do ano de 1900 na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, Miguel Bombarda declarou o homem objecto da história natural. E afirmou que a sociedade – um organismo, uma resultante do indivíduo, do meio e da recíproca acção dos dois – é também ela objecto da história natural; e que a sociologia não é mais do que uma extensão das ciências biológicas, pelo que a disciplina científica do social se subordina ao paradigma científico da biologia.

Sob a cultura do *cientismo*, cabia à Ciência e aos seus agentes a especial responsabilidade de intervenção na vida das sociedades. A acção do médico – o biólogo por excelência – deixava de se limitar à cura da doença do corpo individual e estendia-se à cura e à prevenção do seu aparecimento no corpo social. O olhar médico alargava-se.

Para Miguel Bombarda, ao cientista cabia o dever de curar a humanidade da *grave enfermidade mental* de que vem sofrendo desde *tempos imemoriais*. Isto é, competia-lhe lutar contra as fórmulas de conhecimento não-científico, contra os atavismos e as antigas crenças, e de promover a educação racional e científica da sociedade, para a tornar saudável física, mental e moralmente.

A credibilização crescente da ciência justificava a ampliação do papel do médico e legitimava a consolidação do poder médico. Portadores de um saber que colocavam ao serviço do progresso da sociedade – que queriam mais justa, solidária e humanizada – os médicos passavam a ter lugar de destaque entre as elites intelectuais.

As condições mesológicas conquistam um papel decisivo na prevenção da doença. Diagnosticar cientificamente os males da sociedade e do espaço em que se insere passa a ser a missão prioritária do médico. A medicina, com

um olhar novo e totalizador, vai debruçar-se sobre as condições climáticas, os solos, as águas, sobre a política, a economia, as questões demográficas e higiénicas e sobre todas as demais questões de incidência social.

Nascia assim a medicina social.

A intervenção médica estava legitimada em todos os campos. O saber médico e os seus detentores constituíam-se em instância de controlo social, que agia sobre a opinião pública, informando-a e educando-a, e sobre o Estado, conduzindo-o a tomar as medidas de carácter social e de saúde pública que a sua autoridade científica lhe apontava.

Professor Catedrático da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, com a responsabilidade das cadeiras de Fisiologia e de Histologia Geral, Miguel Bombarda foi nomeado director do Hospital de Alienados de Rilhafoles, em 1892. Bombarda operou uma profunda reforma no estabelecimento. Por sua iniciativa, foram criados em Rilhafoles, em 1896, os primeiros cursos de psiquiatria em Portugal.

As suas concepções de prática psiquiátrica harmonizavam-se com as suas concepções filosóficas e científicas. Ele entendia o manicómio como uma instituição total. Por isso, criou em Rilhafoles um microcosmos de natureza compósita, que, pela sua pluridisciplinaridade, relevava o *meio* como factor essencial no tratamento dos enfermos.

A repercussão pública das actividades da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa contribuiu significativamente para a projecção da figura do médico como homem de ciência. Local de reunião e de debate dos médicos, a Sociedade de Ciências Médicas proporcionou a divulgação e discussão entre eles das novidades científicas mais relevantes que nos chegavam da Europa ou que se afiguravam como mais instantes na realidade nacional. Dali saíam recomendações dirigidas aos poderes públicos e sugestões de alterações legislativas em matéria de saúde pública.

Não havia tema com relevância social sobre o qual se não debruçassem os mais prestigiados médicos portugueses, no seu afã de contribuírem para o êxito da tarefa que se propuseram de regenerar Portugal: o industrialismo, o descanso dominical, os acidentes de trabalho, o trabalho infantil, organização

sanitária, higiene colectiva, os conteúdos programáticos e os horários do ensino secundário, reformas hospitalares, o regime penitenciário, a inimputabilidade penal, epidemias, a prostituição, o alcoolismo, a protecção das crianças e das mulheres, o feminismo. Formava-se a convicção de que nenhum aspecto da vida dos homens ou do desenvolvimento da sociedade era estranho ao saber médico.

O prestígio da medicina como ciência, a credibilização da opinião médica, a vaga higienista, deram ensejo a uma crescente medicalização da sociedade.

A chegada do saber médico a sectores da vida social convencionalmente dominados por outros saberes suscitou conflitos de competência com a engenharia, a arquitectura e o urbanismo, com a farmácia, com a polícia e sobretudo com os tribunais.

O debate entre a medicina e o direito atravessou todo o século XIX e as primeiras décadas do século XX. À semelhança do que ocorreu em toda a Europa Ocidental, foi travado com grande intensidade e alcançou forte projecção pública.

A definição de loucura e a sua incidência jurídico-penal (a questão da inimputabilidade penal dos alienados mentais) e jurídico-civil (as questões da interdição e da capacidade testamentária) foi o tema central desse debate. Esta batalha pretextou o aparecimento de novas disciplinas científicas, como a medicina forense e a antropologia criminal. Também o nosso direito penal ficou a dever a esta longa querela, de que resultou uma primeira convergência entre a psiquiatria, o legislador e o juiz criminal, uma evolução significativa, toda ela no sentido de os doentes mentais serem declarados penalmente irresponsáveis.

Alguns casos de tribunal que se tornaram clássicos apaixonaram vivamente a opinião pública. Tiveram grande impacto popular, entre outros, os casos do Alferes Marinho da Cruz, de Josefa Greno, do Tenente Aparício Rebello dos Santos (que se liga de uma forma trágica à figura de Miguel Bombarda, porque respeita ao assassinato do próprio psiquiatra), de Rosa Calmon e de Maria Adelaide Coelho da Cunha. Estes dois últimos casos

tornam-se exemplares, quando se reflecte sobre a linha de fronteira que, na época, separava a loucura da sanidade mental.

O poder médico atingia, nesta matéria, proporções tanto mais desmedidas quanto se podia concluir sobre a fragilidade dessa linha de fronteira e sobre a fluidez dos critérios seguidos pelos alienistas para a traçarem.

Vigorava o paradigma somático. A loucura correspondia a um desarranjo orgânico, cujas causas provinham de uma hereditariedade degenerescente e (ou) das condições do meio. Ela era, pois, indubitavelmente, da competência do médico. E tal competência atribuía-lhe um poder imenso: o poder de distinguir o criminoso daquele que, praticando o ilícito criminal, o não é, por ser louco e, assim, penalmente inimputável; o poder de determinar a exclusão social e de decidir sobre o confinamento em hospital de alienados.

Porém, Bombarda alertava para os perigos da variabilidade dessa linha ténue que fazia a distinção entre o criminoso e o louco. A sua definição estava, *em grande parte dependente do arbítrio do perito, que valorava diferenciadamente os elementos oferecidos à análise*. Se em muitos casos, a psiquiatria estava perante a evidência patológica, em outros, o diagnóstico assentava em fundamentos difusos e recorria a critérios de afastamento da moderação e de diferença face ao padrão de normalidade oferecido pela moral burguesa de Oitocentos.

Para além da sequestração dos alienados, outras questões que lhe são próximas, como a da dignidade em termos humanos dos alienados internados, a da loucura gerada pelo próprio manicómio e a da loucura penitenciária, ocuparam as preocupações de Miguel Bombarda.

Miguel Bombarda e tantos dos seus contemporâneos dedicaram com generosidade as suas vidas ao progresso da Ciência e àquilo que acreditavam ser a verdade científica capaz de transformar a vida dos homens e de lhes trazer um futuro melhor. O cientismo português não se conformava com a “legalidade cega e amoral” do determinismo que carregava consigo. Fazia-o acompanhar de uma ética de altruísmo e da ideia de solidariedade social. Em medida muito ampla, o cientismo foi um humanismo.

Bombarda construía uma mundividência totalizante, que assegurava a evolução da Humanidade para um mundo mais justo.

Muito do que pensava e por que se batera veio, mais tarde, a ser desmentido pela realidade. Não fica, por isso, invalidada a grandeza do seu sonho.

O dever de tornar melhor a vida dos portugueses foi a razão de combate de Miguel Bombarda

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

—AA. VV. (Coordenação de Ana Leonor Pereira e João Rui Pita), *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época*, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006: Textos de Carlos Reis, António Pedro Pita, Rita Garnel, Cunha-Oliveira e Vítor Neto.

—ARAÚJO, Paulo, *Miguel Bombarda, médico e político*, Caleidoscópio, 2007.

—BOMBARDA, Miguel, *A Consciência e o livre arbítrio*, 2ª edição, 1902

—BOMBARDA, Miguel, *Neurones e Vida Psychica*, (extractos das duas conferências proferidas na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, em 8 e 15 de Maio de 1897), in *Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Praticas*, 1º Ano, n.º 15, 1 de Junho de 1897.

—BRANCO, António d’Azevedo Castello, *Estudos Penitenciários e Criminaes*, Typographia Casa Portuguesa, Lisboa, 1888.

—CURADO, Manuel, *O Ataque aos Tribunais pelos Psiquiatras Portugueses de Oitocentos*, in <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6625/1/>, 2007.

—DINIS, Joaquim Seabra, *Miguel Bombarda, homem da sua época*, in *A Medicina Contemporânea*, Ano LXX, n.º 3, Março de 1952.

—FERNANDES, Barahona, *Miguel Bombarda*, in *O Médico*, n.º 41, III Ano, 15 de Março de 1952.

—GARNEL, Maria Rita Lino, *Vítimas e Violências na Lisboa da I República*, Imprensa da Universidade de Coimbra, Abril 2007.

—PEREIRA, Ana Leonor, *A Institucionalização da Loucura em Portugal*, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 21, Novembro de 1986.

JULGAMENTO PSIQUIÁTRICO DA INOVAÇÃO ESTÉTICA. OS PINTORES DA LOUCURA DE EGAS MONIZ

MANUEL CORREIA

Técnico de Informação e Divulgação, IST/UTL; Doutorando na Faculdade de Letras ;

Investigador do CEIS20, Universidade de Coimbra.

E-mail: manuel.correia@ist.utl.pt

Esta comunicação articula-se em três apontamentos: no 1º faz-se uma breve resenha de alguns casos célebres de intuição psiquiátrica acerca de artistas conhecidos, da teoria dos “degenerados superiores” (caso do diagnóstico de Sousa Martins sobre Antero de Quental, contestado mais tarde por Jaime Cortesão e Raul Proença, entre outros), e das referências aos casos canónicos de Goya e Van Gogh, frequentemente utilizados para “provar” a possibilidade de detectar na obra dos artistas os sinais das suas insanidades mentais.

No 2º apontamento, passamos em revista as principais asserções de Egas Moniz nos seus ensaios sobre pintura – *Os pintores da Loucura* (1930), *Silva Porto* (1950), *A Folia e a Dor na Obra de José Malhoa* (1955), – apreciando a coerência formal com que discrimina modos de representação e temáticas, quer no domínio das artes plásticas quer no âmbito da literatura, que implica uma relação de homologia entre a ordem social e a ordem estética.

Finalmente, no 3º apontamento, discutiremos o significado das parcas referências aos futuristas, sugerindo uma breve sistematização dos tópicos abordados. A par das manifestações de cientismo e anti-cientismo, entre intelectuais (das ciências biológicas e das humanidades) emerge uma tendência pronunciada para associar as inovações estéticas à “degeneração” estigmatizando não somente cada um dos autores visados pela análise, mas, mais amplamente, correntes estéticas. O discurso psiquiátrico sustentou, nestas circunstâncias, uma ordem estética enquanto padrão de normalidade e sanidade, desvalorizando e morbilizando as alternativas inovadoras procedendo a uma abordagem eugenista que divisava nos desvios da norma a revelação da degeneração hereditária.

BIBLIOGRAFIA:

- PITA, António Pedro., “Arte, Animal domesticado. A questão da arte na obra de Egas Moniz” in PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João Rui., (Coord.), *Egas Moniz em livre exame*, Coimbra, Minerva, 2000, pp. 223 – 234.
- MONIZ, Egas., “Os pintores da loucura” in *Separata do Arquivo de Medicina Legal* nº 3, Lisboa, Arquivo de Medicina Legal, 1930.
- MONIZ, Egas., “Silva Porto” in *Separata de O Médico*, nº 9, 1950.
- MONIZ, Egas., “A folia e a dor na obra de José Malhoa” in *Separata do Boletim da Academia das Ciências de Lisboa*, Vol. XXVII, Abril-Maio de 1955
- SOUSA MARTINS, José Tomás., “A Nosografia de Antero” in AAVV., *Antero de Quental. In memoriam*, Porto, Mathieu Lugan, 1896.
- CORTESÃO, Jaime., *A arte e a medicina: Antero de Quental e Sousa Martins*, Coimbra, Tipografia França Amado, 1910.
- NORDAU, Max., *Degeneração. Livro Quinto. O Egotismo*, Rio de Janeiro, Laemmert & C, 1899.

**EGAS MONIZ E AS CASAS DE SAÚDE DO TELHAL E DA IDANHA:
FACETAS DESCONHECIDAS DE UM NOBEL**

AIRES GAMEIRO (1); AUGUSTO MOUTINHO BORGES (2)

(1)Irmão de S. João de Deus. Investigador do IPCDV-UC;

Investigador Colaborador do CEIS20-UC

E-mail: Aires.Gameiro@isjd.pt;

(2)Museu S. João de Deus. Investigador do CEIS20-Universidade de Coimbra;

Investigador Colaborador do IHA-UL

E-mail:moutinho.borges@sapo.pt

O Dr. Luís Cebola Médico, entre 1911-1949, da Casa de Saúde do Telhal, propriedade dos Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, no seu livro “*Estado Novo e República*”, de 1955, refere, no Cap. “*O cérebro e os políticos*”, pp. 59-63, que “*Após enumerar diversas terapêuticas e em especial a laborterapia, as metodologias mais recentes: o electrochoque e a neurocirurgia, denominada «leucotomia de Egas Moniz». Nem um nem outro se baseiam em factos de ordem científica – incontestáveis e conclusivos...*”. E o texto continua “*Experimentando a leucotomia no Hospital Psiquiátrico do Telhal, não logrei êxito algum surpreendente, duradoiro. Abatidos os acessos agudos, eles voltavam e, por vezes, com diminuição acentuada da personalidade. O electrochoque tem sobre a leucotomia de Egas Moniz duas vantagens bem documentadas por psiquiatras eminentes, reflectidos e criteriosos: é mais prático e muito mais económico*”, p. 63.

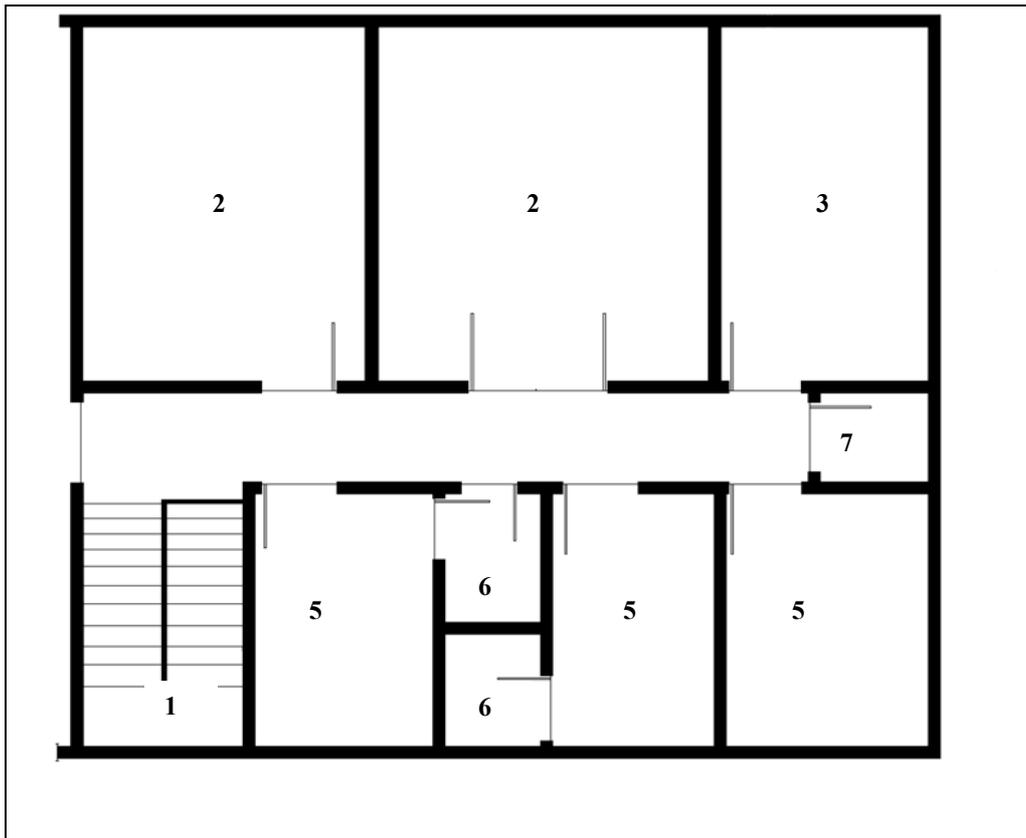
É pois uma realidade que a Casa de Saúde do Telhal, teve um papel fundamental para as experiências dos cientistas, liderados pelo Prof. Egas Moniz, para a realização das operações de leucotomia, tal como se depreende do seu testemunho, escrito nos *Annales Médico-psychologiques*, n.º 2, Juillet, Paris, Masson et C. Éditeurs, 1937, com o título “*Essais de Triatement de la Schizphrenie par la Leucotomie par Egas Moniz et Diogo Furtado*”, onde declaram “*Dispondo de uma série importante de doentes esquizofrénicos, internados num asilo (Telhal), ensaiamos uma investigação sistemática com o objectivo de avaliar o valor e as possibilidades da leucotomia neste grupo de*

psicoses". E mais abaixo referem "*Operámos no Telhal 19 casos de esquizofrenia, 18 dos quais verdadeiros processos de esquizofrenia e o 19.º uma catatonia pura com seis meses de evolução*", pp. 3-4. O artigo termina com esta afirmação que denota um desejo de continuar a experiência: "*Só o emprego sistemático da leucotomia num maior número de casos poderia esclarecer nossas dúvidas e poder tirar conclusões dos dados apresentados*", p. 7.

Estamos em 1937, apenas a um ano da inauguração da sala de operações da Casa de Saúde dom Telhal. As operações de leucotomia continuaram até ao final dos anos 40, tal como é possível analisar nas referências bibliográficas da *Revista Hospitalidade*, onde se descrevem as operações e o seu número. Muitos dos doentes eram militares, sendo médico responsável o Dr. Diogo Furtado, o mesmo que assina o artigo citado.

As operações foram realizadas noutros estabelecimentos psiquiátricos, nomeadamente na Casa de Saúde da Idanha, propriedade das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, onde o Prof. Almeida Lima operou até 1950 doentes do sexo feminino.

Os Blocos Operatórios da Casa de Saúde da Idanha e do Telhal eram, no seu tempo, considerados dos mais modernos, estando perfeitamente organizadas para aí se realizarem as referidas operações. Deixamos um esquema da orgânica do primeiro, onde podemos constatar as dependências que constituíam esta unidade cirúrgica.



Legenda: 1 – Escada; 2 – Sala do material; 3 – Sala de operações; 4 – Quarto de vestir dos médicos; 5 – Quarto; 6 – I.S. (Instalações Sanitárias); 7 – Arrumos

Vamos neste trabalho apresentar o estudo que desenvolvemos referente aos anos de 1937-1951 nas duas Casas de Saúde, analisando o próprio espaço físico onde se operava, quais os doentes que foram alvo de operação e dar a conhecer à comunidade científica que as duas instituições muito contribuíram para o êxito do Nobel da Medicina nacional.

As fontes foram analisadas em processos clínicos, fotografias existentes nos mesmos processos e no acervo fotográfico das Casas de Saúde referidas, em documentação avulsa, bibliografia geral e específica e foram realizadas entrevistas a Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus, Ir. José Joaquim Fernandes, residente no Lar São João de Deus em Itaipava, no Brasil, e que foi o Director de Enfermagem da Casa de Saúde do Telhal entre 1936 a 1941 e que assistiu às primeiras lobotomias realizadas pela equipe do Prof. Egas Moniz, e ao próprio Pe. Doutor Aires Gameiro, *OH*, que assistiu em 1949 à realização de cinco operações, e a Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Ir. Lurdes Reduto Cardoso e Ir. Conceição Rodrigues Antunes,

residentes na Casa de Saúde da Idanha, que assistiram em 1949-1950 a duas operações realizadas pelo Prof. Almeida Lima.

BIBLIOGRAFIA:

—CEBOLA, Luís – *História dum louco: analisada sob o aspecto psico-clínico*. Lisboa: Gomes de Carvalho, editor, 1926.

—CEBOLA, Luís – *Psiquiatria social*. Gomes de Carvalho, editor, 1931.

—CEBOLA, Luís – *Enfermagem de Alienados*. Lisboa: Gomes de Carvalho, editor, 1932.

—CEBOLA, Luís – *A República e o Estado Novo*. Lisboa: ed. Gomes de Carvalho, 1955.

—GAMEIRO, Aires (dir.) – *Casa de Saúde do Telhal: 1.º centenário, 1893-1993*. Lisboa: Hospitalidade, 1993.

—GAMEIRO, Aires; BORGES, Augusto Moutinho, CARDOSO, Ana e D'OLIVEIRA, Fernando – *Luís Cebola: um republicano no convento*. Coimbra: CEIS20, Cadernos do CEIS20, 2009.

—GAMEIRO, Aires; BORGES, Augusto Moutinho e D'OLIVEIRA, Fernando – *A Casa de Saúde do Telhal e os gaseados de guerra, 1917-1950*. Lisboa: Congresso Internacional do Tratado de Versailles, 2009 (no prelo).

—MONIZ, Egas e FURTADO, Diogo – “*Essais de Triatement de la Schizphrenie par la Leucotomie par Egas Moniz et Diogo Furtado*”. In: *Annales Médico-psychologiques*. Paris: Masson et C. Éditeurs, n.º 2, Juillet, 1937.

—VAZ, Francisco – *Idanha: cem anos de Evangelho*. Braga: Ed. Franciscana, 1993.

**O “CASO “ADELAIDE DA CUNHA NA COMUNICAÇÃO E NO JORNALISMO:
COMO ANALISAR UM EXEMPLO DE DOENÇA MENTAL NOS ANOS 20
DO SÉCULO XX?**

ISABEL MARIA GUERREIRO NOBRE VARGUES

Professora da Faculdade de Letras; Investigadora do CEIS20

Universidade de Coimbra.

E-mail: ivargues@fl.uc.pt

Maria Adelaide Coelho da Cunha, viveu nos inícios do século XX. Filha de Eduardo Coelho, o fundador do *Diário de Notícias*, casada com Alfredo da Cunha, um dos directores do jornal, protagonizou uma história pessoal com múltiplas consequências e interpretações e que facilmente deixou de ser pessoal para apaixonar a opinião pública do seu tempo e mesmo depois. Com os pareceres médicos de alienistas (psiquiatras), e de advogados, marido e filho, internaram-na num manicómio, o Conde Ferreira, com o diagnóstico de “loucura lúcida”. Seguiram-se momentos muito fortes nos meios de comunicação *A Capital* e o *Diário de Notícias*, onde várias cartas espelharam o combate, publicaram-se livros, mais tarde romances (Agustina Bessa Luís, Manuela Gonzaga) e um filme (*Solo de Violino*, de Monique Rutler). Por isso este caso representa um importante momento numa história da comunicação e do jornalismo em Portugal. Mas também o representa quando pretendemos analisar a sociedade do seu tempo, os seus valores, uma definição em torno da doença mental. E o papel dos poderes políticos, económicos e culturais vigentes em Portugal no século XX.

