

**ANA LEONOR PEREIRA
JOÃO RUI PITA
(Eds)**

**II 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**

2011

Colecção:

Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX

Directores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A colecção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XX” pretende reunir estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

Nº 4

Volumes publicados:

1 – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; Pedro Ricardo Fonseca (Eds.) — Darwin, darwinismos, evolução — 1859-2009 (2010)

2 – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental (2010)

3 – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Ciências da Vida, Tecnologias e Imaginários. Na era da biodiversidade. Homenegam ao Prof. Doutor Carlos Almaça

NOTA:

Os textos publicados nesta obra colectiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

Título: II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

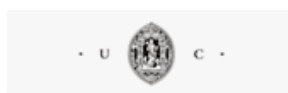
Edição: Grupo de História e Sociologia da Ciência-CEIS20

Ano de edição: 2011

Impressão: Pantone 4

ISBN: 978-972-8627-33-1

Depósito Legal: 320220/10



CEIS 20
CENTRO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES
DO SÉCULO XXI
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

ÍNDICE

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita Introdução 5
Manuel Esteves; Augusta Vieira-Coelho; Sofia Leite Melancolia I: de Dürer ao DSM-IV 7-9
Hugo Neves; Rosa Silva O Delirium – evolução conceptual 11-15
Ruben Gaio A descoberta da clorpromazina: uma história de revolução psiquiátrica 17-23
Ana Inês Cruz Os projecteis de Apparicio Rebello dos Santos: o homem, o doente e o criminoso 25-31
Gonçalo Félix Matos; José Cunha-Oliveira Psiquiatria, ideologia e poder - a propósito do caso Maria Adelaide da Cunha 33-38
Lia Raquel Neves Da Aimée de Lacan para o <i>desejo</i> do outro... 39-42
José Cunha-Oliveira; Gonçalo Félix Matos Abade Faria: um brâmane na história da psiquiatria 43-49
António Vitor Sanches Ferreira Ribeiro Loucura religiosa em Portugal na Época Moderna (Sécs. XVI-XIX) 51-55
Aires Gameiro Papel do Dr. Miguel Bombarda no planeamento do manicómio dos Açores no dobrar dos séculos XIX-XX 57-63
Manuel Curado A voz rara do louco. A passagem de Leal de Zêzere por Rilhafoles 65

Ismael Vieira

A vida psíquica dos tuberculosos à luz da fisiologia dos sécs. XIX e XX
67-73

Manuel Correia

Egas Moniz em livre (re)exame: uma década depois
75-80

Ana Inês Cruz

Debates entre Júlio de Matos e Raphael Garófalo: postulados da escola positiva
face à questão da loucura moral
81-86

Manuel Silvério Marques

O Carvalho, o Mato e a Floresta. Das fundações da clínica no *Traité Médico-Philosophique Sur L' Alienation Mentale* De Pinel, De 1809
87-89

Sara Repolho

A saúde mental à luz da revista “Natura” (1942-1991)
91-95

Luís Sá; Joana Sousa

Evolução da prática dos cuidados de enfermagem em psiquiatria e saúde mental
97-104

Ângela Salgueiro

O ensino da psiquiatria na reforma dos estudos médicos de 1911
105-111

Bertulino José de Souza

Saúde mental a partir de fragmentos da história da psiquiatria brasileira e a atuação
política dos caps – centros de atenção psicossocial: o caso de Natal/rn
113-120

Maria Olga de Castro e Silva; Margarida Louro Felgueiras

Assistência e formação de enfermagem de saúde mental no Hospital Conde de Ferreira
121-128

Luis Manuel Neves Costa

Manicómio Sena ou ... A *Questão* Coimbrã da psiquiatria.
121-132

Tiago Pires Marques

A construção de uma ética católica nas ciências da saúde mental:
Portugal c. 1910- c. 1950
133-140

Programa das II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental

141-145

INTRODUÇÃO

Nos dias 28 e 29 de Abril de 2011 decorreram no Auditório da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Farmacêuticos as *II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Tratou-se de uma organização do Grupo de História e Sociologia da Ciência do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 e que teve a colaboração organizativa da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Farmacêuticos e da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS.

Na sequência das I *Jornadas* realizadas em 2010, a segunda edição desta reunião científica, que em 2011 foi de cariz internacional, visou dar continuidade às temáticas então apresentadas e introduzir novas frentes de discussão.

Das várias épocas da história da psiquiatria, estas Jornadas incidiram sobre a época contemporânea, ou mais precisamente, desde meados do século XVIII até aos anos 80 do século XX. Foram privilegiados os seguintes tópicos:

- Medicina, psiquiatria e neurologia
- A psiquiatria enquanto ciência e arte
- A psiquiatria forense e a medicina legal
- A saúde mental no quadro da geografia da saúde
- A saúde mental no quadro histórico-político
- A saúde mental no quadro normativo-institucional
- Terapêuticas medicamentosas e terapias físicas
- Biografias em contexto político-cultural
- A psiquiatria na I República portuguesa (1910-1926)
- Psiquiatras e neurologistas na I República portuguesa (1910-1926)

Esta obra tem reunidos os textos que serviram de base a apresentações feitas nas *II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*.

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita

Professores da Universidade de Coimbra
Investigadores do Grupo de História e Sociologia da Ciência do CEIS20

MELANCOLIA I: DE DÜRER AO DSM-IV

MANUEL ESTEVES*; AUGUSTA VIEIRA-COELHO; SOFIA LEITE*****

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – FMUP e Hospital de S. João, EPE

*Professor Associado de Psiquiatria; ** Professora Associada de Farmacologia;

***Assistente Voluntária de Psiquiatria

E-mail: m.fernandez.esteves@gmail.com

Palavras-chave: Melancolia; Dürer; Arte; Psicopatologia; Depressão

INTRODUÇÃO

Albrecht Dürer criou, nos anos de 1513 e 1514, uma trilogia de gravuras conhecidas como Gravuras Mestras, influenciado principalmente pelas virtudes da escolástica medieval e pelo pensamento renascentista emergente.

A terceira gravura – Melencolia I – é uma das obras de arte mais sujeita a interpretações modernas (Schuster, 1991), embora os trabalhos sob o ponto de vista psicopatológico sejam mais escassos.

Os autores propõem-se estudar o simbolismo psicopatológico desta gravura, partindo do pressuposto que o autor poderá ter expresso, simbolicamente, os seus próprios sintomas na obra e que o conceito de melancolia será, pelo menos, parcialmente sobreponível ao atual

DISCUSSÃO

Considerada o auto retrato espiritual de Dürer (Panofsky, 1964) a gravura Melencolia I, tem sido estudada como uma composição alegórica, tanto no seu simbolismo alquímico/astrológico, como no matemático/geométrico.

Uma análise da biografia de Dürer revela-nos um pai religioso e austero e uma mãe com quem o pintor estabeleceu uma forte ligação (tendo, mais tarde, sido o seu cuidador até à morte em 1514, data também da criação da obra que estamos a analisar). É ainda evidente um casamento, combinado pelos pais, aparentemente infeliz e sem filhos (Hagen e Hagen, 2005). Aspectos económicos e da sua saúde física poderão, em conjunto com outros factores citados anteriormente, ter contribuído como acontecimentos de vida relacionados com o quadro depressivo sobre o qual especulamos.

Partindo dos pressupostos que o autor exprimiu na obra os seus próprios sintomas, de modo simbólico e que o conceito de melancolia seria semelhante ao atual, os autores partem para a identificação dos sintomas de Melancolia de acordo com o DSM-IV (APA, 2000) no simbolismo de alguns elementos representados na gravura.

Sintomas como a tristeza, desinteresse e anedonia, anorexia, insónia, inibição psicomotora, astenia, auto-desvalorização, dificuldades cognitivas e ruminações sobre a morte, são os sintomas que julgamos ter (subjettivamente) identificado, indicadores da presença de um episódio depressivo.

Dürer fará, ainda, uma sugestão sobre o tratamento possível – metafísico (o quadrado mágico aliviando a influência negativa de Saturno), “cognitivo” (abraçar a parte positiva da melancolia, a melancolia como força criadora) e mesmo farmacológico (agrião e rúculo) , que contrastamos com o que seria o tratamento da melancolia na atualidade

A obra artística pode fornecer informação clínica sobre as figuras retratadas (mais frequentemente de modo intencional) e sobre o próprio artista (mais frequentemente de modo projetivo).

Parece-nos possível extrair do simbolismo da gravura Melencolia I alguns dos sintomas de um estado depressivo, possivelmente de um episódio depressivo maior.

A coincidência temporal com acontecimentos de vida que terão sido relevantes para o autor permite-nos inferir que AD estaria deprimido durante o ano de 1514 e que terá feito algum esforço para aliviar os sintomas desse quadro clínico.

Mesmo com as limitações inerentes a um estudo de caso com estas características, o mesmo permite uma reflexão sobre o conceito de Melancolia ao longo da História.

CONCLUSÕES

A obra artística pode fornecer informação clínica sobre as figuras retratadas (mais frequentemente de modo intencional) e sobre o próprio artista (mais frequentemente de modo projetivo).

Parece-nos possível extrair do simbolismo da gravura Melencolia I alguns dos sintomas de um estado depressivo, possivelmente de um episódio depressivo maior.

A coincidência temporal com acontecimentos de vida que terão sido relevantes para o autor permite-nos inferir que AD estaria deprimido durante o ano de 1514 e que terá feito algum esforço para aliviar os sintomas desse quadro clínico.

Mesmo com as limitações inerentes a um estudo de caso com estas características, o mesmo permite uma reflexão sobre o conceito de Melancolia ao longo da História.

BIBLIOGRAFIA

- Panofsky, E; Klibansky, R e Saxl, F (1964). Saturn and melancholy. New York: Basic Books, Inc.
- Schuster, P-K (1991). MELENCOLIA I: Dürers Denkbild. Berlin: Gebr. Mann Verlag. pp. 17-83.
- Hagen, RM; Hagen, R (2005). What great paintings say. Taschen America, Llc. pp. 195-199.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC.
- Finkelstein, DR (2006) MELENCOLIA I: The physics of Albrecht Durer. arXiv:physics/0602185v2

DELIRIUM – EVOLUÇÃO CONCEPTUAL

HUGO NEVES, MNSc *

ROSA SILVA, MNSc **

*Doutorando no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, Porto; Enfermeiro nos Hospitais da Universidade de Coimbra;
E-mail:hugoneves@gmail.com

**Doutoranda no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, Porto; Enfermeira no Instituto Português de Oncologia, Porto;
rosa_silva33@hotmail.com

Palavras-chave: delirium; confusão aguda; conceptualização.

INTRODUÇÃO

Delirium é uma síndrome que afecta essencialmente doentes hospitalizados, susceptível de reversibilidade, mas com uma alta taxa de mortalidade. Desde a sua identificação, já por Hipócrates no “Livro das Epidemias”, este fenómeno tem sido confundido com o conceito de demência, uma vez que ambos envolvem défices cognitivos. Por este motivo torna-se fundamental compreender a evolução histórica do conceito e seu impacto na comunidade científica.

DISCUSSÃO

Pela análise da literatura sobre o conceito delirium observa-se uma dificuldade na sua definição. . Na época de Hipócrates este conceito era designado de frenite referindo-se ao transtorno mental agudo, usualmente associado a estados febris, com alterações cognitivas, comportamentais, agitação psicomotora e alterações do ciclo sono-vigília. Mais tarde, no século I d.C. Celsus usava o termo delirium para descrever estados de agitação ou sonolência excessiva decorrente de distúrbios mentais. Acrescenta ainda que nem todos os casos de delirium são reversíveis, mas no caso em que os sintomas desapareciam os indivíduos continuavam com manifestações de insanidade, referindo-se provavelmente à demência. Foi também o primeiro a considerar o delirium como uma causa ocasional não-febril, cuja medicação administrada a estes doentes poderia ser os remédios dos outros tipos de delirium, mas neste caso o vinho poderia ser consumido (Adamis et al, 2007).

Pela ambiguidade de informação acerca do fenómeno, vários eram os médicos que estudavam os seus sintomas. No século VIII, Najad ub din Unhammad, um médico árabe, descreve nove classes de psicopatologia, incluindo o delirium febril. Nesta definição os sintomas mais ligeiros correspondiam a alteração da memória, perda de contacto com o meio ambiente e comportamentos infantis, e nos sintomas mais profundos os doentes alcançavam um estado crónico, caracterizado por insónia, inquietação e, por vezes, rugidos tipo bestas (Adamis et al, 2007).

No século XVI o cirurgião Ambroise Pare contribui para a definição de delirium com complicações decorrentes de procedimentos cirúrgicos como febre, dor causada pelas feridas cirúrgicas, gangrena e operações que envolvem hemorragia abundante, e Richard Morton, no século XVII, sugere que delirium representa um sonho acordado.

Com a ambiguidade na terminologia, delirium foi mesmo sinónimo de loucura associada a doenças febris nas perturbações mentais agudas, mas só no século XIX o conceito começa a ser foco de atenção, ao se introduzir pela primeira vez o termo “confusão mental”. Sutton propõe ainda o termo delirium tremens como causa de abuso de álcool e Greiner introduz o conceito de obnubilação da consciência (clouding of consciousness) como a principal característica de delirium. Refere que a febre causa distúrbio cerebral no órgão da consciência e que o percurso de delirium, a severidade e o quadro clínico dependem da duração e severidade da febre, bem como nos hábitos e experiências anteriores dos doentes. Afirma que ao longo da flutuação da febre também o estado de consciência flutua e podem-se observar períodos de lucidez nos doentes. Todavia esta relação entre obnubilação da consciência e delirium é explorada por Hughlings Jackson, ao reportar casos de delirium senil, condição potencialmente reversível mas que poderia ser fatal se não fosse tratada (Adamis et al, 2007).

Esta tentativa de conceptualização de delirium continua pelo século XX e no início deste Pickett propõe a distinção entre delirium e confusão em idosos, acreditando que no primeiro ocorre sempre uma causa orgânica e que no segundo é causada por factores não orgânicos. Mas é em meados deste século que o termo delirium é associado a uma desordem orgânica aguda cerebral, mais tarde denominada de síndrome orgânica cerebral (SOC), que incluía: diminuição cognitiva global – delirium e demência; anormalidade ou diminuição cognitiva selectiva – amnésia e alucinações; e síndromas funcionais sintomáticas – esquizofrenia e síndrome orgânica mental (Lipowski, 1978; Adamis et al, 2007).

Em finais da década de 70, Lipowski (1978) refere haver uma ambiguidade na semântica de SOC, uma vez que os diversos termos que o constituem são usados inconsistentemente e de forma diferente pelos diversos autores, o que leva a uma dificuldade na comunicação entre pares.

Nesta terminologia de SOC, delirium encontra-se no grupo de diminuição cognitiva global, juntamente com o termo demência, o que se torna, mais uma vez, difícil a separação dos conceitos. Contudo Lipowski (1978, p. 318) define delirium como uma “desordem psiquiátrica caracterizada por um processo mental desorganizado derivado de um transtorno temporário do metabolismo cerebral”, com evidência na diminuição da atenção, da percepção, da memória e do pensamento. Por esta razão verifica-se algum grau de desorientação espaço-temporal, uma tendência a confundir ambientes não familiares com familiares e a experienciar alucinações, sobretudo visuais. Já na sua operacionalização de conceitos Lipowski inclui o início flutuante do fenómeno, com alteração no ciclo sono-vigília e no estado de alerta.

Assim, o início do delirium é usualmente rápido, com duração variável e transitória, podendo ser seguido por coma ou morte, ou por outro SOC. O ciclo sono-vigília encontra-se alterado, no qual o indivíduo evidencia sonolência ao longo do dia ou insónia à noite, ou mesmo ambos. Os sonhos são percebidos como assustadores e podem ter continuidade nas alucinações, aquando acordado. Por este motivo o delirium era visto como uma desordem de vigília. O estado de alerta poderá também estar diminuído (hipovigilância) ou aumentado (hipervigilância) e variar entre estas duas actividades psicomotoras, com predominância para a apatia, a euforia, a ansiedade, a depressão ou a raiva (Lipowski, 1978).

Estes sintomas são mais comuns em idosos, em indivíduos viciados em drogas ou álcool, em indivíduos com traumatismo cerebral e por indivíduos que sofram de doenças físicas crónicas. Por regra o electroencefalograma revela alterações. Neste âmbito os critérios de diagnóstico para delirium são: 1) distúrbio da atenção; 2) diminuição da memória; 3) alterações na percepção, que poderão incluir alucinações; 4) distúrbio do ciclo sono-vigília; 5) capacidade reduzida para o pensamento abstracto; 6) diminuição ou aumento do estado de alerta e da actividade psicomotora; 7) início imprevisível, por vezes rápido, e flutuante no nível de consciência com tendência para a exacerbação noturna; 8) início agudo e de curta duração, normalmente inferior a um mês; e 9) desorientação, pelo menos temporal (Lipowski, 1978).

Na evolução do conceito, Lipowski (1981) acrescenta ainda o pensamento desorganizado, que tanto pode ser lento, elaborado ou empobrecido, ou pelo contrário, pode ser rápido e rico e por vezes com distúrbio na imaginação. A memória, por sua vez, está invariavelmente diminuída, registando-se dificuldade na retenção da informação.

Nesta altura a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III) registava alguns sintomas deste conceito, todavia verificava-se ainda dificuldade em identificar o fenómeno, razão pela qual se propôs a criação de um grupo de trabalho, na área da psiquiatria, envolvendo psiquiatras e enfermeiros de saúde mental, com o objectivo de realizar uma avaliação concisa e, portanto, um diagnóstico mais preciso. Neste âmbito o papel do enfermeiro seria o de consultor das enfermarias médicas e cirúrgicas e assim aumentar o nível de qualidade no cuidado ao doente psiquiátrico. Este consultor tinha como função ajudar os outros enfermeiros a aumentar a sua sensibilidade na detecção do fenómeno e a aumentar a sua tolerância para os doentes com distúrbios do comportamento. Deste modo os conflitos e as crises relacionadas com comportamento pouco ortodoxo poderiam ser evitadas ou melhor solucionadas e as complicações psiquiátricas poderiam ser prevenidas ou previamente identificadas (Lipowski, 1981).

Só em 1987 surge uma escala para identificar o delirium, baseada nos conceitos da DSM III, elaborada por Trzepacs, Baker e Greenhouse, já que até à data o fenómeno ainda afecta muitos doentes hospitalizados, mas passa despercebido pela maioria dos médicos. Mantém-se a confusão entre delirium e demência, uma vez que ambos envolvem défices cognitivos e podem coexistir simultaneamente. No entanto, quando o delirium é reconhecido existe uma potencialidade para a reversibilidade, mas mesmo assim verifica-se ainda uma alta taxa prevalência, de morbilidade e de mortalidade. Neste sentido surgiu a Escala de Avaliação do Delirium (Delirium Rating Scale – DRS), para uso médico, com 10 itens e que permitia documentar toda a informação disponível proveniente da entrevista inicial com o doente, do exame do seu estado mental, testes e história médica, observações de enfermagem e relatos dos familiares. Como os sintomas de delirium são flutuantes ao longo do dia, a classificação da DRS deve ser baseada nas últimas 24 horas, com uma pontuação máxima de 32. Na aplicação desta escala os autores verificaram que a DRS identificava o fenómeno de delirium e quantificava quanto à sua severidade, podendo mesmo ser usada na monitorização da resposta ao tratamento (Trzepacs, Baker e Greenhouse, 1987).

Além da comunidade médica também os enfermeiros sentiam dificuldade da detecção do delirium, também por falta de instrumentos de medida. Contudo, para salvaguardar a segurança do doente, dever-se-ia providenciar um bom cuidado de enfermagem, com supervisão individual, de preferência pelo mesmo enfermeiro, já que era o profissional de saúde capaz de comparar o estado do doente ao longo do tempo e, portanto, estaria mais alerta na detecção de sintomas. Aconselhava-se, já na altura, a que o doente deveria estar num quarto sossegado, com objectos pessoais (fotografias, bens pessoais) e com luminosidade. À noite esta deveria ser reduzida ou mesmo substituída por uma luz de presença. A presença de familiares deveria ser também encorajada (Gomez e Gomez, 1987), como forma de auxílio da reorientação destes doentes.

Nesta época deliberava-se já o peso económico dos internamentos prolongados, uma vez que doentes idosos tendem a permanecer mais tempo internados. Logo o reconhecimento atempado dos sintomas de delirium ou as intervenções preventivas poderiam levar ao não início do fenómeno ou então a uma reversibilidade mais rápida, evitando estados crónicos, mau prognóstico e sofrimento familiar (Gomez e Gomez, 1987).

Todavia só mais tarde, na década de 90, a operacionalização do conceito se torna mais concreta, chegando a um consenso com a revisão da DSM para a versão IV e a associação com a International Classification of Diseases (ICD 10).

CONCLUSÕES

O conceito de delirium tem sofrido várias alterações ao longo dos séculos, chegando ao consenso que se trata de um fenómeno de início rápido, com flutuações ao longo do dia e com tendência para a reversibilidade. Todavia verifica-se uma alta taxa de morbimortalidade associada a esta síndrome.

As evoluções conceptuais do delirium permitiram a criação de instrumentos de medição, tornando-se na principal ferramenta de diagnóstico do fenómeno, sendo um passo essencial para a implementação de intervenções direccionadas para a prevenção e/ou tratamento do Delirium, e prévio à definição de intervenções mais adaptadas ao doente em delirium.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

ADAMIS, Dimitrios [et al.] – “History of Psychiatry”. SAGE. Vol.18, N.º 4 (2007), p. 459-469.

GOMEZ, Gerda; GOMEZ, Efrain – “Delirium”. *Geriatric Nursing*. November/December (1987), p. 330-332.

LIPOWSKI, Z. – “Organic Brain Syndromes: A Reformulation”. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 19, N.º 4 (1978), p. 309 – 332.

LIPOWSKI, Z. – “Liaison Psychiatry, Liaison Nursing, and Behavioral Medicine”. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 22, N.º 6 (1981), p. 554 – 561.

TRZEPACS, Paula; BAKER, Robert; GREENHOUSE, Joel – “A Symptom Rating Scale for Delirium”. *Psychiatry Research*, Vol. 23 (1987), p. 89-97.

A DESCOBERTA DA CLORPROMAZINA: UMA HISTÓRIA DE REVOLUÇÃO PSIQUIÁTRICA

RUBEN GAIO

CEIS20, FLUC, FCT

Bolseiro Doutoramento

Gaio.ruben@gmail.com

Palavras-chave: Clorpromazina, Psicofarmacologia, Antipsicótico,
Neuroléptico, Psiquiatria

INTRODUÇÃO

A história da descoberta da Clorpromazina é em muitos aspectos uma história única. Não só a Clorpromazina se tornou o primeiro fármaco do seu género, um antipsicótico, como deu origem à era da psicofarmacologia, desafiando o que até então se entendia como doença mental e mudando a forma como os médicos e sociedade em geral entendiam a *loucura*. Este trabalho fará um resumo dos eventos que levaram à descoberta desta molécula, sublinhando figuras chave no processo e analisando o impacto que a Clorpromazina teve no conceito, tratamento, compreensão e epidemiologia da doença mental.

DISCUSSÃO

Ao longo de toda a literatura que se lê sobre a descoberta da Clorpromazina, uma palavra surge destacada: *Serendipity*. *Serendipity* não tem tradução exacta para a língua portuguesa, mas é sem dúvida a palavra ideal para caracterizar a descoberta desta molécula: um acontecimento muito importante, fruto do acaso, enquanto se pesquisava algo que em nada estava relacionado com o achado em questão.

A cadeia de acontecimentos que leva à descoberta da Clorpromazina tem início em 1868. Neste ano Carl Graebe e Carl Liebermann sintetizaram um corante denominado de alizarina. Uma empresa chamada B.A.S.F. começou a produzi-la comercialmente, ao mesmo tempo que desenvolveu uma série de outros corantes, incluindo o azul-de-metileno (sintetizado por Caro em 1876).

Em 1883, August Bernthsen, trabalhando com o azul-de-metileno, produziu a primeira fenotiazina (composto semelhante à Clorpromazina).

A história descansa aqui vários anos e recomeça por altura da Segunda Guerra Mundial.

Quando as Forças Aliadas viram o fornecimento de quinino (usado para o tratamento da malária) afectado pela expansão Japonesa no Sudoeste Asiático, focaram-se na pesquisa com fenotiazinas, na esperança de encontrarem uma alternativa. Gilman e a sua equipa sintetizaram uma série de compostos, no entanto nenhum com acção anti-malária.

Antes da Segunda Grande Guerra, a histamina, uma hormona importante nas respostas alérgicas, começou a ser encarada como tendo um papel relevante no stress e estado de choque, resultante por exemplo de perda de sangue em operações cirúrgicas.

Os compostos sintetizados pela equipa de Gilman continuaram a ser estudados pelos Francese, nos laboratórios Rhône-Poulenc (Société des usines Cliniques of Rhône-Poulenc Laboratories em Vitry-sur-Seine), mas desta vez pelas suas capacidades anti-histamínicas. Assim a equipa liderada por Paul Charpentier sintetizou entre 1946 e 1948 a prometazina (RP-3277) e a dietazina, comercializada com o nome de Diparcol.

Daniel Bovet um farmacologista suíço do Instituto Pasteur começou no início dos anos 30 do século XX a pesquisar anti-histamínicos. Em 1937 Bovet sintetizou a primeira substância capaz de exercer um bloqueio histaminérgico, com o nome de F-929. No entanto esta substância revelou-se tóxica e o seu uso clínico impossível.

Em 1939 o Instituto Pasteur começou uma parceria com a empresa Farmacêutica Rhône-Poulenc. Desta parceria surgiram um conjunto de compostos anti-histamínicos derivados das dimetilaminas, mais potentes e menos tóxicos que os isolados por Bovet. A partir de 1942 estes compostos foram sendo comercializados com o nome de Antergan (fenobenzamina, RP-2339), o Benadryl (Difenidramina) e em 1947 o Fenegan (Prometazina, RP-3277), o qual foi usado igualmente para o tratamento da doença de Parkinson.

Era claro que estes compostos tinham algum efeito a nível do comportamento: no mínimo provocavam sedação.

Os possíveis efeitos a nível cerebral que os anti-histamínicos tinham chamaram a atenção do francês Henri Laborit. Henri Laborit era um cirurgião militar que trabalhava no Hôpital Maritime em Bizerte (Tunísia). Laborit queria encontrar uma substância capaz de prevenir o choque em cirurgia. A prometazina parecia ser promissora: prolongava o efeito hipnótico dos barbitúricos e tinha actividade anti-choque. Assim, em 1949 Laborit usou a prometazina como parte de um cocktail

anestésico (em conjunto com a dolantina, uma substância semelhante à morfina), de forma a minimizar os riscos de choque circulatório. Laborit criava assim um novo marco em anestesia, surgindo vários cocktails anestésicos a partir do cocktail criado por Laborit.

A observação geral era de que estes cocktails acalmavam e relaxavam os doentes, no entanto a sua aplicação em psiquiatria nunca foi concretizada, possivelmente por medo de dependência devido à presença de derivados opiáceos.

Entretanto em Rhonê-Poulenc (que comercializava a prometazina) começou-se a trabalhar este aspecto particular dos anti-histamínicos. Simone Courvoisier analisou todas as fenotiazinas sintetizadas por Paul Charpentier desde 1944 como agentes anti-histamínicos. A promazina parecia ser a mais promissora, pelo que Charpentier sintetizou, a 11 de Dezembro de 1950, um derivado desta, a Clorpromazina (RP-4560).

Courvoisier efectuou vários testes com a RP-4560. A Clorpromazina parecia em testes com animais ter efeitos novos, nomeadamente parecia provocar um sentimento de desinteresse, sem no entanto existir sedação ou descoordenação motora.

Entre Abril e Agosto de 1951, a Clorpromazina foi distribuída por vários médicos para estes a testarem. Entre eles estava Henri Laborit. Laborit confirmou o potencial da Clorpromazina como agente dos cocktails anestésicos mas não só. Após testes em animais, Laborit experimentou a nova molécula em pacientes que seriam sujeitos a operações, com doses endovenosas de 50-100 mg. Não só os doentes se apresentavam muito melhor durante e após a cirurgia, graças aos efeitos anti-choque do fármaco como também se encontravam muito mais calmos e relaxados no período que precedia a operação. Em Fevereiro de 1952 Laborit publicou os primeiros resultados cirúrgicos com a Clorpromazina, onde observou que esta poderia ser usada para o tratamento de determinadas desordens psiquiátricas.

Laborit convenceu um hospital militar de Paris, o Val-de-Grâce a administrar Clorpromazina aos seus pacientes, juntamente com a medicação habitual que estes tomavam. A 19 de Janeiro de 1952 a Clorpromazina foi administrada, juntamente com um opiáceo (petidina), um barbitúrico (pentotal) e terapia electroconvulsiva a um paciente maníaco de 24 anos. A 7 de Fevereiro, o paciente estava tão calmo, que conseguia desempenhar funções normais do dia-a-dia. Três semanas depois e com um total de 855 mg de Clorpromazina administrados, foi-lhe dada alta.

Os resultados desta experiência foram apresentados a 25 de Fevereiro de 1952 num encontro da Société Médico-Psychologique em Paris, e foram publicados em

Março do mesmo ano. Esta publicação constitui-se de uma importância histórica imensa: foi a primeira vez que a Clorpromazina foi administrada em Psiquiatria.

Mas a história de descoberta e desenvolvimento desta molécula não acaba aqui.

Pierre Deniker e Jean Delay, dois médicos que trabalhavam no Hospital Sainte-Anne em Paris, souberam das experiências conduzidas por Laborit e encomendaram Clorpromazina aos laboratórios de Rhône-Poulenc. Deniker e Delay administraram Clorpromazina isoladamente a pacientes, confirmando o seu enorme potencial em tranquilizar doentes agitados ou psicóticos. Entre Maio e Julho de 1952 Delay e Deniker apresentaram os resultados de 6 casos clínicos, após administrarem o fármaco a 38 pacientes. Pela primeira vez na história da Psiquiatria, parecia existir uma alternativa às terapias somáticas e à terapia electroconvulsiva. Em 1955, Delay sugeriu que a Clorpromazina e todas as substâncias que causassem efeitos semelhantes fossem chamadas de Neurolépticos. Este termo foi comumente adoptado na Europa (mas não na América), até ter sido substituído pelo termo correntemente usado de antipsicótico ou psicotrópico.

A Clorpromazina foi inicialmente aceite com algumas reservas. Muitos não viam nesta molécula nenhuma propriedade que a distinguisse dos barbitúricos, atribuindo-lhe apenas a categoria de sedativo. No entanto, e lentamente a expansão pela Europa da Clorpromazina foi acontecendo.

A Suíça foi um dos países mais receptivos, sendo aliás palco do primeiro encontro científico sobre a Clorpromazina, o Largactil-Symposium, realizado a 28 de Novembro de 1953 na Psychiatrische Universitätsklinik no Hospital Friedmatt.

Na Inglaterra, Joel Elkes e a sua mulher, Charmian Elkes do departamento de Psiquiatria Experimental da Universidade de Birmingham, realizaram em 1954 o primeiro estudo tendo por base ensaios controlados com a Clorpromazina, introduzindo assim a metodologia de ensaios controlados com placebo e randomizados.

Em Espanha, o professor Ramón Sarró começou a trabalhar com Clorpromazina em 1952. Sarró apresentou um trabalho pioneiro intitulado *Técnica, complicaciones y resultados de la terapêutica con clorpromazina* em 1955 no I colóquio Internacional sobre la terapêutica Narcobiótica, em Barcelona.

A introdução da Clorpromazina na América do Norte começou em 1953, através do Canadá pela mão de Ruth Koeppe-Kajander, uma psiquiatra no Hospital Mental de London, em Ontário. Koeppe-Kajander conseguiu permissão para administrar

Clorpromazina a 25 doentes, apresentando os seus resultados em Novembro de 1953 num encontro em Toronto. Estes resultados no entanto nunca foram publicados.

O nome possivelmente mais sonante nesta introdução é o de Heinz Lehman, um psiquiatra alemão que trabalhava no hospital protestante de Verdun em Montreal. Um dia é visitado por um representante da empresa Poulenc Ltd., uma subsidiária dos laboratórios Rhône Poulenc em Montreal, sendo-lhe apresentada a Clorpromazina.

No início a Clorpromazina sugeria-lhe ser apenas mais um sedativo. Mas a ideia muitas vezes referida de que a Clorpromazina actuava como uma lobotomia química agradava-lhe. Inicialmente Lehman testou o fármaco em algumas estudantes de enfermagem, obtendo mais tarde um fornecimento de Clorpromazina suficiente para 71 doentes.

Começou a trabalhar então com um colega, Gorman Hanrahan, e entre Maio e Julho de 1953 administrou o novo fármaco a 71 pacientes entre 18 e 82 anos.

Lehman usou doses substancialmente mais altas que os franceses (até 800 mg por dia). Ao fim de 4 meses de uso, observou uma resposta positiva em 66% dos doentes. Os resultados deste estudo foram publicados em Março de 1954. Esta publicação revela-se igualmente fulcral, tendo em atenção que foi a primeira vez que resultados da administração de Clorpromazina de forma crónica foram publicados.

A introdução do novo medicamento nos Estados Unidos foi mais complicada que no Canadá. A comercialização da Clorpromazina foi cedida pelos laboratórios Rhône-Poulenc a uma empresa novata na área, a Smithkline & French Corporation, de Filadélfia. Em Maio de 1954 a Clorpromazina era comercializada, com o nome de Thorazine, inicialmente indicado apenas como antiemético.

Outra barreira existia nos Estados Unidos: a psicanálise. Os Estados Unidos eram até então um país com forte tradição de psicanálise, uma herança directa da enorme influência de Freud na Psiquiatria norte-americana. A chegada e introdução de um fármaco para o tratamento de algo que até então se tentava curar com conversas em divãs e hipnose era no mínimo estranho.

O primeiro psiquiatra a experimentar Clorpromazina nos Estados Unidos foi William Long. Em 1954, os primeiros estudos com Clorpromazina começaram a ser publicados, primeiro por N. William Winkelman e depois por William H. Bower.

Winkelman era um psiquiatra tradicionalmente adepto da psicanálise, que usou uma amostra de 142 doentes aos quais administrou doses de Clorpromazina entre 75 a 150 mg diários durante um período de 2 a 8 meses. Winkelman confirmou o potencial

do fármaco, mas manteve a posição de que a abordagem com fármacos nunca deveria substituir a abordagem psicanalítica. Ainda assim distanciou-se consideravelmente daqueles que consideravam a Clorpromazina um colete-de-forças químico.

A partir desta altura, vários psiquiatras conceituados nos Estados Unidos começaram igualmente a testar o novo fármaco. A batalha contra o conceptualismo da psicanálise acabaria em pouco tempo por ser ganha.

O ano mais importante para a consolidação da Clorpromazina foi possivelmente 1955. Não só ocorreu a primeira publicação dum ensaio clínico controlado e randomizado por Elkes e Elkes, como foi um ano de vários eventos científicos dedicados à nova esperança da Psiquiatria: Entre 29 Março e 1 Abril decorreu em Barcelona o *I Coloquio Internacional sobre la terapêutica Narcobiótica*, organizado por Sarró. Em Junho, um simpósio intitulado *Chlorpromazine and Mental Health* organizado pela SmithKline & French reuniu 117 psiquiatras em Filadélfia. Em Setembro e Outubro, em Itália, duas conferências foram dedicadas ao tema: *Convegno Nazionale su Sonno prolungato, Ibernazione artificiale, neuroplegici in Neuropsichiatria* e o *Symposium Nazionale sulla Reserpina e la Chlorpromazina in Neuropsichiatria*.

Mas o encontro mais importante foi o organizado por Delay e Deniker no Hôpital Sainte-Anne em Paris, com o nome *I Colloque International sur la Chlorpromazine et les Médicaments Neuroleptiques en thérapeutique Psychiatrique*, que ocorreu de 20 a 22 de Outubro de 1955. Este evento reuniu mais de 400 psiquiatras e psicofarmacologistas de 22 países. Do encontro resultaram 150 papers, publicados numa edição especial de quase de 1000 páginas do jornal *L'Encéphale* em 1956.

Várias conclusões foram reunidas neste encontro: Indubitavelmente a Clorpromazina marcava o início de uma nova era no tratamento de desordens mentais, constituindo-se como tratamento preferencial em relação aos tratamentos biológicos existentes.

Adicionalmente a Clorpromazina parecia ter um rápido início de acção e um efeito antipsicótico constante e potente. No entanto não se chegou a nenhuma conclusão quanto à dose ideal a administrar, sendo que as doses empregues variavam de 150 a 500 mg por dia. Além disso a Clorpromazina parecia bastante eficaz no tratamento de condições maníacas nomeadamente estados de agitação, confusão mental, delírios, ansiedade e agressão. No entanto não parecia oferecer as mesmas vantagens nas

condições depressivas e estados de melancolia, onde a terapia electro-convulsiva parecia mais eficaz.

CONCLUSÕES

O impacto da introdução da Clorpromazina deixou a sua marca de forma indelével no fenómeno de institucionalização: nos Estados Unidos, durante a primeira metade do século XX, o número de doentes institucionalizados aumentou de 150 mil para 500 mil. Em 1975, o número de doentes tinha caído para 200 mil. Na década de 1955-1965 mais de 50 milhões de pessoas beneficiaram do uso de Clorpromazina, e foram publicados mais de 10 mil trabalhos sobre a Clorpromazina.

Nas palavras de Shorter: *«A Clorpromazina iniciou uma revolução na Psiquiatria comparável à introdução da penicilina na Medicina».*

FONTES E BIBLIOGRAFIA

Frankenburg, F. R., Baldessarini, R. J. - «Neurosypilis, malaria, and the discovery of antipsychotic agents». *Harvard review of psychiatry*, 16(5), (2008), 299-307.

Healy, David – *The Antidepressant Era*. Estados Unidos da América: Harvard University Press, 1999.

Lo, F. - «Half a century since the clinical introduction of chlorpromazine and the birth of modern psychopharmacology». *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28(1), (2004), 205-208.

López-Muñoz, F., Alamo, C., Cuenca, E., Shen, W., Clervoy, P., Rubio, G - «History of the Discovery and Clinical Introduction of Chlorpromazine». *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(3), (2005), 113-135.

Shorter, Edward- *A history of Psychiatry, from the era of the asylum to the age of Prozac*. Estados Unidos da América: Wiley and sons, 1997.

OS PROJECTEIS DE APPARICIO REBELLO DOS SANTOS: O HOMEM, O DOENTE E O CRIMINOSO

Ana Inês Cruz

Doutoranda FLUC; Investigadora do CEIS20

Email: inespacruz77@gmail.com

Palavras-chave: Apparício Rebello dos Santos; Miguel Bombarda; inimputabilidade; loucura, Rilhafoles.

INTRODUÇÃO

O propósito da presente comunicação é examinar o caso de Apparicio Rebello dos Santos, ex-paciente e assassino de Miguel Bombarda, em vésperas da Revolução Republicana Portuguesa, e edificar a sua biografia fundamentada nos seus percursos de vida, sob o prisma visionado na época pelo delito cometido, em função do seu processo jurídico, do internamento a que foi submetido e da querela da sua inocentização. Esta controvérsia poderá conduzir para uma melhor compreensão social, de âmbito jurídico e envolvimento clínico, acerca de tantos “Apparícios”, que se revelaram desde sempre no seio da humanidade, como contributo para a clarificação do *sujeito inimputável*.

O HOMEM ALIENADO

Apparicio Rebello dos Santos nasceu em 5 de Julho de 1878, foi aluno dos padres jesuítas após os preparatórios liceais, que concluiu com distinção, tendo posteriormente seguido a carreira das armas. Sentou praça em 13 de Setembro de 1898, foi promovido a alferes em 25 de Outubro de 1900 e a tenente em 1 de Fevereiro de 1905, havendo concluído o curso de Estado Maior em 1908, com 30 anos de idade.

Era tido como doente, com prognóstico de “uma psicose a que hoje chamaríamos provavelmente de esquizofrenia paranóide. Começara por volta de 1906 com ideias de perseguição, desenvolvendo-se ulteriormente um intenso síndrome de influenciamento acompanhado de exuberantes fenómenos alucinatórios verbais e psíquicos”¹.

Apparicio travou conhecimento com a sua vítima a 21 Março de 1909, tendo sido internado no Hospital de Rilhafoles a cargo do Dr. Bombarda, padecendo de alucinações de ouvido, ideias de perseguição sistematizada e reacções impulsivas e

¹ FURTADO, Diogo, “Miguel Bombarda”. *Separata do Jornal do Médico*. XIX (1952) p. 201.

violentas. O diagnóstico designado por “paranóia primitiva e delírio de perseguição” consta no seu registo de entrada em Rilhafoles com o número de ordem 1067.¹

Após quase 9 meses internado, a 3 de Dezembro de 1909 teve alta, a pedido do pai, que manifestou desejo de o levar a Paris, para que dois clínicos da psiquiatria francesa o reavaleassem.

As alucinações e os delírios de Rebello dos Santos foram-se acentuando entretanto, levando-o ao encontro da entidade tida como acoçada, “Rilhafoles”, sob o efeito de intuições delirantes. “De então em diante, uma imaginária e gigantesca luta se desenvolveu durante muitos meses na mente do enfermo: o «Hospital», entidade abstracta, de poderio imenso, a persegui-lo, e ele próprio buscando o meio de sair, já não incólume, mas vivo, desta desproporcionada batalha”²

O «Hospital» como que lhe falava e sabia o que ele pensava, marcando as atitudes de todos os que os rodeavam e tecendo à sua volta uma teia desconexa e invisível, embora conspirativa. No decurso desta trama montada na sua cabeça, idealiza forma de atingir o «Hospital» não na sua estrutura física, mas através do médico que incorporava a sua alma, Miguel Bombarda.³

O Tenente parece ter tido, uma ou outra vez, algumas hesitações sobre a legitimidade do seu intento, todavia, o turbilhão de forças emergentes do âmago do seu espírito, colocou-o perante a necessidade premente de uma libertação que só se configurava possível, na sua perspectiva, abatendo o alvo portador do mal, qual salvação dos seus medos delirantes, o Dr. Bombarda.⁴

O CRIMINOSO

Por volta das 11 da manhã de segunda-feira, 3 de Outubro de 1910, quando o director de Rilhafoles descia dos seus aposentos, no segundo andar, para o gabinete da direcção no piso térreo, foi informado da permanência de um visitante, que o aguardava na sala. O seu nome era Apparicio Rebello dos Santos e o médico recordou de imediato o seu paciente, face à pronuncia nominal que lhe fora anunciada, recebendo-o imprevidente e despreocupadamente. “As poucas palavras trocadas foram seguidas de

¹ Hospital de Rilhafoles, Registos de entrada de homens, 1904-1937, Livro 7195 – consultado na Torre do Tombo a 19/07/2010).

² Furtado, Diogo, *op. cit.*, p.201.

³ *Idem, ibidem.*

⁴ *Idem, ibidem.*

três tiros”¹. Os projecteis atingiram em cheio o ventre do psiquiatra, conduzido de imediato para o Hospital de S. José, para aí se vir a submeter a uma cirurgia de urgência, mas não sem antes ter ditado aos que o cercavam o termo de admissão urgente do seu assassino, proferindo tratar-se de um louco, para que não lhe fizessem mal.

O agressor foi então dominado, e conduzido para o pavilhão dos doentes denominados “furiosos”.

Entretanto, no Hospital de S. José, Miguel Bombarda lutava pela sua vida. O exame feito ao psiquiatra pelo Professor Francisco Gentil revelou dois orifícios de entrada de bala, provenientes de uma *Browning*. Um deles situava-se na parede interior do abdómen, somente a alguns centímetros abaixo do umbigo; próximo daquele sítio era visível uma escoriação feita “por contusão ou raspão de projectil”². O segundo orifício de entrada da bala situava-se já fadidamente no peito do médico, sobre o externo.

Antes de chegar o Professor Gentil com os preparativos para a cirurgia, Miguel Bombarda e Pinto Magalhães dialogaram pela última vez. Conta Pinto de Magalhães: “foi antes de chegar o prof. Gentil que este me disse: «Preparado para morrer estava eu, Magalhães; e hoje mesmo, mas não assim!» Perguntei-lhe quem o tinha agredido, e este respondeu-me: «Ora!... quem foi!... Foi um doido! E diziam-me que estava curado! Veja lá você como elle estava curado! E, pouco depois, disse-me: Morrer assim é estúpido!... E há tanto malandro que ia ficar radiante!... Esta noite, Magalhães, podia eu morrer pela República!...»”³.

A cirurgia de Bombarda durou pouco mais de uma hora. Pinto de Magalhães relata que, após a operação, Bombarda foi levado para um dos quartos do hospital, embora não resistisse, sucumbindo aos ferimentos profundos, por volta das 18 horas do mesmo dia.

Nas primeiras horas que se seguiram ao atentado, os jornais republicanos espalharam a notícia. O acto parecera, em primeira impressão, resultado de instigação à qual não seriam estranhos os Jesuítas, a exemplo do que sucedera com o assassinato do Dr. Refoyos, outro médico envolvido nas lutas clericais. Ao meio-dia do dia 4 de Dezembro de 1905 o Professor Joaquim Augusto Sousa Refoyos, único cirurgião de

¹ *Idem, Ibidem.*

² MAGALHÃES, Pinto de, “Miguel Bombarda, IV – Notas d’um amigo – A autopsia”. *A Medicina Contemporânea*. XXVIII (1910) p. 327.

³ *Idem, ibidem.*

Coimbra, foi assassinado em plena baixa coimbrã pelo Bacharel em Medicina Rodrigo de Barros Teixeira dos Reis, que acabou internado num manicómio.¹

A semelhança nas circunstâncias em que morreram os dois médicos, ambos abatidos por homens que sofriam de mania persecutória, poderia evidenciar uma origem comum, segundo as deduções de muitos dirigentes republicanos, apesar de se absterem de a proclamar em público.² Contudo, as notícias mais pormenorizadas da morte de Bombarda, publicadas entretanto nos jornais da época, dificultaram a defesa consistente de qualquer tese conspirativa, pelo que o próprio Diogo Furtado, médico militar que prestava assistência a Apparicio Rebello dos Santos, afirmou ser uma “coincidência estranha, a da data [do assassinato] com a data da revolução que implantou a República, mas em qualquer caso, pura coincidência!”³

A autópsia de Miguel Bombarda foi realizada pelas 15 horas do dia 4 de Outubro de 1910 na Escola Médica. Este procedimento veio revelar que o médico há muito que não gozaria de boa saúde, já que apresentava lesões graves e crónicas em órgãos vitais. A causa de morte, que consta do seu processo refere uma congestão pulmonar pós-operatória. A bala que feriu o tórax atravessou o esterno, perfurou o pericárdio e foi alojar-se entre o esterno e a omoplata. Por outro lado, a bala do abdómen perfurou o intestino delgado em seis sítios e contundiu-o em dois, sendo de assinalar que todas essas perfurações estavam rigorosamente suturadas, pelo que não indiciava sinais de uma peritonite aguda.⁴

Pinto de Magalhães concluiu assim, que, mais do que o atentado que sofrera, Bombarda terá morrido também pela sua débil saúde, o que refutaria uma possível recuperação da cirurgia: “com taes lesões, é evidente que o professor Bombarda estava muito longe de ser um homem são! As lesões renaes, adeantadíssimas, demonstram pela adaptação, que eram o resultado de lentíssimos processos mórbidos, a que organismo, verdadeiramente se acostumou. Mas, à altura a que tinham chegado, com um myocardio carregado de gordura, e um figado completamente infiltrado, trazem-me a convicção de que, sob a sua aparente robustez, o professor Bombarda estava realmente, n’um

¹ RODRIGUES, Manuel Augusto (dir.), *Memoria Professorum Vniversitatis Conimbrigensis 1772-1937*, Vol. II. Coimbra: Arquivo da Universidade de Coimbra, 1992. p. 226.

² RELVAS, José, *Memórias Políticas*. Lisboa: Terra Livre, 1977. p.109

³ FURTADO, Diogo, *op. cit.*, p.201.

⁴ *Idem, Ibidem*, p. 328.

equilibrio hygido instabilissimo que, tenho a convicção, foi o factor mais importante na motivação do acidente que o matou”.¹

O DOENTE: A QUESTÃO DA INIMPUTABILIDADE DO HOMICIDA

Em relatório do Conselho Médico-Legal, subscrito por Caetano Beirão, logo em 15 de Novembro de 1910, concluiu-se que Apparicio era dotado de um fundo degenerativo. “Apparicio Rebello dos Santos se acha afectado de Paranóia primitiva com delírio de perseguição; que praticou o crime na pessoa de Miguel Bombarda, debaixo da acção do seu delírio e é portanto irresponsável por ele; que deve continuar internado num manicómio, porque em liberdade pode ser prejudicial para si e para a sociedade”.²

Foi portanto decretada, a irresponsabilidade penal do réu, declarando-o inimputável em razão de alienação mental e determinou-se o seu recolhimento em hospital de alienados. Um desfecho que o Código Penal de 1886 passou a prever e que Bombarda defendia, tendo mesmo proferido após ser baleado por Apparicio Rebello dos Santos: «não lhe batam, que é um doido!»³

Deve destacar-se que o Código Penal de 1852 acarretou consigo força de lei à determinação segundo a qual “sómente podem ser criminosos os indivíduos que têm a necessaria intelligencia e liberdade”⁴ e, portanto, “não pódem ser criminosos os loucos de qualquer especie, excepto nos intervallos lúcidos”⁵. Sendo que “nenhum acto é criminoso quando o seu auctor, no momento de o commetter, estava inteiramente privado da intelligencia do mal que commettia”⁶.

No que se refere às penas, salienta ainda o mesmo Código no artigo 93º: “Nos loucos, que commetterem crimes em lucidos intervallos, se executarão as penas quando elles estiverem nos rnesmos lucidos intervallos. (...) Nos que enlouquecerem depois de commettido o crime, se sobre-estará, ou no processo de accusação, ou na execução da pena, até que elles recuperem as suas faculdades intellectuaes”⁷.

¹ *Idem, ibidem*, p. 328 e 329.

² BEIRÃO, Caetano, “Miguel Bombarda. II – O psychiatra”. *A Medicina Contemporânea*. XXVIII, (1910) p. 324.

³ MAGALHÃES, Pinto de, “Miguel Bombarda, V – O funeral”. *A Medicina Contemporânea*. XXVIII, (1910), p. 329.

⁴ Código penal aprovado por Decreto de 10 de Dezembro de 1852, Lisboa: Imprensa Nacional, 1877. Artigo 22º.

⁵ *Idem*, Artigo 23º.

⁶ *Idem*, Artigo 14º.

⁷ *Idem*, Artigo 93ª.

Entretanto, na actualização do Código Penal de 1886 pode ler-se então: “São circunstancias dirimentes da actividade criminal a falta de imputabilidade (...). Não são susceptíveis de imputação: (...) os loucos que não tiverem intervalos lúcidos. Não têm imputação: (...) os loucos que, embora tenham intervalos lúcidos, pratiquem o facto no estado de loucura (...)”¹.

Após o assassinato de Bombarda, Apparicio Rebello dos Santos permaneceu no Hospital de Rilhafoles até Novembro de 1934, data em que foi transferido para a Casa de Saúde do Telhal da Ordem de S. João de Deus, no cumprimento de decisão de transferência de todos os alienados militares para esta instituição. Veio a morrer cerca de dez anos mais tarde, em Abril de 1943, vítima de uma neoplasia maligna, finando assim os seus dias nesta Casa de Saúde, onde havia vivido a seu pedido. Diogo Furtado testemunhou que as ideias delirantes e os fenómenos alucinatórios se foram esbatendo com o avançar da idade. A actividade delirante, já escassa quando deu entrada na Casa de saúde do Telhal, manifestada apenas por pequenas excentricidades de conduta, tendeu a desaparecer, mais tarde até a deixar de se manifestar inteiramente. Diogo Furtado enuncia-o, referindo que pode-se até, “nos últimos anos da vida de Apparicio, falar-se de cura completa, com *restitutio ad integrum*, porque o processo psicótico lhe não produzira qualquer défice intelectual ou modificação da personalidade que denunciase a anterior existência”². O Tenente de infantaria recordava então, os mínimos detalhes do delírio que vivera, evocando as “vozes de Rilhafoles” que tanto o haviam mortificado.

CONCLUSÕES

Apesar de Bombarda ter sido vítima de um louco fervorosamente religioso e conservador, aluno dos padres jesuítas, atributos que ainda levantaram algumas suspeitas de enredo político naquele momento histórico tão particular, o caso Apparicio Rebello dos Santos caiu num certo esquecimento, pelo que se pretende reavivar o processo no sentido sociológico e subsidiário do conhecimento da História da Ciência.

Uma finalidade próxima será então conhecer melhor esta figura, seguir-lhe o rasto, após a actuação criminoso, avaliar a personalidade dissociada, concluir da

¹ Código penal aprovado por decreto de 16 de Setembro de 1886, Lisboa: Imprensa Nacional, 1886. Artigos 41º, 42º e 43º.

² FURTADO, Diogo, *Op. Cit.*, p.202.

evolução da sua patologia, ligar o seu comportamento alienado, com feição de catatonia, ao fim a que se propusera.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

ANTUNES, Maria João, COSTA, Francisco Santos, “Inimputabilidade em Razão de alienação Mental: Um Caso da Época”. In PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João Rui (coord.), *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006. p.101-104.

BRANDÃO, Raúl, *Memórias Vol.II*, Lisboa: Perspectivas e Realidades, 1933.

CARVALHO, José Corrêa Vasques de, FREITAS, Luiz de, *Os Médicos perante a Justiça*. Dissertação inaugural apresentada à Escola Médico-cirúrgica do Porto. Porto: Imprensa Nacional de Jayme Vasconcellos, 1910.

CUNHA-OLIVEIRA, José, “A Relação Alienista-Alienado nos Inícios do Século XX”. In PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João Rui (coord.), *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006. p.89-100.

FURTADO, Diogo, “Miguel Bombarda”. *Jornal do Médico*, XIX (1952) p. 201-207.

**PSIQUIATRIA, IDEOLOGIA E PODER:
A PROPÓSITO DO CASO MARIA ADELAIDE DA CUNHA**

GONÇALO FÉLIX MATOS

CHPC (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)

Médico interno da especialidade de psiquiatria

E-mail:gfelixmatos@gmail.com

JOSÉ CUNHA-OLIVEIRA

Médico Psiquiatra, Chefe de Serviço Hospitalar, Mestre em Psiquiatria

E-mail:josecunhaol@gmail.com

INTRODUÇÃO

Longa polémica envolveu, entre 1918 e 1929, a esposa de Alfredo da Cunha, diretor do “Diário de Notícias”, polémica em que mergulharam “alienistas” de primeiro plano, como Magalhães Lemos, Júlio de Matos, Sobral Cid e Egas Moniz.

Maria Adelaide, já passada dos quarenta, tomou-se de amores pelo jovem “*chauffeur*” - um amor que a fez abandonar o lar para tratar do amante, entre a vida e a morte, vítima de febre pneumónica. O “*chauffeur*” restabeleceu-se e propôs à patroa que fossem viver para Santa Comba Dão. Tem então início um processo de desqualificação conducente à atribuição de um diagnóstico de loucura.

DISCUSSÃO

A 13 de novembro de 1918, Maria Adelaide Coelho da Cunha deixa Lisboa, de comboio, com destino a Santa Comba Dão, abandonando o marido, o Dr. Alfredo da Cunha, poeta e intelectual influente à época, diretor do *Diário de Notícias*. Movia-a o amor que nutria por Manuel Claro, ex-motorista da casa de família, homem bastante mais novo que ela e de boa figura, ao que dizem. O sentimento de ambos havia crescido sobretudo a partir dos cuidados de esmerada *nurse* com que ela o distinguira aquando da grave enfermidade que o atingira: a pneumónica - que tanta gente dizimou na época. Estória quase banal, não fossem os desenvolvimentos que gerou, com direito a obras publicadas, tornando-se caso mediático e assunto de debate entre os que tomavam o partido ou por Maria Adelaide ou por Alfredo da Cunha.

O divórcio, já então consagrado na moldura jurídica da época, não era solução para Alfredo da Cunha, pois que a fortuna da família provinha da família dela e não dele. A solução do caso era, pois, *outra*. Alfredo da Cunha resolve dar um rumo insólito aos acontecimentos: desqualificar a esposa, fazendo com que fosse declarada doente mental e, portanto, incapaz. O caso viria apenas a ser resolvido, em definitivo, no ano de 1944.

Maria Adelaide estava casada há 28 anos, sofrendo nos últimos anos de uma pretensa *neurastenia*, que se manifestava num certo isolamento, no afastamento dos círculos e tertúlias sociais, deixando de se ornamentar com suas jóias e dispensando as habituais e dispendiosas toillettes.

Havia sido uma jovem educada nos melhores princípios, cultivando-se na literatura, com especial aptidão para a oratória e rodeando-se dos mais ilustres representantes da sociedade: “sempre que chegavam a Lisboa escritores ou jornalistas estrangeiros, acompanhados por senhoras de família, era certo eu ir fazer parte do grupo. Foi assim que conheci a Princeza Ratazzi e sua filha”.

Era um bom partido na época. Ela e sua irmã viriam a ser, em partes iguais, as principais herdeiras do Diário de Notícias, por parte de seu pai e de um padrinho sem descendentes, o Conde de Marçal.

O casamento com o Dr. Alfredo da Cunha, homem inteligente, natural do Fundão, oriundo de uma família sem grandes recursos, acabou por acontecer talvez mais por simpatia do pai de Maria Adelaide e pela condição de divorciado de Alfredo da Cunha. Porém, as primeiras impressões que o futuro marido causou em Adelaide em nada lhe despertaram o interesse, tendo, inclusive, em confidência, ridicularizado o bigode dele. Maria Adelaide cedo percebeu que o marido tinha um “temperamento frio e concentrado” e, ao longo dos anos, a esperança de que mudasse veio, paulatinamente, a desfazer-se. O respeito pelo marido persistiu, mas não a dádiva do coração. O afeto conjugal resumia-se a dois beijos por ano, quando o marido fazia anos e outro no dia de aniversário dela. Alfredo da Cunha tornou-se cada vez mais alguém que em nada lembrava o idealizado pai de Maria Adelaide: castigava de forma ríspida o filho, proibia-o não raras vezes de visitar a família materna e esquivava-se ao afeto pela esposa, até mesmo quando esta se encontrava doente. Disse-lhe, certo dia, o Dr. Costa Nery: “deixe-a lá, coitada! bem lhe basta o seu mal!”.

Era pessoa de ficar mudo à mínima coisa, quer com a esposa quer com o filho: “*a menor coisa lhe servia de pretexto para passar semanas e meses sem falar*”. Maria

Adelaide chega a confidenciar, em carta ao seu advogado, Dr. Bernardo Lucas, suspeições face a quatro supostas ligações extra-conjugais de Alfredo da Cunha: *“uma foi com uma atriz espanhola, outra com uma bailarina de S. Carlos, o Outra com a mulher de um empregado e outra com uma dama muito conhecida em Lisboa”*. Uma vez passaram-se três meses sem ir a casa, a não ser para mudar de roupa, tendo-lhe Maria Adelaide proposto o divórcio, ao que o marido respondeu que acederia na condição de ficar ele com o filho. Tudo isto desgostou Maria Adelaide, de dia para dia mais desiludida, encontrando apenas precário alívio nas inúmeras festas, saraus e tertúlias que frequentava, algumas em sua própria casa, então o Palácio de São Vicente, à Graça. No entanto, este casamento transparecia exemplaridade para toda a sofisticada sociedade lisboeta, compondo-se de *“uma mistura heterogénea de antigos aristocratas e novos titulares, gente da cultura e da ciência, artistas famosos, diplomatas, jornalistas, magistrados (...) pessoas [que] tinham sabido conquistar lugares de grande evidência no nosso país”*.

Porém, a pouco e pouco, foi surgindo uma inesperada empatia na vida de Maria Adelaide. Esta falava ao *chauffeur*, Manuel Claro, de um modo especial, diferente, e este foi sentindo agrado na senhora. Passado um tempo, sem que nada entre os dois tivesse acontecido ou sido dito, foi despedido com um pretexto fútil, sem justificação. Casualmente, encontram-se e, entre o que não se sabe mas se adivinha, a antiga senhora terá dito *“Manuel, se eu lhe pedisse uma coisa, fazia-ma? deixe a almofada de chauffeur!”*. Não se tratava de uma mera paixão: Manuel era o homem com quem queria viver daí em diante. Maria Adelaide começou a evitar cada vez mais os programas sociais e as falsas justificações tornaram-se insustentáveis. Até que, decidida a ser verdadeira consigo própria, foge de casa e ruma a Santa Comba Dão para viver com o Manuel.

Neste preciso momento inicia-se o processo. Maria Adelaide transgredira gravemente a norma social. A transgressão não era propriamente ter um amante, não era propriamente este tipo de adultério, talvez aceitável numa sociedade burguesa de bons pareceres: a transgressão era a fuga, o escândalo público, a rutura das boas maneiras. Algo só compreensível e justificável à luz da loucura. Loucura que poderia dar uma mão também à questão central do divórcio: a partilha e posse dos bens. É convocada a fina flor da Psiquiatria da época.

Maria Adelaide, levada à força para o Porto, é mantida em cativeiro, no Hotel Sul Americano, e em seguida internada no Hospital de Conde Ferreira sem que haja notícia

do necessário atestado de admissão. Mais tarde o atestado viria a aparecer, assinado por dois médicos da cidade, os Drs António Gonçalves de Azevedo e José Augusto Pinto da Silva. Curiosamente os dois clínicos seguiram *ipsis verbis* o impresso-fórmula até “internamento num manicómio”, mas, nas palavras do advogado da internada, ignoraram a disposição do regulamento hospitalar que exigia a indicação de sintomas inequívocos de alienação mental, diretamente observados pelos atestantes, ou seja, seguindo o impresso-formulário original, “*as perturbações sensoriais (ilusões e alucinações), as perturbações ideativas (delírios, incoerência, amnésia, deficiência de atenção, etc), as perturbações afetivas (emotividade, anestesia de sentimentos, etc), as perturbações psicomotoras (abulias, impulsos, etc)*”. Porém, o atestado já não é omissos nos factos da história pregressa e ancestral: “*a sua doença data aproximadamente de 1913, sucedendo-se a desgostos por falecimentos de pessoas de família, de quem foi dedicada enfermeira -portanto emoção e surmenage. Sucederam-se depois estados emotivos de grande intensidade, por motivos que não os deveriam despertar – Transformações de carácter e de hábitos. – Crises de irritabilidade. – Fobias. – Ideias hipocondríacas e, finalmente, desaparecimento de casa e abandono da família. Idéias de suicídio*”. E, respetivamente, “*cardiopatas e diabetes paterna e materna. A mãe morreu de angina de peito. O pai morreu hemiplégico. Um irmão faleceu subitamente de angina de peito. No ramo materno houve um tio neuropata. No ramo paterno houve um tio que fez vários acessos de alienação. Uma tia fez uma tentativa de suicídio imotivada. Um primo co-irmão faleceu internado no Telhal. Outro primo co-irmão (filho de outro tio), suicida. Um segundo primo epilético*”. E, quer um clínico, quer outro, preferiram a observação indireta, por motivos de sensibilidade dos próprios: “desagradava-lhe, chocava-o, diz o Dr. Gonçalves de Azevedo, a sua intervenção direta neste caso”.

Como refere o advogado de Maria Adelaide, os registos que ficaram desse tempo deixam transparecer uma relação médico-doente que em nada condiz com um contacto alienista-alienado. A internada é tratada como se fosse uma mulher saudável pelos clínicos do Hospital Conde de Ferreira e mesmo pelos melhores peritos vindos de Lisboa. Durante todo o tempo que durou a estadia no hospital não foi submetida a qualquer medida específica de tratamento para nervosos ou alienados; nas palavras de Maria Adelaide “*nem uma colher de calmante*”, “*nem um banho sedativo*”, “*nem uma douche*”. E, refira-se, a sua estadia comportou uma fuga, um reinternamento e um famoso exame médico em processo de interdição, envolvendo o Dr. Sobral Cid, o Dr.

Júlio de Matos e o Dr. Egas Moniz e, ainda, os Drs Magalhães Lemos e José de Magalhães, respetivamente, o diretor e o sub-diretor do hospital. Chamados a classificar a suposta demência passional formularam o diagnóstico da seguinte forma: “degenerescência hereditária com manifestações dominantes no campo da afetividade e do instinto”. Os antecedentes familiares foram também cuidadosamente encontrados. E, entre outras observações, consideraram impróprio da idade da D. Maria Adelaide ter-se deixado possuir pelo sentimento de amor, que o ter-se deixado submeter por ele era um sinal de fraqueza, além de que nela se tinham operado grandes transformações. Perguntaram-lhe se o Manuel era culto, se existiriam indícios de pensamentos interesseiros da parte deste, se o casamento com Alfredo da Cunha tinha sido de inclinação e se a lua-de-mel ao menos tinha deixado recordação. Responde-lhes Maria Adelaide, interpelando-os: “talvez pareça a V. Ex.a, e a todos, que eu não possa ter inspirado nesta idade uma tal paixão...” Ao que o Dr. Sobral Cid se viu obrigado a responder com um reverente galanteio: “não, minha senhora, V. Ex.a tem conservado todo o seu charme”.

O mesmo médico chegou a propor a Maria Adelaide uma entrevista com o marido, o que ela mesma declinou. E, à despedida, beijando-a na mão, Sobral Cid disse-lhe que era forçoso esquecer, que pensasse melhor nas suas palavras. Não sem antes ter confidenciado ao colega Júlio de Matos que teria preferido um tratamento ao ar livre e que, caso tivesse tido interferência no caso desde o início, ter-lhe-ia dado outra orientação.

Do exposto ressalta estarmos perante um caso em que o diagnóstico, se diagnóstico lhe podemos chamar, é inespecífico, tomando por vezes o aspeto de mera opinião leiga, de mero parecer social; um caso em que a suposta “louca” é tratada como pessoa não doente, esboçando-se até, num caso ou noutro, alguma simpatia por parte do “alienista”. Em nenhum momento da história é mencionado um tratamento, uma terapia, uma intervenção que pudesse alterar o rumo da “doença” ou confirmar um prognóstico. E Sobral Cid ousa sugerir que lhe teria dado outra orientação.

CONCLUSÃO

De que doença sofria Maria Adelaide? para Júlio de Matos e Sobral Cid, de ser impróprio da idade deixar-se possuir pelo sentimento do amor; para Egas Moniz, de se terem operado nela grandes transformações, deixar de frequentar a sociedade e de usar as melhores *toilettes* e jóias; segundo Magalhães Lemos, de debilidade mental por

passar a preferir vestidos modestos, pelo que se mostrava incapaz de reger a sua pessoa e bens.

Chamada ao gabinete do diretor pelo Dr. José Magalhães, encontra lá os outros quatro alienistas. Conta Maria Adelaide: “Eram portanto cinco. Devia ser assim o Tribunal da Santa Inquisição”.

BIBLIOGRAFIA

COELHO DA CUNHA, Maria Adelaide, *Doida Não*, 2ª edição, Porto, Tipografia Fonseca, 1920.

CUNHA OLIVEIRA, José; col. CUNHA-OLIVEIRA, Aliete, A Relação Alienista-Alienado nos Inícios do Século XX, in PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João RUI (coord.), *Miguel Bombarda e as Singularidades de Uma Época*, Coimbra, Imprensa da Universidade, 2006, pp. 89-100.

FEIO, Maria, *Doida Não, Antes Vitima - as causas do adultério e a psicologia de uma paixão*, Porto, Livraria Nacional e Estrangeirade Eduardo Taveres Montês, SUC, 1920.

GONZAGA, Manuela, *Doida Não e Não - um escândalo em Portugal no início do século XX*, 3ª edição, Lisboa, Bertrand Editora, 2009.

DA AIMÉE DE LACAN PARA O *DESEJO* DO OUTRO...

LIA RAQUEL NEVES

Mestre em Saúde Pública; Investigadora do CEIS20-Centro de Estudos

Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra

E-mail:liaraquelneves@hotmail.com

Palavras-chave:Aimée; desejo; psiquiatria paranóica; real; simbólico.

INTRODUÇÃO

O artigo apresenta a aliança entre a psiquiatria paranóica e um *desejo* que se transcende pelo *retorno* da *ausência*. Permitir-nos-emos, através do célebre caso de Aimée, observar a subtileza de Lacan (para lá de Freud) nos seguintes aspectos: a) a possibilidade das relações entre significantes; b) a passagem da existência natural à cultural; c) na indicação do acesso indirecto do sujeito a si.

DISCUSSÃO

Retomando o rastro do percurso lacaniano, não é possível deixar de referenciar o seu estágio de formação no hospital de Sainte-Anne, em vista a evidenciar o trajecto para uma investigação prática ou, de outro modo, a transferência da medicina convencional para a psiquiatria paranóica. Ora, na tentativa de (des-)velar este movimento de passagem começamos por (des-)construir a (im-)possibilidade de um acesso indirecto ao “sujeito”, antecipando a enunciação conceptual de: automatismo mental. Ou seja, antecipando a dissolução de vários fenómenos associados ao pesar de uma “solidão melancólica”, mas já deslocada de um motivo comum, a saber «something being imposed from outside» 1.

Tudo se passa, agora, *como se*, e saliento *como se*, o “eco de um pensamento” se tornasse num modo peculiar de psicose que deverá ser determinada por um “fazer sentido” dos elementos que resguardam o conteúdo inicial. É, nesta orientação, que Lacan finda a sua dissertação de doutoramento (*Paranoid Psychosis and its Relations to the Personality* - 1932) em torno da psiquiatria paranóica, permitindo-nos, quase em simultâneo, entender que: “(...) a linguagem inconsciente é um discurso formado por uma teia de significantes, que, em virtude das leis de combinação e substituição, vai elaborando um texto fragmentado e descontínuo, cujo sentido se decifra na sua dimensão sincrónica”2.

Dito isto, salvaguardando a dificuldade de pensar a “tese” do conteúdo inicial, a saber, a do “eco de um pensamento” como um modo peculiar de psicose associada a uma “linguagem inconsciente” e, prenunciando o célebre caso de Aimée (Marguerite Pantaine)³, enuncie-se a seguinte questão: como é que a “personalidade” consegue prolongar os “limites do corpo” e ser “constituída” como uma complexa “rede social”?

Repare-se, se *o simbólico* é, no pensamento lacaniano, a “ordem” que se sobrepõe à do “real” e do “imaginário”, como seria se de uma tese de “estruturalismo” aqui se falasse, então: “Es próprio de la articulación del lenguaje evocar algo real por medio de un sustituto simbólico que produce, indefectiblemente, una escisión entre la vivencia real y aquella que la representa. En otros términos, el sustituto simbólico que significa ese hecho real no es en sí mismo sino aquello que lo representa (...)”⁴.

Ora, a resposta à questão «como é que a “personalidade” consegue prolongar os “limites do corpo” e ser “constituída” como uma complexa “rede social”?» está, justamente, na sua enunciação, ou seja, recuperando: i) *o simbólico* como possibilidade das relações entre significantes; ii) *o simbólico* enquanto “alavanca” de transição duma “existência” natural para uma cultural.

Recuperando o caso enigmático de Aimée poder-se-á considerar: i) uma concepção psiquiátrica da paranóia não-racional, no sentido em que Aimée reflecte um “delírio” persecutório e megalomaniaco, ou seja, reflecte o “delírio” de um mundo voltado para ela, o mesmo é dizer, contra ela; ii) uma concepção psiquiátrica da paranóia não-racional, no sentido em que Aimée está continuamente em “delírio” devido à *retenção* de um *significante*. É esta a retenção que impede várias relações de significantes e se torna responsável por um “universo” simbólico diminuto.

Ao mesmo tempo, se não existir a relação entre dois significantes, então, não haverá significação, daí que Lacan tenha referido a necessidade de um significante Mestre (S1 – de excepção) para suportar a linguagem e para lembrar que a psicose significa, também, que um significante foi ignorado.

Assinala-se, então, a subtilidade de Lacan (para lá de Freud) no movimento de passagem de “*a* simbólica” para “*o* simbólico”. Isto significa que “*a* simbólica” de Freud chama à consciência elementos recalcados, ao passo que “*o* simbólico”, de Lacan, não só é “constituente” do indivíduo, como também desvela, em simultâneo, a articulação de um “sistema” de símbolos entre si. O que é que isto significa: a urgência de colocar em questão a) se a concepção psiquiátrica da paranóia (em Lacan) se deve

confundir com “erro patológico do juízo” ou “delírio racional”; b) se toda a “paranóia” se “reduz” a uma “actividade criadora lógica”.

Partindo de um ponto de vista *convencional*, o “real” não se separa de um certo “ideal de unificação”, permanecendo, porém, como *impossível*. Esta *impossibilidade* suscita o *desejo* que dita a incompletude do próprio *desejo*, e também, a vontade de “realização” no Outro como procura de um certo “real”:

“A relação narcísica ao semelhante é a experiência fundamental do desenvolvimento imaginário do ser humano. Enquanto experiência do eu, a sua função é decisiva na constituição do sujeito. Que é o eu, senão algo que o sujeito experimenta primeiramente como estranho no interior de si próprio? É em primeiro lugar num outro, mais avançado, mais perfeito que ele que o sujeito vê. Em particular, ele vê a sua própria imagem no espelho numa época em que é capaz de a aperceber como um todo, ao passo que ele próprio não se sente como tal, pelo contrário, vive no caos originário de todas as funções motoras e efectivas que é o dos primeiros seis meses de vida. O sujeito tem sempre uma relação antecipada com a sua própria realização, que o reenvia a si-mesmo a um plano de profunda insuficiência, e testemunha nele uma fenda, uma dilaceração originária, um abandono, para retomar o termo heideggeriano. É por este facto que em todas as relações imaginárias, o que se manifesta é uma experiência da morte. Experiência sem dúvida constitutiva de todas as manifestações da condição humana, mas que surge muito especialmente no vivido do neurótico” 5.

No fundo, será o paradoxo entre uma *incompletude* e um *querer realizar-se*, a traduzir uma *necessidade* que quando realizada, quando consumida biologicamente, torna o *desejo* transcendente pelo seu próprio *retorno*. Falamos, portanto, de um *desejo* que se transcende pelo *retorno* da *ausência*.

CONCLUSÕES

A problematização evidente da aliança entre uma concepção psiquiátrica da paranóia e um *desejo* que se transcende pelo *retorno* da *ausência* visa dar a ler um outro *desejo*, aquele que, não consumido, avança, a par de uma «retórica do inconsciente», um *real impossível* onde não está presente a orientação lógica. Haverá, pois, um desvio do racional através da *metáfora* e *metonímia*, dando conta que a «cena originária» foge ao sujeito consciente.

NOTAS

¹ Leader, D., Groves, J. (2000). *Introducing Lacan*. Cambridge UK: Icon Book. p.8.

² Rocha, A. S. E. (1991). «Lacan (Jacques)». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. p.218.

³ Dor, J. (1995). *Introducción a la Lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como language* (Mizraji, M., Trad.). Barcelona: Gedisa Editorial.p.122.

⁴ Lacan, J. (1987). *O Mito Individual do Neurótico* (Cunha, B. C., Bernardo, F., Medeiros, M., Cunha, T. C., Trad.). Lisboa: Assírio & Alvim. pp.73-74.

⁵ Cf. Roudinesco, E. (1994). *Jacques Lacan: Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento* (Neves, P., Trad.). Lisboa: Companhia das Letras. pp.47-66

FONTES E BIBLIOGRAFIA

Dor, J. (1995). *Introducción a la Lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como language* (Mizraji, M., Trad.). Barcelona: Gedisa Editorial.

Lacan, J. (1987). *O Mito Individual do Neurótico* (Cunha, B. C., Bernardo, F., Medeiros, M., Cunha, T. C., Trad.). Lisboa: Assírio & Alvim.

Leader, D., Groves, J. (2000). *Introducing Lacan*. Cambridge UK: Icon Book.

Rocha, A. S. E. (1991). «Lacan (Jacques)». *Logos: enciclopédia luso-brasileira* (Cabral, R., Dir., Vol.3). Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo. pp.217-222.

Roudinesco, E. (1994). *Jacques Lacan: Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento* (Neves, P., Trad.). Lisboa: Companhia das Letras.

ABADE DE FARIA: UM BRÂMANE NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

JOSÉ CUNHA-OLIVEIRA

Médico Psiquiatra, Chefe de Serviço Hospitalar, Mestre em Psiquiatria.

E-mail:josecunhaol@gmail.com

GONÇALO FÉLIX MATOS

CHPC (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra).

Médico interno da especialidade de psiquiatria.

E-mail:gfelixmatos@gmail.com

Palavras-chave: brâmane, sonho lúcido, hipnotismo, psicoterapia, inconsciente.

INTRODUÇÃO

Tendo vivido ao longo da segunda metade do século XVIII - inícios do XIX, o padre goês José Custódio Faria, ou *Abade Faria*, desempenhou um papel determinante na história da Psiquiatria.

A origem brâmane, que mencionava nos seus qualificativos, conduzi-lo-ia à carreira sacerdotal e a atividades de topo não contempladas no *status quo* da administração portuguesa. A resistência indiana às colonizações inglesa e portuguesa, levou-o à França revolucionária, onde conheceria De Puységur, seu iniciador nas artes psicoterapêuticas.

Com esta comunicação pretendemos realçar alguns dados biográficos menos conhecidos da figura do Abade Faria que melhor expliquem a sua vida e obra.

DISCUSSÃO

José Custódio de Faria, filho de Caetano Vitorino de Faria e de Rosa Maria de Sousa, nasceu em Candolim, concelho de Bardês¹, distrito de Goa, em 31 de maio de 1756², de uma linhagem brâmane ilustrada Sinai ou Xenoí, ligada a funções sacerdotais, à medicina e ao serviço de reis e governadores. Os Farias de Colvale,

¹ Embora habitualmente seja grafado “Bardez”, seguimos aqui a grafia de Sebastião Rodolfo Dalgado no seu “Glossário Luso-Asiático”, vol. II, Coimbra, Imprensa da Universidade, 1921.

² Outros indicam 30 de maio. No entanto, em Candolim, a lápide indicativa do local do seu nascimento informa: “Local onde nasceu aos 31 de maio de 1756 o genial criador do hipnotismo científico, padre José Custódio de Faria, conhecido no mundo culto por Abade Faria”.

aldeia natal do pai de José Custódio, descendiam de um brâmane saraswat ¹, Antu ou Ananta Sinai, que se convertera ao cristianismo no século XVI, adotando o apelido de Faria. Mas a linhagem brâmane e seu conteúdo social e funcional continuaram vivos na tradição familiar.

Na Goa católica persistem três castas: os brâmanes ou *brahmin*, os *chaddo* (ou *kshatriya*) e os *sudra* ou *xudra*. Fora do sistema de castas há os *kunbi*, aborígenes (servos e trabalhadores sem terra), que estão abaixo dos *xudra*, mas acima dos *dalit*. Curiosamente, em Goa o sistema de castas revelou uma persistência maior do que noutras tradições hindus, estando os preconceitos de casta profundamente enraizados na mentalidade e no comportamento social. A ordem cristã, igualitária, teve que se adaptar à estrutura social hindu (GOMES, 1987, p. 82), de forma que a casta continuou a condicionar o estatuto social e a liberdade de movimentos. Sacerdotes, teólogos e filósofos provinham da casta brâmane de linhagem Sinai, assim como os juristas, os professores, os académicos e os educadores em geral. No seu livro, José Custódio Faria, ao consignar os seus títulos, poria em primeiro lugar a sua condição de brâmane: “*Brahmine, Docteur en Théologie et en Philosophie, Membre de la Société Médicale de Marseille, ex-Professeur de Philosophie à l’Université de France, etc*” (EGAS MONIZ, A. 1925, p. 11)².

Os brâmanes goeses forneciam o clero à Igreja Católica local, mas sentiam como uma ofensa humilhante a relutância das autoridades civis e religiosas em colocá-los nas posições mais elevadas da hierarquia política e eclesiástica. E às ambições de José Custódio de Faria - ou aos desígnios de seu pai - não era estranho o desejo de lhe ser conferida a mitra episcopal, prerrogativa dos Xenoí ou Sinai por direito de casta.

Seu pai, natural de Colvale, também do concelho de Bardês, cedo enveredara pelos estudos eclesiásticos, completou Teologia e chegou a receber as ordens menores. Mas não foi mais longe, então, por se ter “enamorado” da filha da abastada família *Quencró*, de Condolim, com quem viria a casar. Caetano, tendo ido viver para casa da noiva, passou a ter o estatuto de “genro comensal”. Ambos eram brâmanes *sarawat*,

¹ Os brâmanes *saraswat* são oriundos do norte da Índia. Segundo as escrituras hindus, habitariam inicialmente a região do mítico rio Saraswat, no Uttar Pradesh. Espalharam-se por várias regiões da Índia, sobretudo o oeste e o sudoeste. Goa é uma das regiões onde se fixaram.

² Egas Moniz (ibidem) refere que em 1811 havia uma *Société de Médecine* e que em 1813 se fundou uma outra chamada *Société Académique*. As duas fundiram-se em 1848, tomando o nome de *Société de Médecine de Marseille*. À primeira deverá ter pertencido o Abade de Faria, uma vez que é dado como eleito em 1812 e o seu nome não consta dos registos da *Société de Médecine de Marseille*.

uma casta hindu superior convertida ao catolicismo. Rosa Maria era filha única e, embora da mesma casta, era de uma família bastante mais abastada que a do marido. Sete anos depois, em circunstâncias mal esclarecidas ¹, o casamento rompe e Caetano Faria regressa à casa paterna, levando o filho consigo. Com as devida dispensas canônicas, anula o casamento, retoma a carreira sacerdotal e torna-se padre. Por seu turno, Rosa Maria ingressa no convento goês de Santa Mónica em 1764, do qual viria a ser priora de véu preto, um privilégio de mulheres de raça branca. Daí dizer-se que o Abade Faria era um padre filho de um padre e de uma freira, sendo, em boa verdade, um elo mais de uma cadeia de tradição sacerdotal.

Em 1771, com 15 anos de idade, ruma a Lisboa na companhia do pai, tendo pouco depois seguido para Roma, onde estudou no Colégio da *Propaganda Fide*². Em 12 de março de 1780 é ordenado padre. Doutora-se em Filosofia e Teologia pela Universidade de Roma e regressa a Portugal, onde ganha fama de pregador eloquente³.

Em 1787 o seu pai esteve implicado na “Conjuração dos Pintos” ⁴ contra a administração portuguesa, que a reprimiu com dureza. Movia os revoltosos o orgulho de casta, a luta por lugares cimeiros na administração política e religiosa de Goa, aquilo a que Egas Moniz chamava “*nativismo*”, ou seja, o desejo de ver substituídos por nativos de Goa os *reinóis* ⁵ titulares de altos cargos políticos e religiosos no território ⁶. Bem entendido, não se tratava de quaisquer “nativos”, mas sim de nativos brâmanes.

¹ Embora a explicação mais corrente seja a de que Rosamaria teria um temperamento agreste e altivo para com o marido, tornando o casamento impossível, a forma como os acontecimentos evoluíram e o destino religioso dos três, mãe, pai e filho, aponta mais para um desígnio pré-determinado.

² A Congregação da *Propaganda Fide* funcionava em Goa como uma espécie de contra-poder em relação ao Padroado controlado pelos monarcas em Lisboa.

³ Não é a opinião de Egas Moniz, que escreve: “não o fadara a natureza para sugestionar as multidões com rasgos de eloquência” (op. cit., p.43). E transcreve o episódio, talvez mais lendário do que histórico, em que Dalgado relata as peripécias do primeiro sermão do P.^e. Custódio: atrapalhado diante das altíssimas personalidades da Corte, sentiu varrer-se-lhe o discurso. O P.^e. Caetano, seu pai, sentindo-o em graves dificuldades, acalmou-o, falando-lhe em Concanim: “eles são uns cabeças de abóbora!”.

⁴ Caetano V. de Faria esteve envolvido na procura do apoio da França a Tipu Sultan, o “*Tigre de Misore*” (1750-1799), tentando estabelecer uma aliança indo-francesa contra o domínio inglês e, por arrastamento, o domínio português em Goa. Tipu Sultan tinha aderido às ideias liberais da Revolução Francesa, fundou o Clube Jacobino e designava-se a si mesmo como “o cidadão Tipu”.

⁵ “Reinóis” eram os residentes naturais da Metrópole (“reino”). O termo era também usado no Brasil.

⁶ Pariticiparam na revolta, entre outros, os padres Caetano Vitorino de Faria, José Antonio Gonçalves e Francisco Couto, todos estes da Família Pinto – daí o nome por que ficou conhecida a revolta.

Em 1788 vai para Paris, onde fixa residência numa pensão da Rua Ponceau, nº 49¹ e, sete anos depois, vem a liderar uma secção de um dos batalhões revolucionários, o “10 do Vindimário”, tomando parte ativa na queda da Convenção Nacional Francesa. Adquire assim relações privilegiadas com altas personalidades da política. Conhece Armand de Chastenet, marquês de Puységur, o verdadeiro fundador do hipnotismo (Luzes, 1997, p.5). Puységur, discípulo de Mesmer, teve uma influência decisiva nas ideias do Abade Faria, que lhe reconheceria, nos sábios conselhos e benevolentes instruções, o germe das suas meditações e da perseverança dos seus esforços.

Tal como o seu mestre Mesmer, Puységur acreditava que um fluído se transferia do *magnetizador* para o *magnetizado*. Porém, chamava a esse fluído *vontade*, que se transmitia das mãos do hipnotizador para o corpo do sujeito (Luzes, 1997, p. 6).

Ao tentar aplicar as teorias de Mesmer, Puységur constata que alguns pacientes não faziam as habituais “crises” com movimentos desordenados, antes adormeciam num estranho sono, pois que respondiam a perguntas que lhes fizessem e mostravam uma memória e lucidez superiores à do estado normal². Chamou a esse estado “sonambulismo artificial”.

Para Faria, o sono hipnótico não é devido à intervenção de quaisquer fluídos ou poderes especiais dos operadores, mas, simplesmente, à suscetibilidade dos indivíduos sobre os quais intervém. Neste tipo de fenómenos tudo dependia de causas naturais, sem intervenção de quaisquer forças misteriosas, fluídos sobrenaturais ou realidades metapsíquicas. Contra as teorias *fluidicas* de Mesmer e Puységur, Faria escreve: “ não posso conceber como a espécie humana foi buscar a causa deste fenómeno a uma celha (*baquet*), a uma vontade externa, a um fluído magnético, a um calor humano, a mil outras extravagâncias deste género, quando esta espécie de sono é comum à natureza humana, através dos sonhos, e a todos os indivíduos que se levantam, andam ou falam durante o sono”.

Faria designou a hipnose por *sonho lúcido*, atribuindo-lhe:

- uma causa predisponente: a sugestionabilidade ou impressionabilidade do sujeito;

¹ O número do prédio alterou-se com o tempo. Em 1925, quando Egas Moniz escreve “O Padre Faria na História do Hipnotismo”, o prédio tinha o nº 7.

² É conhecido o episódio em que Victor Race, tratado por Puységur de uma doença respiratória, consegue lembrar-se, em hipnose, do lugar onde havia escondido o testamento há muito considerado perdido e no qual a sua mãe lhe legava certa propriedade.

- uma causa imediata: a concentração (o sujeito não deve ser distraído por ruídos, estar inquieto ou preocupado, e apenas se deve ligar à ideia de sono;
- uma causa ocasional - a ordem dada pelo hipnotizador para dormir (Luzes, 1997, p. 6).

Usou a hipnose para produzir *sugestões hipnóticas* (anestesias, paralisias, alucinações, cura de sintomas psicossomáticos) e *sugestões pós-hipnóticas* (ordens que o sujeito cumprirá ao acordar, decorrido o tempo fixado pelo hipnotizador).

Os fenômenos hipnóticos despertaram a descoberta do inconsciente. Por outro lado mostraram a existência da Censura, na medida em que o hipnotizado se mostra incapaz de cumprir sugestões contrárias à sua ética pessoal – gerando o que se pode designar como *neurose experimental*: um sintoma, por exemplo um tremor de mãos, impede-o de pôr a sugestão em prática.

Sabe-se que a atividade cerebral, a respiração, e o ritmo cardíaco da pessoa hipnotizada são semelhantes ao estado de vigília normal, constituindo, pois, a hipnose uma variação do estado de vigília, um estado de atenção concentrada. Para que ocorra o estado hipnótico é necessária a vontade de colaboração do paciente e, além disso, nada pode ser feito contra os princípios e moral do paciente.

Só em 1843 o médico britânico Braid cunharia os termos *hipnose* e *hipnotismo*, do grego *hypnos*, “sono”. James Braid (1795-1860), cirurgião oftalmologista escocês, residente em Manchester, ficara intrigado com as sessões de Lafontaine, um “magnetizador” francês em *tournee* pela Inglaterra. Braid concluiu que as pessoas podiam cair “num estado particular do sistema nervoso determinado por manobras artificiais” desde que ocorresse fadiga cerebral e cansaço visual, o que se conseguia por meio de repetições de palavras e gestos sugestivos. Os passes, segundo ele, não possuíam qualquer poder “*magnético*”, apenas predispunham os pacientes para alcançarem um estado psicofísico alterado, a que chamou *hipnotismo* na sua obra *Neuro-hipnologia*, de 1843¹.

Auguste Liébeault, e depois Hippolyte Bernheim, retomaram os ensinamentos de Braid. Os dois fundaram, em 1884, a Escola de Nancy, a qual se tornaria rival da

¹ Braid, James (1843), *Neurypnology or the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism, Illustrated by Numerous Cases of its Successful Application in the Relief and Cure of Disease*, John Churchill, London.

Escola da Salpêtrière, onde pontuava Jean Martin Charcot, famoso pelos seus estudos sobre a histeria.

O interesse de Liébault por estes fenómenos remontava ao seu tempo de estudante de medicina, altura em que tinha lido um estudo sobre magnetismo, tendo-se interessado pelo assunto a ponto de criar um método próprio para produzir o “*sono artificial*”.

Desde 1870, que na Salpêtrière se juntava as mulheres histéricas e os epiléticos numa mesma enfermaria, separando-os dos restantes alienados. Verificou-se que as histéricas passaram a “simular” os sintomas epiléticos nas suas crises. Usando a hipnose, Charcot fazia o diagnóstico diferencial, uma vez que era possível “fabricar” sintomas na doente histérica através da sugestão e provar, assim, o seu carácter neurótico.

A histeria e a hipnose seriam a razão da disputa, que se estendeu por dez anos, entre Nancy e Salpêtrière. Bernheim dizia ser a hipnose decorrente da sugestão verbal, e estar já desmistificada em fins de século XIX, quando a clínica da palavra sobrepujava a do olhar. Acusava Charcot de fazer mau uso da técnica, já que se servia dela não para fins terapêuticos, mas para provocar crises convulsivas nas suas pacientes, manipulando-as de modo a conferir um *status* de neurose à histeria. O médico de Nancy afirmava ainda que os efeitos alcançados pelo hipnotismo poderiam advir da simples sugestão operada em estado de vigília, estando aí o prenúncio do que mais tarde veio a chamar-se *psicoterapia*.

Circulava por essa época a teoria da catarse, de Jacob Bernays (1824-1881) - tio de Martha Bernays, futura esposa de Freud - que trazia uma proposta de cura por meio da palavra. Inspirado no *Corpus Hipocraticum*, Bernays acreditava que o tratamento das doenças se daria pela libertação de seus elementos opressivos. Uma vez extraído o segredo patogénico pela fala, o mal deixaria de existir. Tal ideia encontraria a sua máxima expressão na *psicanálise*, do médico vienense Sigmund Freud (1856-1939).

Em 20 de setembro de 1819, aos 64 anos de idade, morre na maior das misérias, na Rue des Orties nº 4, José Custódio Faria, professor de Filosofia. Daniel Gelásio Dalgado, considerado a maior autoridade entre os biógrafos do Abade Faria, conta, na sua *Mémoire sur la Vie de l'Abbé Faria: explication de la charmante légende du*

Château d'If dans le roman 'Monte Cristo', que tinha ido visitar o nº 7 da Rue de Ponceau, em Paris, primeira morada conhecida do Abade Faria. Ao conversar com o porteiro do prédio, Dalgado falou-lhe do ilustre compatriota alto e esguio que vivera naquela casa por volta de 1792. O porteiro nem queria acreditar que o Abade Faria alguma tivesse tido uma existência real, fazendo como fazia dele a imagem ficcional do Monge Louco, de Dumas.

Finalmente, dois anos antes do fim do domínio português em Goa, e por diploma legislativo de 2 de abril de 1959, o hospital psiquiátrico do Altinho, em Pangim, passou a designar-se Hospital Abade Faria.

CONCLUSÃO

José Custódio Faria, ilustre goês dos finais do século XVIII, princípios do século XIX, viveu um dos períodos mais conturbados da História, o da Guerra da Independência da América, da Revolução Francesa, da Inconfidência Mineira e das revoltas na Índia contra os domínios inglês e português. Filho de um brâmane inconformado com o não reconhecimento das autoridades portuguesas das suas prerrogativas de casta, José Custódio Faria tomou contacto com os movimentos culturais, sociais e políticos da época, participando ativamente na Revolução Francesa. O relacionamento com De Puységur, discípulo de Mesmer, viria a determinar o seu envolvimento no eclodir das psicoterapias.

BIBLIOGRAFIA

ABBÉ FARIA, *De la Cause du Sommeil Lucide*, 2^{ème} édition, préface de G. Dalgado, Henri Jouve Éditeur, Paris, Henri Jouve Éditeur, 1906.

EGAS MONIS, António, *O Padre Faria na História do Hipnotismo*, Lisboa, 1925.

GOMES, Olivinho J.F., *Village Goa: a study of goan social structure and change*, New Delhi, S. Chand & Company Ltd, 1987

LUZES, Pedro, *Cem Anos de Psicacanalise*, Lisboa, ISPA, 1997.

SOUZA, Teotónio R., Introduction, in: CUNHA RIVARA, J.H., *Goa and the Revolt of 1787* (English transl. by Renato da Cunha Soares of CUNHA RIVARA, J.H [1875], *A Conjuração de 1787 em Goa*), New Delhi, Concept Publ. Company, 1996.

POSSESSÃO E LOUCURA RELIGIOSA EM PORTUGAL NA ÉPOCA MODERNA

ANTÓNIO VITOR SANCHES FERREIRA RIBEIRO

Centro de História da Sociedade e da Cultura

Bolseiro de Pós-Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia

E-mail: avs.ribeiro@gmail.com

INTRODUÇÃO

Esta comunicação pretende estudar os comportamentos ligados à possessão por espíritos durante a Época Moderna em Portugal. As fontes utilizadas são, na sua quase totalidade, processos inquisitoriais. O ponto de vista a utilizar será o da compreensão de uma série de comportamentos, aparentemente irracionais, tentando enquadrá-los num horizonte ritual e simbólico que lhes dá significado e os torna inteligíveis.

DISCUSSÃO

A partir da comparação entre dois documentos muito semelhantes mas escritos com dois séculos de diferença pretende-se iniciar a reconstituição de um complexo simbólico que subjaz á possessão e exorcismo durante a Época Moderna em Portugal. Para além dos comportamentos dos possuídos, os dois documentos apresentam uma outra coincidência: ocorrem no dia de S. Bartolomeu, o dia em que, dizia o adágio popular, o “diabo anda à solta”.

A ligação de S. Bartolomeu à possessão e ao exorcismo é imediata. Dos doze apóstolos, era este o que se tinha especializado em exorcizar e era conhecido por ter absoluto domínio sobre os demónios que se introduziam nos corpos. Contudo, uma análise da iconografia demonstra que a figura de S. Bartolomeu, apresentado com uma faca na mão e com o demónio acorrentado aos pés constitui a cristianização de um mito clássico: o de Apolo e Mársias. A ideia contudo, mantém-se. A vitória do comportamento ordenado e racional, sobre o desregramento e a loucura.

O aspecto principal é o facto de os comportamentos dos possuídos corresponderem à iconografia, nomeadamente à figura canina que S. Bartolomeu tem presa pela corrente. Na documentação compulsada foram encontrados muitos relatos de gente que apresenta comportamentos animais, principalmente de cão ou lobo, em sessões de exorcismo em que se juntavam dezenas, por vezes centenas de pessoas.

Outro comportamento característico era o de expelir pela boca um sinal fornecido pelo espírito possessor, muitas vezes um osso, uma pérola ou uma conta de rosário. Esta era uma das características da cura baseada no xamanismo, a qual, segundo Lévi-Strauss, tinha três formas principais, duas das quais eram o reflexo em negativo uma da outra: expelir pela boca um espírito possessor ou ir em espírito resgatar a sua própria alma levada pelos demónios para o mundo dos mortos.

Na religião popular portuguesa estas duas formas coexistiam, tanto a viagem em espírito ao mundo dos mortos para resgatar almas, aqui numa versão cristianizada das almas do purgatório, como a expulsão de espíritos pela boca. Como procurarei demonstrar com exemplos, esta forma de terapia existia de forma difusa um pouco por toda a Europa e tem paralelos interessantes em todo o mundo.

Contudo, estas sessões organizadas de exorcismo, que tinham o seu dia por excelência no dia de S. Bartolomeu, eram uma forma de organizar e enquadrar um fenómeno que se manifestava de forma descontrolada e individual. E isto leva-nos para a segunda forma de possessão. Nesta, o possuído, normalmente mulher e jovem, corre pelos campos durante a noite, dizendo-se impelida por um espírito que, normalmente, é identificado como sendo o demónio, embora nem sempre seja assim. Essa fuga nocturna tem também um horizonte ritual bastante bem definido. A corrida dá-se sempre em direcção a um monte. Por vezes estas raparigas afirmam ser convidadas pelo demónio a cometer suicídio, que tem, também ele, um padrão que se repete: deve ser feito por afogamento na água ou por enforcamento. Estes dois elementos, fuga para o monte e suicídio ritual oferecem um interessante paralelo com os cultos orgiásticos femininos da Época Clássica. Aqui existia uma forma ritual de tratar esse género de tendências suicidas das jovens raparigas através do rito da altalena e da imersão catártica¹.

Em alguns destes casos observa-se um comportamento que, à semelhança das sessões de exorcismo organizado, apresentava traços que se poderiam classificar como licantrópicos. Nudez ritual, corrida descontrolada, imitação de atitudes características de cães e lobos. Se lançarmos um olhar a comportamentos semelhantes noutros locais da Europa, verificaremos que a nudez ritual é um equivalente a outro aspecto que define um momento de passagem, de transformação: a colocação de uma pele de animal. A ideia da mudança de pele como forma de assumir uma nova identidade. Despir-se da vestimenta humana ou vestir uma pele de lobo. E é precisamente aqui que nos

¹ DE MARTINO, Ernesto- *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*. Milano: Il Saggiatore, 1961, p. 211.

deparamos com um aspecto de extrema importância e que faz a ligação entre a iconografia de S. Bartolomeu e o mito de Apolo e Mársias: o esfolamento. Essa ideia de alteridade, de um “outro”, um duplo através da pele foi precisamente a justificação utilizada por alguns autores que fundindo a História da Arte e a Psicanálise, tentaram explicar a presença de S. Bartolomeu em destaque no tecto da capela Sistina, com um olhar inequivocamente hostil à Virgem e a Cristo¹.

Esta ideia de uma “segunda pele” é também determinante num conjunto de cultos baseados no êxtase, como se pode ver pelos “benandanti”, um grupo de homens e mulheres do norte da Itália que afirmavam ter a característica de ver os mortos e em que os homens reclamavam ter a capacidade de desdobrar a alma do corpo e ir em êxtase ao mundo dos mortos combater pela fertilidade da terra². De facto, o elemento que os distinguia era terem nascido envolvidos na membrana amniótica. Era uma crença comum, não apenas entre os “benandanti”, mas em todo o espaço europeu, que um indivíduo que nascia envolvido na membrana amniótica tinha uma espécie de alma dupla e possuía uma “segunda visão”. As parteiras deveriam secar o âmnio para que esse indivíduo o usasse ao pescoço como um amuleto infalível.

Assim, o complexo simbólico de S. Bartolomeu tem especial ligação à figura do lobo e revela-se através da ideia de uma segunda pele enquanto uma identidade dupla. Mas o lobo não era o único animal que se revelava fundamental no estudo da possessão em Portugal.

Nos arquivos consultados existem diversas denúncias, algumas das quais redundaram em processos, em que uma mulher afirmava estar prenhe de uma criança especial. Algumas dessas mulheres chegavam mesmo a afirmar que estavam prestes a parir o Espírito Santo. Estes casos chegaram mesmo ao século XX e um deles foi relatado por Miguel Torga na sua “Criação do Mundo”. O caso mais antigo que foi possível apurar é de 1562 e trata-se de uma mulher que afirmou ter “emprenhado de uma cobra”. Entre os séculos XVI e XIX este género de casos repete-se. Algumas destas mulheres diziam que um espírito em forma de cobra lhes entrara pela boca, tendo começado a sentir os movimentos do réptil no seu interior. Nalguns casos elas afirmam ter sido fecundadas. Noutros começam a entrar em estados de letargia e começa um alegado espírito a falar pela sua boca. A mesma crença da fecundação por uma serpente

¹ LIEBERT, Robert S.- *Michelangelo. A Psychoanalytic Study of his Life and Images*. New Haven; London: Yale University Press, 1983.

² GINZBURG, Carlo- *Os andarilhos do bem. Feitiçarias e cultos agrários nos séculos XVI e XVII*. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

está identificada em França e na Alemanha. E foi no contexto alemão que um discípulo de Freud, Karl Abraham, identificou um elemento constante: o medo de algumas mulheres de que uma cobra lhes entrasse pela boca. Diz Abraham que “a serpente desempenha um papel importante nos sonhos das mulheres... encontramos frequentemente doentes mentais que afirmam ser atacados por serpentes que se introduzem no seu sexo ou na sua boca. Nós sabemos que a este respeito, a boca não é mais do que o substituto da vulva”¹. Imediatamente Abraham identificou a serpente com um símbolo fálico e a possessão pelo espírito como uma manifestação de desejos reprimidos. Contudo, o que os arquivos portugueses demonstram é que essa “fecundação mística” pode dar-se através da entrada de uma serpente no corpo, como se pode dar através de outros animais ou objectos. Como exemplos temos a pomba, na qual é difícil reconhecer um símbolo fálico ou um feixe de luz que entra pela boca da mulher, fecundando-a.

E aqui a interpretação torna-se mais complicada e permite duas interpretações. Por um lado, a pomba, tal como a serpente, encarna muitas vezes a *psyché*, aquilo que os gregos consideravam ser um duplo da alma de um morto. Por outro, a fecundação através de um feixe de luz aponta para uma ideia antiga, defendida por diversos autores, da luz do Sol como fecundadora e da influência dos astros na geração humana. Existem diversos exemplos em Portugal. Por outro lado, a serpente é, ela própria, um símbolo solar, devido à sua sazonalidade. Seja qual for a interpretação que se dê à pomba e ao raio de luz, parece-me defensável da ideia de que estamos em face de um complexo simbólico religioso ancestral, e que existe uma relação, aparentemente contra-natura, entre possessão pelos mortos e a fertilidade. Digo aparentemente porque em todos os sistemas religiosos herdados do paganismo está vincada a ideia dialéctica que a morte gera a vida e vice-versa. Do xamanismo asiático, até aos “saludadores”, uma espécie de curandeiros existentes em Portugal e Espanha, passando pelos rituais iniciáticos dos cultos de Elêusis, esta ideia de que o renascimento implica morte e que da morte deverá nascer a vida está sempre presente.

A tentativa de identificação deste complexo simbólico comum a uma área geográfica extremamente alargada não pode deixar de fazer pensar no famoso “inconsciente colectivo” de Carl Gustav Jung. No entanto, antes mesmo do psicólogo suíço ter avançado com as suas teorias, Sigmund Freud escrevia ao seu amigo Wilhelm

¹ ABRAHAM, Karl- *Psychanalyse et culture*. Paris: Payot, 1969, p. 21.

Fliess, falando dos processos de bruxaria e possessão demoníaca da Época Moderna: “Porque é que as confissões extraídas sob tortura são tão parecidas com as que os meus pacientes me contam sob tratamento psicológico?”. E numa outra carta ao mesmo Fliess: “divirto-me com a ideia de que nas perversões, de que a histeria é o negativo, podemos ter os vestígios de um culto sexual primitivo, que no oriente semítico pode ter sido uma religião”¹.

CONCLUSÃO

Os estados de possessão constituem, a meu ver, uma solução de compromisso entre a patologia psíquica e um complexo ancestral simbólico, de natureza religiosa. Se é verdade que a existência de comportamentos aparentemente aberrantes implicam uma predisposição do indivíduo, já é mais discutível que esses comportamentos sejam imprevisíveis, e não sigam padrões culturalmente pré-determinados. Esse complexo simbólico tem a sua fundamentação última na dialéctica morte-vida e poderá ter sido incipientemente detectado pelos primeiros estudiosos de psicanálise, como Karl Abraham e Sigmund Freud. Não é de excluir que tenha tido um contributo decisivo para a teoria jungiana do “inconsciente colectivo”.

BIBLIOGRAFIA

- LEWIS, Joan M.- *Ecstatic Religion: a study of shamanism and spirit possession*. London, New York: Routledge, 1989
- MIDELFORT, Erik- *A History of Madness in Sixteenth-Century Germany*. Stanford: University Press, 1999.
- PÓCS, Eva- Possession phenomena, possession-systems. Some East-Central european examples in KLANICZAY, Gabor; PÓCS, Eva (ed.)- *Communicating with the Spirits*. Budapest, New York: Central European University Press, 2005, pp. 84-151.
- SLUHOVSKY, Moshe- *Believe not every Spirit. Possession, Mysticism and Discernment in Early Modern Catholicism*. Chicago, London: University of Chicago Press, 2007.
- WARD, Colleen A.- Possession and Exorcism, Psychopathology and Psychotherapy in a Magico-Religious Context in WARD, Colleen A.- *Altered States of Consciousness and Mental Health*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage, 1989, pp. 125-144.

¹ FREUD, Sigmund- *The Origins of Psycho-Analysis. Letters to Wilhelm Fliess, Drafts and Notes: 1887-1902*. London: Imago, 1954, pp. 188-89.

PAPEL DO DR. MIGUEL BOMBARDA NO PLANEAMENTO DO MANICÓMIO DOS AÇORES NO DOBRAR DOS SÉCULOS XIX-XX

AIRES GAMEIRO

Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (IPCDVS),
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (FPCE-UC); CEIS20- UC; Ordem
Hospitaleira de S. João de Deus; SAAP-EUROCARE

Psicólogo, Consultor nas áreas de políticas do álcool, saúde mental e reabilitação
psicossocial; Assistente Espiritual e Religioso em Pastoral de Saúde.

Palavras-chave: Dr. Miguel Bombarda - Casa de Saúde de S. Miguel –
Degenerescência mental – Pobreza e Psiquiatria - Quinta de Nossa Senhora do Egípto
(Ponta Delgada, Açores).

INTRODUÇÃO

O planeamento do manicómio dos Açores por 1880 foi realizado no contexto das correntes psiquiátricas da degenerescência de alienados e da medicalização da miséria. Durante as fases iniciais do mesmo o Dr. Miguel Bombarda esteve envolvido neste projecto por correspondência e numa viagem propositada a Ponta Delgada no verão de 1898 para participar numa sessão da Junta Geral do distrito.

DISCUSSÃO

Duas preocupações de primeiro plano estiveram nos objectivos da assistência psiquiátrica na segunda metade do século XIX: a degenerescência da raça humana e a missão de os alienistas tratarem, regenerarem e educarem os alienados, e isolarem os perigosos em manicómios e prisões. Podemos afirmar que o manicómio dos Açores (Casa de Saúde de S. Miguel) foi pedida, justificada, planeada e construída ao longo de mais de quarenta anos num contexto efervescente de ideias, teorias e ideologias de degenerescência mental dos alienados e da necessidade de os regenerar.

Bernardino GOMES¹ estudou e trouxe ideias frescas de alguns estabelecimentos que ele visitou na Europa (54-56); e, por 1848-50, o Duque de Saldanha impôs a existência do manicómio nacional de Rilhafoles para acabar com a miséria em que

¹ Bernardino António GOMES, *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principais da Europa* 1843 (Prefácio de José Manuel Jara, fac-simile, Ulmeiro, 1999, pp. 54-56)

estavam no Hospital Real de S. José. A primeira lei de assistência à loucura data de 4 de Julho de 1889. Impunha-se o difícil problema de distinguir e separar os alienados dos pobres, mendigos, miseráveis, delinquentes e mesmo dos criminosos.

Por outro lado a degenerescência ligada às doenças mentais, excessos de álcool, delinquência, pobreza e miséria, tornavam urgentes as medidas de higiene pública e os manicómios para os doentes e deficientes mentais separando-os da sua mistura e dispersão nos hospitais gerais, Misericórdias, asilos de mendicidade, reformatórios, prisões e ruas...

Uma Portaria de 10 de Maio de 1850 reconhecia que só Rilhafoles não bastava; e mesmo o Hospital Conde de Ferreira (1883) fazia pouca diferença. Por 1864 Rilhafoles tinha 513 doentes, mais 200 que os transferidos das enfermarias desumanas do Hospital de S. José, por isso o Director, Dr. Guilherme Abranches, propôs "mais dois hospitais e dois asilos" para responder às necessidades.

O Dr. Miguel Bombarda, foi nomeado director de Rilhafoles em 1892 por ser competente e se esperar que melhorasse as más condições do mesmo. É surpreendente a definição que deu de Rilhafoles, dois anos depois, em 1894: "asilo de incuráveis", "prisão de perigosos e criminosos", "oficina de trabalho", "laboratório de ciência", "quartel de disciplina", e "hospital"¹.

A corrente da degenerescência concorria para encher os manicómios de alienados, mendigos, delinquentes e criminosos, impondo a distinção entre uns e outros. Ficava a questão: quem iria assistir os mendigos? Algumas leis desde de D. Manuel I; as de 1769, 1834, 1860, contrariavam a acumulação de bens imobilizados com que até ali as Igrejas, mosteiros e obras de beneficência socorriam os pobres e doentes pois a tendência era agora de que o Governo devia assumir essa responsabilidade. Contudo essas leis de amortização e supressão de legados pios, criou tensões e conflitos entre hospícios, hospitais das Misericórdia e os do Estado sobre quem devia assistir os doentes mais graves, os alienados e os deficientes. Estas tensões tornaram-se habituais no século XIX entre o Hospital de S. José e a Misericórdia de Lisboa em relação a mendigos, velhos e inválidos asilados no hospital, e na segunda metade do século

¹ O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893 in *Medecina Contemporânea*, Lisboa, n.º 25, (17-06-1894) p. 248 cit. in Paulo Araújo, Miguel Bombarda, Médico e Político, ed. Caleidoscópio, Casal de Cambra, 2007, p. 90).

agravaram-se entre Rilhafoles e a Misericórdia, e formavam o contexto social em S. Miguel.

Projecto do Manicómio dos Açores

O salto qualitativo na assistência psiquiátrica conseguido no Continente no final do século XIX tornou-se uma aspiração nos Açores. A Misericórdia de Ponta Delgada, em S. Miguel desde o século XVI assistiam-nos com algumas migalhas da assistência mas o medo levava a repeli-los das instituições de caridade e a lançar os mais incómodos e perigosos nas prisões.

Em 1896 as duas Câmaras em Lisboa criaram um imposto aos açorianos para vir a cobrir as despesas do seu manicómio. A lei de 1889, proposta em 1888 pelo conselheiro do reino José Luciano de Castro previa seis manicómios para o país sendo um deles em S. Miguel com 200 camas que foi decidido pelo decreto de 2 de Março de 1895.

António Maria de Sena no seu estudo “*Os alienados em Portugal*”, (1888), defendia e fazia aprovar uma lei que autorizava a construção de mais quatro manicómios que nem chegariam para os 8.000 alienados, incluindo vadios e pobres das ruas, estimados por ele para os cerca de 5 milhões de habitantes. Incluir o síndrome alcoólico na alienação, como António Maria de Sena em 1883 aumentava o seu número. A lei de 13 de Maio de 1911 por seu lado calculava 6.600 alienados dos quais só 1.200 eram assistidos. Ficavam de fora muitas vítimas da degenerescência da raça e do alcoolismo.

Nos Açores a ideia do manicómio foi ganhando adeptos e gerando polémicas. A justificação de uma assistência mais digna aos alienados andou a *pari passu* os esforços pela autonomia dos Açores do poder central. Na Sessão de 11.01.1896 da Junta Geral cria-se uma que a 28 de Dezembro 1896 sugere três locais: Convento de Belém, Quinta de Nossa Senhora do Egípto e S. Gonçalo.

A questão que se punha era calcular o número de alienados dos Açores para decidir o tamanho do manicómio. O Dr. Mont’Alverne de Sequeira calculou em 574 a partir do censo de 1878 e 461 pelo seu ensaio¹.

¹ Os alienados nos Açores. Ensaio de Estatística, *Typ. Elzeviriana, Ponta Delgada, 1898*, p.96.

Carta do Dr. Miguel Bombarda

Em 1896 Miguel Bombarda por carta de 17.12.1896¹ a outra do seu amigo Mont'Alverne de Sequeira indica como deveria ser o hospital de alienados. Sequeira usa os diagnósticos de Esquirol e Pinel: Idiotia, Demência, Melancolia, Mania e Monomania; e alinhou com o Dr. Miguel Bombarda, de quem era admirador e seguidor, contra Eugénio de Castro a propósito do projecto do hospital de alienados de Ponta Delgada.

Em resumo, na sua resposta a Mont'Alverne de Sequeira, Miguel Bombarda propõe que seja de 500 (sic) doentes e para todo o arquipélago; a construir de raiz por fases e definitivo; incluindo “ idiotas e cretinos” pois são “um auxiliar dos seus serviços”; seja hospital tipo colónia de doentes mentais no género do que o Dr. Albrecht Paetz defende no seu livro “Die Kolonisierung der Geisteskranken” à maneira da colónia de Alt-Scherbitz, com pavilhões separados; construído no campo mas próximo da cidade. O hospital iria albergar o leque abrangente de doentes desde os mais deficientes aos dementes incluindo os doentes mentais propriamente ditos afectados de Melancolia, Mania e Monomania.

Miguel Bombarda esperava muito das ocupações dos doentes para reduzir os custos. Com efeito dá o custo/dia em Rilhafol, cerca de 265,9, caro demais, por ser em Lisboa e ainda não se ter desenvolvido “o trabalho dos doentes”, “dos primeiros recursos terapêuticos em alienação mental” o que pode tornar “a mão de obra” quase de graça, diz na sua carta.

O Dr. Carlos Machado apresentou os trabalhos da Comissão do Hospital de Alienados com a carta do Dr. Miguel Bombarda e um pré-projecto de acordo com as indicações dos peritos na matéria acompanhado do orçamento na sessão da Junta Geral no dia 20 de Abril de 1897².

¹ Carta 10 de Miguel Bombarda a Mont'Alverne de Sequeira in “Mont'Alverne de Sequeira Correspondência (1881 -1930)” Instituto Universitário dos Açores, edição preparada por: A. H. de Oliveira Marques e Francisco de Carvalho Louro, Ponta Delgada, 1980, carta 24, pp. 89 e 90.

² Cf Susana Paula Franco Serpa Silva, Violência, Desvio e Exclusão na Sociedade Micaelense Oitocentista (1842-1910), Ponta Delgada, Universidade dos Açores, 2006, vol. II Cap. XII p.836-878 (Tese de doutoramento policopiada), p.871.

O Dr. Miguel Bombarda em S. Miguel

O Dr. Miguel Bombarda envolveu-se de tal maneira com o planeamento do manicómio que no verão de 1898 se deslocou a S. Miguel para estudar e apoiar o projecto. A sessão terá sido bastante tumultuosa e pouco consensual deixando, atrás da sua intervenção e dos dados estatísticos e interpretações de Mont'Alverne, um rastilho de polémica com defensores e críticos inflamados à volta do tema dos loucos e do seu número em S. Miguel¹. As considerações críticas de Miguel Bombarda sobre a ilha de S. Miguel, as doenças predominantes, as suas gentes, a higiene do hospital e os alienados, consideradas como depreciativas do brio açoriano, mais acenderam a polémica hostil contra Miguel Bombarda. Mont'Alverne de Sequeira, seu amigo e admirador, contudo, tomou a sua defesa no aspecto científico. Tudo isso não impediu que ficasse exarada na Sessão de 26 de Julho de 1898 da Junta Geral a deliberação de inscrever o Dr. Miguel Bombarda entre os mais ilustres beneméritos da mesma, como refere Dr. Henrique de Aguiar.

Os conceitos de manicómio modelar da época pela Europa eram um misto de hospital em edifícios separados e colónia de ocupações variadas em espaços de agricultura e pecuária. Não se punha qualquer problema com o internamento dos deficientes, então chamados idiotas por vezes os mais favorecidos pelas ocupações.

No meio desta polémica e do compasso de espera até haver um manicómio para os Açores surgiu até uma solução da Misericórdia de colocação a domicílio *avant la lettre*. Perante o abandono familiar de muitos alienados ou de casos em que não se justificava o internamento e em que este exigia o dispêndio de grandes somas no hospital, foi deliberado atribuir um subsídio de 200 réis para a família assistir bem e com a devida cautela o seu parente, caso tivessem condições para isso e sempre de acordo com o parecer médico. Em 1902 havia 11 alienados nessas condições colocados pela Misericórdia de Ponta Delgada².

Grande parte dos alienados já com história de desacatos ou de crimes, porém, continuava a ter a má sorte de ir parar às cadeias onde não tinha qualquer tratamento;

¹ Veja-se Miguel Bombarda, Açores Médico, Lisboa, Typographia de Adolpho de Mendonça, 1899 cit. in Susana Silva, o.c.,II, p. 856-859.

² Susana Paula Franco Serpa Silva o. c. p.860.

sendo outros enviados para o Hospital de Rilhafoles, inaugurado em 1848¹ com os inconvenientes de ser medida muito dispendiosa e os afastar das famílias.

Por 1901, dadas as dificuldades económicas, foram ventiladas hipóteses mais em conta de situar o manicómio, com dois pavilhões, um para homens e outro para mulheres, sucessivamente, ao lado da Misericórdia, com que esta não concordou, e ainda utilizando uma ala vazia da Penitenciária. A Junta Geral agora já no quadro de autonomia (desde 02.03.1895) viu-se com a atribuição de se ocupar dos seus alienados e obrigada a encontrar uma solução, ao menos provisória.

O problema dos alienados, segundo Susana Silva, fora uma das bandeiras da reivindicação da autonomia². Segundo esta autora no ano de 1901 iniciaram-se Deram-se por 1901 passos mais decisivos para levar por diante o plano do hospital de alienados, ultrapassando os obstáculos da não aprovação do primeiro projecto do ano anterior por ser demasiado caro. Com a nova hipótese passaram de 280.000\$000 para 47.130\$000; mas como se esperava que as despesas duplicassem, a Junta, apesar de querer aceitar o desafio, posto pela autonomia, recuou para não comprometer o seu orçamento e optou por uma solução provisória. Uma ala da prisão estava abandonada e a solução podia ser a sua adaptação. Mesmo assim só com um empréstimo. Esta alternativa foi estudada, teve os seus opositores e foi esquecida, virando-se as atenções para a visita de D. Carlos e D. Amélia a S. Miguel que visitaram os Açores em 07.76.1901.

Como o impasse persistisse a Junta Geral por indicação da Misericórdia continuou a aliciar as famílias com 280 réis diários para que aceitem em casa os seus familiares doentes não perigosos que ela assistia. E entretanto continuaram a surgir ideias para evitar despesas avultadas: adquirir um edifício e adaptá-lo em Sant'Ana ou Bom Despacho. Foi decidido criar o Manicómio Provisório para 20 alienados continuando as mulheres na Misericórdia, enquanto se continuava com a escolha do local para o definitivo.

¹ Susana Paula Franco Serpa Silva, *ibidem*.

² Susana Paula Franco Serpa Silva, *o. c.* p.871.

CONCLUSÕES

Foi por fim decidido expropriar a Quinta de Nossa Senhora do Egípto assim chamada por ter ali uma ermida de 1687 dispor de 662 árvores. A expropriação foi feita em 1907 e a escritura de compra por 9.000\$000 em 13 de Abril de 1910. As obras começam em 1914 com projecto de 4 pavilhões de 50 camas cada um, dois para homens e dois para mulheres, e não para um total de 500 como propôs Miguel Bombarda. A verba esgotou-se e a construção interrompida em 1915. Resumindo, após gastos 244.415\$12 para paredes e telhado dos quatro edifícios, em 1926 só um estava completo para a transferência dos doentes em 1928 após o acordo os Irmãos de João de Deus para os seus cuidados. Tinham decorrido quarenta anos de planeamento.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, Dr. Henrique, “Alienados. Assistência: Notas históricas, 2002”, *apresentadas nas comemorações dos 75 anos da CSSM, in Aires Gameiro, História da Casa de Saúde de S. Miguel, 1928-2008 (no Prelo).*
- ARAÚJO, Paulo, Miguel Bombarda, Médico e Político, *ed. Caleidoscópio, Casal de Cambra, 2007, p. 90.*
- BOMBARDA, Miguel, *Carta 10 de Miguel Bombarda a Mont’Alverne de Sequeira in “Mont’Alverne de Sequeira Correspondência (1881 -1930)”* Instituto Universitário dos Açores, edição preparada por: A. H.de Oliveira Marques e Francisco de Carvalho Louro, Ponta Delgada, 1980, carta 24, pp. 89 e 90.
- GAMEIRO, OH, Aires, *História da Casa de Saúde de S. Miguel. Antecedentes, Fundação e Desenvolvimentos 1928-2008 (no prelo).*
- SEQUEIRA Mont’Alverne de Sequeira, *Os alienados nos Açores. Ensaio de Estatística*, Ponta Delgada, 1898
- SILVA, Susana Paula Franco Serpa, *Violência, Desvio e Exclusão na Sociedade Micaelense Oitocentista (1842-1910)*, Universidade dos Açores – UAÇ, 2007 ,vol. II Cap. XII p.836-878.

**A VOZ RARA DO LOUCO.
A PASSAGEM DE LEAL DE ZÊZERE POR RILHAFOLES**

Manuel Curado

Universidade do Minho

Professor Universitário

E-mail: curado.manuel@gmail.com

Palavras-chave: Hospital Miguel Bombarda, Rilhafoles, história clínica, testemunho psiquiátrico

DISCUSSÃO

Noventa e nove por cento da Psiquiatria constituem um olhar exterior sobre os estados mentais. São muito raros os testemunhos em primeira mão de experiências mentais anómalas. Esta comunicação reflecte sobre o livro de João Leal de Zêzere, *No Mundo do Delírio e da Alucinação: Cento e Vinte Dias no 'Bombarda' a Viver entre os Loucos* (1955). A história clínica é um modo de atenuar a falta de testemunhos directos do mundo psiquiátrico. Porém, o recurso a essa ferramenta está a diminuir, comparando a actual Psiquiatria com os clássicos do século XIX e da primeira metade do século XX. A reflexão sobre o livro de Leal de Zêzere é enquadrada neste processo de diminuição da importância da história clínica, de desaparecimento de narrativas pessoais de experiências mentais anómalas e de exteriorização crescente do olhar clínico. Conclui-se com uma generalização filosófica sobre a ontologia dos estados mentais alegadamente patológicos. Como se verifica uma falta de importância atribuída aos testemunhos pessoais, a Psiquiatria não toma a sério as experiências anómalas. Precisamente, medicaliza-as imediatamente. Perde-se assim uma oportunidade para pensar as características mais notáveis da experiência anómala: o facto de ter estrutura, o facto de ter imagens, o facto de ter variações emocionais, o facto de as imagens serem semelhantes às imagens do universo religioso, o facto de as alucinações parecerem ter vida própria, etc. O autor acredita, quicá ingenuamente, que o um por cento da Psiquiatria tem virtudes bastantes para alterar os outros noventa e nove por cento.

A VIDA PSIQUÍCA DOS TUBERCULOSOS À LUZ DA TISIOLOGIA DOS SÉCS. XIX E XX

ISMAEL VIEIRA

CITCEM / Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Investigador / Doutorando em História

E-mail:ismael_cv@iol.pt

Palavras-chave: Tuberculose, psiquismo, psicopatologia, terapêutica, tisiologia

INTRODUÇÃO

A vida afectiva e mental dos tuberculosos foi, directa ou indirectamente, um dos temas predilectos das escolas literárias do período contemporâneo. O Romantismo e depois o Realismo focaram ora o doente idealizado pela sua aura de excepionalidade ora vítima duma sociedade industrial, viciosa e degeneradora.

Todavia, a emergência da tisiologia e as redefinições processadas no domínio da etiopatologia trouxeram novos dados ao problema. As toxinas, a febre, a cessação da actividade social aliado ao clima “psicológico” em que os doentes se viam colocados contribuíram para produzir alterações no psiquismo dos tuberculosos, o que constitui o enfoque de análise desta comunicação.

DISCUSSÃO

Em primeiro lugar podemos dizer que a análise do psiquismo e do estado mental dos tuberculosos não constituiu uma novidade dos séculos XIX e XX. Desde a Antiguidade que autores como Hipócrates, Areteu, Celso, Galeno e mais tarde, no século XVII, Sylvius descreveram traços do psiquismo dos tísicos, focando quase sempre características ligadas à hipersexualidade destes enfermos.

No século XIX a vida afectiva e mental dos tuberculosos recebeu uma atenção maior por parte dos escritores românticos, que fizeram deste tema o pano de fundo das suas novelas e devaneios líricos amorosos.

Até meados do século XIX, a concepção da tuberculose era própria duma sensibilidade romântica, que por força da disseminação da doença junto de intelectuais e artistas, acabou por ver difundido um ideal de experiência incomum, de uma interioridade fora do alcance do homem banal por representar um processo de

individualização e espiritualização do ser¹. A sensibilidade romântica investiu na concepção da tuberculose como sintoma dum carácter nobre e duma genialidade artística, não faltando nomes de tuberculosos famosos na história como Chopin, Lord Byron, Molière, Albert Camus, René Laennec, Eugène Delacroix, Paul Gauguin, Eleanor Roosevelt, D. H. Lawrence ou entre nós Cesário Verde, António Nobre, Júlio Diniz, Sousa Martins, entre outros.

O psiquismo do tuberculoso estava deste modo associado à experiência incomum, ao génio das grandes figuras da arte, da ciência, da vida pública, sendo conhecida por “febre das almas sensíveis”. Não devemos contudo esquecer que muitas das experiências criativas e distintas dos tuberculosos não eram só o resultado da patologia em si, como acreditavam os românticos, mas devia-se ao tratamento de sintomas por meio de opiáceos ou álcool, segundo concepções brownistas, que conduziam a estados de efervescência mental e de libertação do inconsciente².

A partir de meados do século XIX a imagem do tuberculoso modifica-se mercê do pensamento da época, que passa a valorizar a robustez física e o equilíbrio moral como sustentáculo da sociedade burguesa que então estava a triunfar e fazia a apologia da força, do vigor e da saúde. A tísica passou então a estar ligada à vida desregrada de boémia, à hipersexualidade e onanismo, aos vícios como o alcoolismo e comportamentos perigosos. O tuberculoso foi associado ao indivíduo degenerado, pouco firme nas suas resoluções, pouco esclarecido, alheio às responsabilidades sociais e sanitárias³. Os problemas dos doentes, particularmente dos tuberculosos, residiam, por consequência, na sua atitude e comportamentos sociais, no seu estilo de vida, na atenção prestada à higiene.

Nos finais do século XIX, os avanços científicos no campo da medicina e da bacteriologia permitiram redefinir os conceitos etiológicos e patológicos da tuberculose despoletando assim um novo ramo da medicina - a tisiologia - e com ela a ciência médica passou a estudar e analisar o tema que a literatura teve o mérito de descobrir e ampliar, ou seja, o psiquismo dos tuberculosos.

¹ Cf. PÔRTO, Ângela – “Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito”. *Revista de Saúde Pública* Vol.41, n.º 1 (2007) pp. 43-49. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>>.

² FILHO, Cláudio Bertolli - *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, p. 46.

³ Cf. BOMBARDA, Miguel – “A degenerescência moral do povo português como factor da expressão da tuberculose”. *A Medicina Contemporânea* (2.ª Série), Vol. 7, n.º 17 (1904), p. 130.

Os médicos acreditavam que as doenças somáticas como a tuberculose produziam efeitos fisiopatológicos ao nível do metabolismo geral, do equilíbrio endócrino, do sistema neurovegetativo e do cérebro, que tinham repercussões nos estados psíquicos. Deste modo, as toxinas, a febre, a dieta alimentar, a cessação da actividade social, o sofrimento físico, as práticas terapêuticas e o “clima psicológico” em que o doente vivia durante a doença contribuíam para as alterações da psique. A maior parte dos fisiologistas e psiquiatras admitiam portanto a existência de perturbações na vida psíquica dos tuberculosos.

Não se pode dizer que em Portugal o estudo do psiquismo dos tuberculosos foi tema muito estudado embora existam alguns trabalhos nacionais com valor sobre o assunto¹.

Ladislau Patrício escrevendo sobre a “alma” dos tuberculosos considerava três sintomas anímicos capitais comuns à maior parte dos tuberculosos: o egoísmo, o erotismo e o optimismo. O egoísmo, próprio dos seres frágeis, manifestava-se das mais diferentes formas, desde o espalhar da infecção, por encobrir a doença ou pelo costume de escarrar no chão e nas paredes impregnando-os de bacilos, ou ainda arruinando a família pelos caprichos, pelas imposições exageradas, pelas consultas inúteis. O erotismo, muito apregoado pela literatura, era uma característica atribuída a diversas causas como a toxemia, provocada pelo BK, ou a febre. Podia estar igualmente relacionado com a sensação de fim de vida, o que estimulava o doente à procura dos prazeres carnis. A terceira característica psicológica dos tuberculosos era um optimismo falaz gerado pela sensação de ilusão de melhorias e de cura, intercalado com outros momentos de desgosto e de desilusão. Na origem dos problemas estaria uma catadupa de factores psicológicos e sociais. Os desgostos, as ruínas, as lutas, as decepções, o sentimento de humilhação e marginalização social, a par do isolamento e recolhimento, semelhante aos eremitas e monges contemplativos, tinham no entanto um efeito de catarse, banindo as hipocrisias e conveniências sociais do mundo exterior.

Consideramos que um dos melhores e mais completos trabalhos para este tema em particular, pela sua análise e descrição sistemática, é a tese de doutoramento de Henrique Gregório Pereira, intitulada «A vida psíquica dos tuberculosos». Baseado na

¹ Vide a este propósito disto PATRÍCIO, Ladislau – “A alma do tuberculoso”. Clínica, Higiene e Hidrologia, Vol.3, n.º 1 (1937), pp. 15-18; NEVES, Cassiano – “A vida interior dos tuberculosos”. Tuberculose: Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos (5.ª série). Vol. 2, n.º 1 (1940), pp. 8-19; e PEREIRA, Henrique Gregório – A vida psíquica dos tuberculosos. Lisboa: [s.n.], 1946. Tese de Doutoramento.

análise de cerca de 150 tuberculosos da estância sanatorial do Caramulo constitui um estudo marcante do ponto de vista fisiológico e psiquiátrico. Nele, o autor faz uma explanação psicopatológica do psiquismo dos tuberculosos como também uma análise das formas nosológicas mais frequentes, suas causas e tratamento.

De acordo com o estudo psíquico, estes doentes revelavam alterações ao nível da sua vida instintiva e afectiva. O tuberculoso quando via confirmado o diagnóstico despertava os seus instintos de conservação da saúde com repercussões ao nível alimentar, sexual e de medo da morte. Ao nível alimentar o tuberculoso despertava uma bulimia psíquica com o objectivo de vencer a anorexia, que lhe era frequentemente característica, quase sempre por meio da superalimentação. A questão da libido dos tuberculosos, associada a um instinto genésico voraz, foi muito exagerada pela literatura sendo a verdade distinta da ficção. Se é verdade que existia uma forte propensão para a vivência plena da sexualidade pelos doentes deve dizer-se que a maioria dos pulmotuberculosos se enquadrava nas faixas etária dos 18 aos 40 anos, por sinal o período de maior actividade sexual. Quanto à homossexualidade era rara e os poucos casos reportados são sobretudo de mulheres, tal como existiam relatos duma tendência especial para as raparigas solteiras e virgens, com tuberculosas irremediavelmente progressivas, se lançarem na busca de experiências sexuais “como quem se não quer despedir da vida sem gozar (...) as suas mais intensas vibrações”¹. O instinto de conservação da saúde e o medo da morte resultava em muitos casos de alterações psíquicas, vivendo o doente na iminência de diagnósticos terríveis e na vigilância constante do comportamento da sua fisiologia. Em regra os tuberculosos sanatorizados eram obcecados e extremamente curiosos acerca dos assuntos patológicos e terapêuticos da sua doença.

A tuberculização perturbava analogamente a vida afectiva e intelectual, não no sentido de existirem manifestações próprias da tuberculose nestes campos, mas porque a doença fazia sobressair muitas alterações. O conhecimento do diagnóstico positivo trazia consigo o trauma psicológico, a tristeza e a revolta, que lentamente se transformavam em resignação ou esperança de cura. Nos casos de tuberculose progressiva cada novo sintoma era um abalo, que acarretava ao longo dos anos uma posição de humor azedo, de revolta passiva contra os cânones higieno-terapêuticos ditados pela medicina. Este humor amargo e sombrio modificava os sentimentos do

¹ PEREIRA, Henrique Gregório – A vida psíquica ..., p. 87.

doente, diminuindo as capacidades volitivas, evoluindo para um défice de auto-controlo e uma tendência para a desinibição dos seus impulsos, libertando-lhe as camadas sub-rationais da psique. Do mesmo modo os tuberculosos manifestavam maior dificuldade de concentração, hipotenacidade e diminuição da memória mas por vezes também despoletava um optimismo exagerado conducente a um maior esforço de luta.

A vida psicológica dos tuberculosos não se revestia somente de alterações na vida afectiva e mental, manifestando-se por vezes através de formas nosológicas. Uma dessas formas era a esquizofrenia, salientada pelos psiquiatras pelo avultado número de esquizofrénicos que faleciam devido à tuberculose. Não existindo nenhuma relação particular entre as duas patologias acreditavam que a explicação se devesse às más condições higiénicas dos manicómios que predispunham à tuberculização.

Psicopatias como a neurastenia e psicastenia eram bastante frequentes nos tuberculosos, caracterizando-se especialmente por perturbações como a tristeza e apatia, por indisposições físicas e enfraquecimento mental. O médico reporta ainda casos de histeria e alcoolismo, a maior parte deles etiologicamente antecedentes à tuberculização e sanatorização, continuando estas a manifestarem-se ao longo do internamento.

Os fisiologistas consideravam três causas fundamentais para as psicopatologias dos tuberculosos. Em primeiro lugar, a “heredoconstituição”, isto é, o somatório das disposições resultantes da interacção dos indivíduos com o meio, conglomerando as particularidades hereditárias, germinais, congénitas ou adquiridas. Por outras palavras, quer o genótipo herdado quer a constituição biotipológica representavam um papel etiológico importante no eclodir das alterações psíquicas.

Em segundo lugar encontravam-se os factores tóxico-infecciosos. Após um processo infeccioso local seguia-se por vezes repercussões fisiopatológicas gerais que conglobavam vários órgãos e funções (humorais, circulatórias, metabólicas, endócrinas, etc.) que por sua vez se repercutiam sobre a normalidade das funções psíquicas. Alguns exemplos a este nível são os focos bacilares no tecido nervoso - tuberculomas cerebrais e meníngeos, abscessos e meningites, etc. – que provocavam estados psíquicos do tipo confusional ou esquizofrénico; nos casos de toxemia aguda e subaguda como as tífobaciloses podiam-se produzir estados estuporosos, confusionais ou delirantes; e a toxemia crónica podia resultar em estados excitantes ou depressivos e desvios comportamentais.

Em terceiro lugar encontravam-se os factores psíquicos e ambientais. Segundo Henrique Pereira, os factores psíquicos diziam respeito à forma como o doente encarava e lidava com a doença, sendo típicas as reacções de choque, reacções fatalistas ou de religiosidade, de resignação, de esperança, etc.

Os factores ambientais diziam respeito à sociologia própria dos sanatórios, à forma como era imposto o regime terapêutico, à relação com pessoal médico, à relação com os demais companheiros de infortúnio, com a sensação de isolamento, com as peripécias e mexericos próprios da vida em comunidade.

Ao nível psicoterapêutico não existiam técnicas propriamente específicas para os tuberculosos. Os processos reportados como de maior valia eram a psicoterapia indirecta ou ambiental que se concretizava na organização dum *habitat* específico e controlado por meio de regulamentos, de medidas de organização convivencial e pela instituição duma disciplina rigorosa. Aí o doente aprendia a disciplinar os seus pensamentos e acções, a resistir às seducções e oportunidades de moralidade duvidosa e concentrar-se no seu processo de cura.

Os psiquiatras recorriam por vezes à psicanálise para casos pontuais em que os doentes revelavam complexos afectivos mais ou menos recalcados, fazendo uma “psicanálise carinhosa, suave, habilidosa e prudente”¹ devido à debilidade física e emocional destes doentes.

A ergoterapia, embora contrária ao tradicional regime de repouso absoluto, foi iniciada nos inícios do século XX nos sanatórios franceses e ingleses. Esta consistia no tratamento e reeducação activa dos enfermos pela execução de trabalhos apropriados às suas capacidades funcionais com a finalidade de melhorar o equilíbrio psíquico. Neste sentido o tuberculoso devia ser tido em conta como individuo provido de espírito e personalidade, com necessidades próprias e por isso precisava de manter vivo o sentimento das suas capacidades e da sua utilidade. Trabalhos manuais, trabalhos de jardinagem ou agrícolas eram prescritos para tratar e recuperar psicológica e socialmente os doentes.

CONCLUSÕES

Em suma, as escolas literárias do século XIX vieram despertar o tema do psiquismo dos tuberculosos, se bem que focassem apenas atitudes e comportamentos

¹ PEREIRA, Henrique Gregório – A vida psíquica ..., p. 146.

estereotipados destes doentes. Por outro lado, a estruturação dum novo saber médico nos finais do século XIX, a tisiologia, pegou no tema que a literatura tinha descoberto analisando-o duma forma mais profunda e científica.

Tendo em conta o contexto sanatorial, os tisiologistas estudaram o psiquismo do tuberculoso e as suas alterações, registando mudanças ao nível emocional e intelectual, que por vezes se convertiam em psicotapias com necessidade de acompanhamento e tratamento psiquiátrico.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

BOMBARDA, Miguel – “A degenerescencia moral do povo portuguez como factor da expressão da tuberculose”. *A Medicina Contemporânea* (2.^a Série), Vol. 7, n.º 17 (1904), p. 130.

FILHO, Cláudio Bertolli - *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PATRÍCIO, Ladislau – “A alma do tuberculoso”. *Clínica, Higiene e Hidrologia*, Vol.3, n.º 1 (1937), pp. 15-18.

PEREIRA, Henrique Gregório – *A vida psíquica dos tuberculosos*. Lisboa: [s.n.], 1946. Tese de Doutoramento.

PÔRTO, Ângela – “Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito”. *Revista de Saúde Pública* Vol.41, n.º 1 (2007) pp. 43-49. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>>.

EGAS MONIZ EM LIVRE (RE)EXAME: UMA DÉCADA DEPOIS

MANUEL CORREIA

CEIS20-Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX

Investigador do CEIS20

E-mail:manuel.es.correia@gmail.com

Palavras-chave: Egas Moniz, Psicocirurgia, Psiquiatria, Angiografia, Psicanálise.

INTRODUÇÃO

Num tempo marcado pela vertigem das publicações, em que parece ter-se perdido o hábito de avaliar a consistência do que escrevemos, propomos a revisitação do livro *Egas Moniz em livre exame*, publicado no ano 2000. Trata-se de uma recensão tardia, cerca de uma década depois do seu lançamento, mas tão plena de revelações e de surpresas, contribuições seminais e actuais que fazem dele um marco no domínio dos estudos monizianos, bem como na História e Sociologia da Ciência. Passamos em revista as tendências então vigentes na abordagem biográfica de Egas Moniz e destacamos a separação de águas que a sua publicação operou, tornando-o uma referência incontornável.

DISCUSSÃO

Egas Moniz em livre exame é um livro que uma década depois da sua publicação continua a despertar interesse entre os estudiosos e outros curiosos acerca matérias que trata. Esse interesse decorre, em primeiro lugar, da multiplicidade das abordagens e dos pontos de vista expendidos pelos diferentes autores que contribuíram; da diversidade das matérias abordadas; e da polémica intertextual que se desenha na comparação de alguns dos capítulos. Ao passar em revista as facetas do político, cientista, clínico, pioneiro da psicanálise, homem de cultura, coleccionador de arte, ensaísta e empresário, os autores adiantam elementos novos ou esquecidos que concorrem para a recomposição de uma imagem mais contextualizada, integrada e dinâmica do inventor da Angiografia Cerebral e da Psicocirurgia.

Destinado a “todo o cidadão leitor”, o livro reúne textos da autoria de historiadores, filósofos, neurocientistas, economistas, médicos e engenheiros,

integrando as diferentes dimensões da identidade de Egas Moniz, de acordo com as áreas temáticas respectivas.

Livro virtuoso a vários títulos: Primeiro, porque se constitui em espaço plural de discussão sobre os significados que a figura de Egas Moniz e os temas a ela associados tiveram e têm na nossa cultura. Neste sentido, reconstitui parcialmente as diferentes recepções dos seus trabalhos nos momentos em que foram revelados e mostra-nos o que hoje se pensa acerca dessa recepção. Segundo, porque convida a uma reflexão desembaraçada das inibições impostas pelos cultos exclusivistas do génio, do herói ou do grande homem, desligados da equipa competente e diligente que com ele cooperava, no seio da rede de relações internacionais de onde foi colhendo informação vital e que potenciou a divulgação e replicação das suas invenções. Terceiro, porque nos trouxe, através das diferentes perspectivas apresentadas, as principais questões que continuam a suscitar o nosso interesse e os debates que continuam a interpelar-nos, mesmo depois de superarmos as infantilidades biográficas de saber se Egas Moniz foi bom ou mau.

Os debates que o livro recenseia articulam-se em torno de quatro eixos principais política, psicanálise, psicocirurgia e prémio Nobel , sem prejuízo da abordagem feita a outras facetas, como a da intimidade, iniciativas empresariais, pensamento estético, desempenho académico e crítica literária.

Quanto ao eixo político, discute-se a importância e o alcance do desempenho parlamentar, partidário, diplomático e governamental desta figura histórica, ganhando terreno a tese de que, contrariamente ao até aí propalado, Egas Moniz foi um actor político importante, tendo desempenhado cargos e funções de elevada responsabilidade, sobretudo sob o consulado de Sidónio Pais. Estas reconsiderações marcam uma viragem nítida relativamente à desvalorização dominante que fora feita por via autobiográfica e prolongada nas notas biográficas disponíveis, incluindo entradas em dicionários históricos e enciclopédias. Se bem que vários autores tratem de vários aspectos do desempenho político de Egas Moniz, deve-se ao capítulo assinado por Armando Malheiro da Silva “Egas Moniz e a política. Notas avulsas para uma biografia indiscreta” a abordagem mais completa e inovadora até aí produzida. Contraria a tendência para minimizar a carreira política do líder parlamentar e chefe do Partido

Nacional Republicano e identifica os obstáculos historiográficos colocados pelos seus escritos autobiográficos.

As investigações posteriores, quer de Malheiro da Silva quer de outros autores, vieram confirmar que a intensidade, amplitude e alcance da carreira política de Egas Moniz não se podia compaginar com as fórmulas minimizadoras anteriormente utilizadas.

A Psicanálise concitou sempre o silêncio de uns, a relativização de outros em contraste com a suma valorização que alguns dos fundadores da primeira Sociedade Portuguesa de Psicanálise lhe consagraram desde o início. Confrontando as reflexões de António Pedro Pita com as de Jaime Milheiro, vemos como dois entendimentos diferenciados podem gerar zonas de complementaridade, sobrando, apesar de tudo, duas apreciações diferentes em aberto.

Enquanto António Pedro Pita no seu texto intitulado “Arte, animal domesticado. A questão da arte na obra de Egas Moniz”, detecta os critérios de ordem psiquiátrica na padronização estética que Moniz expressa nos ensaios sobre “Os Pintores da loucura”, atribuindo-lhe uma conceptualização adstrita (mecanicista) da Psicanálise, Jaime Milheiro, no capítulo a que chamou “Contributos de Egas Moniz para a psiquiatria e para a psicanálise”, estima que, tendo em consideração o que então se conhecia da obra de Freud, Egas Moniz deu conta dos principais conceitos disponíveis. Estas duas interpretações, mesmo que admitamos a sua complementaridade, comprovam as vantagens evidentes de ouvir uma mesma canção a várias vozes.

Um outro aspecto gerador de forte controvérsia, (mais à escala internacional do que doméstica) abarca a explicitação teórica e a avaliação dos resultados da Leucotomia pré-frontal, sob o guarda-chuva conceptual da Psicocirurgia. É evidente, no livro, um julgamento que oscila entre o compreensivo e o severo, revelando alguns dados pouco conhecidos acerca das discordâncias fundamentadas acerca da interpretação esperançosa dos primeiros resultados da leucotomia. O confronto de pontos de vista entre neurocientistas trouxe ao livro um valor acrescentado. António Damásio, com o seu capítulo “Egas Moniz, pioneer of Angiography and Leucotomy”, António Rocha Melo, com o seu “Egas Moniz e a neurocirurgia”, e Miguel Castelo Branco, no seu texto que intitulou “O legado de Egas Moniz”, passam em revista praticamente todas as questões

relacionadas com a Leucotomia, contextualizando-as e redescobrimdo os pontos de contacto com algumas das justificações e das sensibilidades do fim do século XX.

Por outro lado, o mesmo António Rocha Melo e Morgado Pereira, (este último no texto denominado “O início da leucotomia em Portugal e a querela entre Egas Moniz e Sobral-Cid”) em capítulos separados, mas subordinados às mesmas temáticas e bases documentais, aproximam-se e complementam-se, focando a *querela* estabelecida entre Egas Moniz e Sobral-Cid a propósito da interpretação dos primeiros resultados da Leucotomia pré-frontal. A tomada de posição de Sobral-Cid e a carta de Moniz a Freeman, ilustram um aspecto do fechamento de Moniz e da abertura de Sobral-Cid que caracterizam elementos de cultura científica em confronto, pelo evitamento da discussão, ou pelo diálogo, frontalidade e valorização ou recusa da controvérsia. Os documentos referidos estavam disponíveis na literatura corrente mas raramente foram tratados nos ensaios biográficos até então publicados.

Associado à questão da Psicocirurgia e da Leucotomia, emerge o debate acerca do Prémio Nobel que Moniz ganhou em 1949 (*ex aequo* com Walter Rudolph Hess). O Prémio foi-lhe atribuído pelo valor terapêutico da leucotomia no tratamento de certas psicoses e a circunstância, ao coroar a carreira científica de Moniz com o maior galardão científico do século XX, potenciou também a replicação e difusão do método, alargando e intensificando a controvérsia que perdurou até aos dias de hoje.

Tendo inventado precedentemente uma técnica de diagnóstico cujo impacto foi decisivo para o desenvolvimento da imagiologia médica, a Angiografia, Moniz conseguiu com ela um reconhecimento de uma amplitude enorme, incluindo o Prémio da Universidade de Oslo que lhe foi descerrado em 1945. Porém, por razões então quase inteiramente desconhecidas, o Comité Nobel do Instituto Karolinska sempre lhe negou o Prémio com fundamento nessa invenção.

Para além destes eixos do debate que consideramos principal, o livro alojou ainda capítulos cujo carácter informativo ou especulativo não desmerece uma leitura atenta. É o caso do testemunho de um dos sobrinhos netos de Egas Moniz, António Macieira Coelho, que rememora o biografado nos espaços privados da intimidade familiar “Vivências na intimidade de Egas Moniz”. Num outro capítulo, “Quando da etherea gávea hum marinheiro”, José Cunha Oliveira e Aliete Pedrosa partem do *ex*

libris de Egas Moniz em direcção a matérias mais enigmáticas, tentando decodificar os seus significados na ciência, na clínica e na política. Examinam com algum detalhe as flutuações de discurso dos colaboradores mais próximos de Egas Moniz (António Flores e Barahona Fernandes, p. ex.), isolando contradições e questionando a consistência de alguns pareceres.

Apesar de à data da edição do livro não ser possível ainda consultar os arquivos da Fundação Nobel, são adiantadas observações com interesse acerca da ligação possível entre a realização do 1º Congresso Internacional de Psicocirurgia em Lisboa (1948) e a estratégia ganhadora de Moniz visando a obtenção do Prémio Nobel no ano subsequente. Nesse sentido, são avançadas hipóteses explicativas em relação ao papel decisivo da delegação brasileira, designadamente na aprovação por aclamação da moção que recomendou (apesar do seu carácter anti-regulamentar) Moniz para o Nobel. O episódio é sem dúvida peculiar. O seu carácter de lobby e o papel eventualmente desempenhado pela própria esposa de Egas Moniz, D. Elvira Macedo, brasileira de nascimento, é graciosamente adiantado por estes autores.

A institucionalização do Centro de Estudos Egas Moniz (Alexandre Castro Caldas); a vida do aluno e, mais tarde, professor da Universidade de Coimbra (A. Tavares de Sousa); a padronização do pensamento científico-estético (António Pedro Pita); o coleccionador de obras de arte (Rosa Maria Rodrigues); e o “Direito biomédico e investigação clínica” (Guilherme F. Falcão de Oliveira) que apesar de não se reportar directamente às invenções de Egas Moniz, introduz várias reflexões focadas sobre investigação clínica e ensaios em seres humanos, como que colmatando uma lacuna pressentida.

Finalmente dois textos que surpreendentemente nada têm a ver directamente com Egas Moniz e as problemáticas associadas. “Cultura científica e cultura de massas: novas freguesias e novos rituais”(António Lafuente e Tiago Saraiva); e “Psicanálise e Cinema. É na penumbra que os fantasmas florescem” (Carlos Amaral Dias). Sugestivamente, esta, como qualquer outra grande obra, encerra sempre alguns mistérios...

CONCLUSÕES

As obras acerca de Egas Moniz e problemáticas correlativas, publicadas na primeira década deste século, retomaram (eu diria quase obrigatoriamente) algumas das linhas de discussão que Egas Moniz em livre exame trouxe à colação. Não se apresentando como uma biografia, acaba por produzir um importantíssimo conjunto de biografias temáticas e ensaios correlacionados de grande utilidade para as investigações que cruzam estas áreas de estudo.

As ressonâncias luteranas do título escolhido vêm a propósito. De certo modo, este livro sulcou uma extensa bibliografia, interessante e informativa, sem dúvida, mas dominada pelas limitações reverenciais e celebrativas. As críticas, as dúvidas e as interrogações pareciam ter sido banidas, em grande parte, da análise histórica e da tessitura biográfica.

O “livre exame” veio recordar-nos que se a Bíblia pode ser lida por olhares e entendimentos diferentes dos do Papa, os graus de liberdade de que dispomos só devem admitir os limites requeridos pela competência hermenêutica e honestidade intelectual.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João Rui *Egas Moniz em livre exame*. Coimbra: Minerva-Coimbra, 2000. ISBN: 972-8318-96-0 (Publicado em 01-01-2000).

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos autores e organizadores da obra recenseada, Ana Leonor Pereira e João Rui Pita, esta e outras contribuições fundamentais para a História e Sociologia da Ciência. Os seus trabalhos foram-me particularmente úteis nos estudos que desenvolvi.

DEBATES ENTRE JÚLIO DE MATOS E RAPHAEL GARÓFALO: POSTULADOS DA ESCOLA POSITIVA FACE À QUESTÃO DA LOUCURA MORAL

ANA INÊS CRUZ

Doutoranda FLUC/Investigadora do CEIS20 – Centro de Estudos
Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra

E-mail: inespacruz77@gmail.com

Palavras-chave: Júlio de Matos; Garófalo; criminologia; doença mental;
loucura moral.

INTRODUÇÃO

Tendo por base o prefácio monumental da tradução que Júlio de Matos fez, em 1893, à obra máxima de Garófalo, *Criminologia*, esta comunicação pretende expor as ideias concordantes entre o Psiquiatra e o Jurista, no sentido de nelas explorar também o seu ponto de dissensão: “a loucura moral”. Garófalo refere-a como uma anomalia não patológica, sustentando a doença mental como um estado anormal do indivíduo, enquanto membro da espécie humana e não como parte que integra um determinado contexto sócio-temporal. O Médico contrapõe, em defesa do seu conceito de doença mental, absolutamente inseparável da concepção de sociedade, raça e tempo.

DISCUSSÃO

O século XIX marcou o início do positivismo científico na área da criminologia com a inauguração da Escola Positiva Italiana em 1876, mediante a publicação de *L'Uomo Delinquente*, de Cesare Lombroso, reagindo contra os fracassos da escola clássica no tratamento do problema criminal.

A Escola Positiva surge, deste modo, num ambiente de crise, como alternativa da explicação das causas do crime, deslocando a investigação criminal para o próprio delinquente e propondo-se a tratar o crime com base nos métodos e instrumentos utilizados pelas ciências ditas *objectivas*.

Os fundamentos desta Escola baseiam-se no postulado determinista do comportamento e na rejeição do livre arbítrio de raiz metafísica.

Para além de Lombroso, que se deteve na questão antropológica, destacaram-se igualmente dois dos seus discípulos: Enrico Ferri, que realçou na sua investigação

criminal os elementos sociológicos, e Raphael Garófalo, que sublinha o elemento psicológico para a explicação do crime

Em 1885, Garófalo publica a sua *Criminologia*, obra que Júlio de Matos, o mais lídimo representante da Escola Criminal Italiana em Portugal, nos presenteou em 1893 com a *tradução portuguesa*.

Postulados da Escola Criminal Positiva: ideologia partilhada

No riquíssimo prefácio de dezanove páginas da tradução que fez à obra de Garófalo, Júlio de Matos adere incondicionalmente aos postulados da Escola Positiva, reflectindo sobre o papel da medicina no estudo dos delinquentes, que, ao ser uma ciência positiva, os estudou, isolou, atentou nas suas práticas e comportamentos, classificou-os, verificou quais os ambientes que lhes são favoráveis ou nefastos e, com estes conhecimentos, iniciou um duro combate de profilaxia e terapêutica.¹

É sobretudo brilhante no ataque à doutrina clássica do livre arbítrio, afirmando que o clássico direito penal não estudou os delinquentes, não os categorizou e julgou-os semelhantes a todos os outros homens, acreditando que eram livres nos seus actos e que eram responsáveis por eles. Daí resultaria toda a ineficácia da repressão, o aumento da criminalidade e a própria reincidência do acto criminoso. Refere mesmo que o Direito Penal está cheio de contradições, sendo uma delas a fixação de penas legais máximas para os crimes que mais alarmam a opinião pública, quando, regra geral, são praticados por indivíduos cujas circunstâncias genéticas ou ambientais atenuam consideravelmente a responsabilidade.²

Júlio de Matos indica que esta contradição se nota de forma mais incisiva quando a lei ordena a colocação dos alienados criminosos num manicómio, na medida em que, sendo a loucura considerada uma causa que retira a culpabilidade da responsabilidade criminal, “em face da lógica subsiste a antinomia já notada, por isso que, ou se trate de um asylo ou de um cárcere, a perda de liberdade, legalmente imposta em virtude de um acto offensivo, é sempre uma pena, que o irresponsavel não deveria soffrer.”³

Outra das contradições do Clássico Direito Penal que o Psiquiatra ressalta remete à questão de que é incompreensível o facto de se estabelecer, em quase todos os códigos penais inspirados pela Escola Correccionalista, o momento exacto em que o delinquente

¹ MATOS, Júlio de – “Prefácio”. In GARÓFALO, R., *Criminologia*. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 3ª Ed., 1916. p. 6.

² *Idem, ibidem*, p. 9.

³ *Idem, ibidem*, p. 9.

estará curado moralmente, ao cumprir a pena estipulada. Metaforizando a pena no agente terapêutico para a cura moral, Júlio de Matos argumenta que “a acção do medicamento varia com a individualidade do doente”¹.

Na última grande investida que faz à crítica da Escola Clássica, o Médico expõe ironicamente aquela que considera ser a maior de todas as contradições da mesma. Com efeito, a concessão de atenuantes ou agravantes à responsabilidade individual, aceite pelo Direito Penal Clássico, pressupõe que “esta qualidade é susceptível de mais ou de menos e comporta uma certa medida (...); mas como, se ella se faz derivar e depender do livre arbítrio, isto é, de um modo de ser psychico incondicionado, indeterminado e imprevisível?”²

Neste contexto, Júlio de Matos, concordando inteiramente com as ideias de Garófalo e com os postulados da Escola Positiva, afirma que “a responsabilidade, pois, longe de suppôr o livre arbítrio, oppõe-se a elle e implica a idéa do determinismo”³. Fortemente defensor da ideologia determinista, o Psiquiatra sublinhava a necessidade e a variabilidade da acção humana como fundamentos dessa concepção, imposta pela experiência.⁴

Evidenciando o prazer que sentiu na tradução da obra de Garófalo, Júlio de Matos enaltece vivamente a Escola Criminal Italiana e o facto de esta estudar o delicto e a repressão penal de uma perspectiva naturalista, baseada na experimentação e no rigor científico, tendo como intuito máximo a protecção da sociedade através da profilaxia do crime e da sua repressão.⁵ Realça, contudo, que a obra *Criminologia* se baseia exclusivamente na repressão do delicto, desviando-se, portanto, da prevenção criminal, pelo que se trata de um estudo dos agentes criminosos e não das causas criminógenas.

Contrariamente ao postulado máximo das Escolas Socialistas, Garófalo peleja que as características do ambiente físico ou social não são de todo as principais responsáveis pela criminalidade, mas antes a constituição orgânica e genética do delinquente, na medida em que, muitas vezes, não é possível invocar nenhuma causa externa ou social para explicar um delicto, e que, mesmo quando existem causas exógenas para tal acto,

¹ *Idem, ibidem*, p. 9.

² *Idem, ibidem*, p. 9.

³ *Idem, ibidem*, p. 10.

⁴ *Idem, ibidem*, p. 11

⁵ *Idem, ibidem*, p. 15

este não pode explicar-se sem a intervenção do factor individual e psíquico do delinquente, responsável por transformar em motivos essas causas de acção.¹

Sustentando a doutrina de Garófalo de forma incondicional neste ponto, Júlio de Matos, relaciona-o com outro, que considera ainda mais importante para a sagacidade colectiva, ou seja, o facto de a responsabilidade do delinquente não ser o que importa conhecer, mas sim a temibilidade do agente, no sentido em que, sustentam ambos os autores, não se trata de castigar o ofensor, mas de amparar a sociedade ofendida.²

Nesta linha, Júlio de Matos reflecte, pois, na importância da utilização dos postulados da Escola Positiva nos meios académicos, para que estes saiam da esfera teórica e especulativa e se façam sentir praticamente nos códigos penais e nas aplicações forenses.

Loucura Moral: a questão da controvérsia

As últimas páginas do Prefácio da obra *Criminologia* são reservadas à discussão do ponto de discórdia entre Júlio de Matos e Raphael Garófalo: a loucura moral.

Garofalo defendia que a loucura moral deveria ser riscada do quadro nosográfico das alienações mentais, sustentando que a ausência de senso ético da sua característica, não é uma doença, mas uma anomalia. Assim esclarece: “a anomalia exclusivamente moral, caracterizada pela perversidade ou ausencia de sentimentos *altruístas*, não pode verdadeira e propriamente chamar-se enfermidade”³.

Mais sustenta que a concepção de doença implica um estado anormal do indivíduo, considerado como membro da espécie humana e não como parte integrante de uma determinada sociedade ou época. Na linha de pensamento do Jurista “o significado da palavra *doença* se referiu sempre ao typo humano, independentemente das variações da raça. (...) A diminuta sensibilidade, a imprevidencia, a volubilidade, a lascivia extrema e a crueldade são anormaes nas raças superiores, communs nas *inferiores*; não constituem desvios do typo humano, mas do typo *aperfeiçoado* que os povos cultos representam”⁴.

Deste modo, no entender de Garófalo, a afasia e a epilepsia são doenças, visto nunca ter existido um período afásico ou epiléptico normal na humanidade. Contrariamente, a ausência de altruísmo não representa uma patologia, clarificando:

¹ *Idem, ibidem*, p. 16

² *Idem, ibidem*, p. 17

³ GARÓFALO, R., *Criminologia*. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 3ª Ed., 1916. p.105.

⁴ *Idem, ibidem*, p. 127.

“tempo houve em que a humanidade inteira foi egoísta, e raças há que ainda hoje o são”¹.

Com efeito, para Raphael Garófalo, a ideia de doença implica uma perversão de funções essenciais à constituição do indivíduo como representante da espécie humana e a anomalia, apenas representa um desvio do mesmo relativamente ao seu tempo e à sua raça. Nesta perspectiva, o chamado louco moral, é, portanto, um ser anómalo, embora não doente, apenas desenquadrado com a sociedade da sua época e não com a natureza humana.²

É neste contexto que Garófalo exprime, em última instância, que “não deve fallar-se de loucura moral”³, descrevendo uma observação que afirma estabelecer de forma definitiva a diferença entre o louco e o anómalo moral ou delinquente instintivo: “no primeiro [caso] o delicto é determinado por uma excitação interna, não provocada pelos estímulos do meio ambiente, o que faz dizer que «ele não é motivado»; no segundo, o delicto é provocado pelos mesmos impulsos que sollicitam o homem normal e que nos delinquentes não encontram a combatel-os a resistência do senso moral ausente”⁴.

Quanto a Júlio de Matos, assume no prefácio da obra citada, o contraditório da perspectiva do Jurista, na medida em que Garófalo parte do pressuposto de que a loucura moral se caracteriza exclusivamente pela falta de senso ético, o que não é correcto para o Psiquiatra, visto que, tal como haviam demonstrado Krafft-Ebing e Maudsley, a ausência de senso moral, implica outros sintomas de foro intelectual bastante evidentes para passarem despercebidos.

Por outro lado, Júlio de Matos reforça que “a idéa de doença, desde que se trata de funções mentaes, é absolutamente inseparavel da comsideração de raça e de tempo, contrariamente ao que pensa o escriptor italiano. Assim, as idéas reputadas delirantes, n'uma dada epocha e n'uma dada sociedade, foram normais em outras epochas e sociedades. Exemplo: certas idéas religiosas e a crença no poder sobrenatural das coisas. Será necessário lembrar que a humanidade inteira foi fetichista e foi theologica?”⁵.

Garófalo argumenta ainda, em defesa da sua tese, que a doença mental altera o carácter do indivíduo, criando um novo *eu*, que se instala como um parasita. Júlio de

¹ *Idem, ibidem*, p. 21.

² *Idem, ibidem*, p. 21.

³ *Idem, ibidem*, p. 129.

⁴ *Idem, ibidem*, p. 129.

⁵ MATOS, Júlio de, “Prefácio”, *op. cit.*, p. 22.

Matos refuta uma vez mais, afirmando que tal sucede em muitos casos, porém não são raras as situações em que “a doença não é senão uma lenta e insensível hypertrophia do character preexistente. Isto se observa nas paranoias originarias, por exemplo”¹.

CONCLUSÃO

A questão da loucura moral levantou controvérsia entre muitos autores e materializa-se no *debate* entre Júlio de Matos e Garófalo presente nas últimas páginas do prefácio de *Criminologia*. A questão fundamental da discórdia entre ambos é a visão da loucura moral como doença, por parte do Psiquiatra, e como anomalia, por parte do Jurista.

A este propósito, o Médico conclui silogisticamente que se a loucura moral fosse retirada do quadro das alienações mentais, todas as degenerescências psíquicas teriam que ser igualmente rejeitadas, limitando a psiquiatria ao estudo das psiconeuroses, pelo que inúmeros alienados teriam que ser considerados não doentes.²

FONTES E BIBLIOGRAFIA

GARÓFALO, Raphael., *Criminologia: estudo sobre o delito e a repressão penal*. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 3ª Ed., 1916.

MALDONADO, Mário Artur da Silva – “*Alguns Aspectos da História da Criminologia Em Portugal*”. Separata do Boletim da Administração Penitenciária e dos Institutos de Criminologia, nº22 (1968) p.17-141.

MATOS, Júlio de, *Manual de doenças mentais*. Porto: Livraria Cultural de Campos & Godinho Editores, 1884.

MATOS, Júlio de – Prefácio. In GARÓFALO, Raphael., *Criminologia: estudo sobre o delito e a repressão penal*. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 3ª Ed., 1916.

MAUDSLEY, H., *The Pathology of Mind: a Study of its Distempers, Deformities and Disorders*. Londres: Julian Friedmann Publishers, 1979.

¹ *Idem, ibidem*, p. 23.

² *Idem, ibidem*, p. 23.

AS FUNDAÇÕES DA CLÍNICA NO TRATADO MÉDICO-FILOSÓFICO SOBRE A ALIENAÇÃO MENTAL DE PINEL

MANUEL SILVÉRIO MARQUES

Centro de Filosofia, UL

Médico

E-mail:m.marques46 gmail.com

Palavras-chave:Pinel, Alienação, Tratamento Moral, Fundações

INTRODUÇÃO

Este estudo centra-se na questão do “tratamento moral de Pinel” e do seu papel na genealogia e evolução da psiquiatria. Salvo em raras historiografias, como as de Crombie e Foucault, as narrativas convencionais da “Revolução Científica” *eram* cegas à vida, à corporalidade, à Medicina, às Espiritualidades. O A. relembra aspectos da história do corpo e da acédia, do vitalismo e do mecanicismo, e os seus cruzamentos na história da medicina do homem perturbado. A estrutura da argumentação acolhe-se na oposição fundação/fundamento segundo Fernando Gil e chega, assim, à paradoxal e inevitável anonimato e difusão do sujeito na ciência actual.

DISCUSSÃO

Articulando a discussão em trono de grandes referenciais epistémicos e “ontológicos” da medicina, a saber *herba/verba* e *venatio/vexatio*, serão feitas duas perguntas: como surgiu o “tratamento moral de Pinel” (expressão simplificadora, mas simples que será adoptada por conveniência)?; como evoluiu? A oposição oitocentista físico/moral determina o conceito de tratamento moral; moral significaria relativo às paixões. O emocional, afectivo, sentimental, passional é o avesso da “cura pela palavra” (*verba*); e resulta da vitória da simetria, da capacidade de influenciar, da “mimese e negação” nos encontros e desencontros humanos (como pretendem Gauchet e Swain)? Os poucos argumentos aqui esquematicamente aduzidos, por serem pregnantes e omitidos, são oriundos de histórias do corpo e da representação corpo, de médicos e de cenobitas, do mecanicismo e do vitalismo, da melancolia e da acédia – qual a sua repercussão nas *formas históricas* de “convívio” com o homem perturbado? Chega-se assim à “história da loucura”. É bem conhecida a opinião de Michel Foucault sobre a obra de Pinel; mas a sua arqueologia parece resvalar, insidiosamente, para velhas e

requeitadas teorias da psiquiatria como a de Heinroth: a loucura é perda da liberdade moral, é privação da capacidade de auto-determinação, de agenciamento (*agency*). E Pigeaud, Gauchet, Swain, estudando Pinel e Esquirol, têm proposto outras questões elementares que deviam ter sido debatidas, como por exemplo a *imagem* do homem visceral (ou interior ou *duplex*, de Sydenham ou Cabanis) ou a teoria quimérica da “instituição-terapia”; muitas outras deveriam ser convocadas, como o postulado da organicidade, a loucura como doença da atenção ou a doutrina da *krisis*. Em questão estará, mais geralmente, a passagem da mecanicização do corpo e do mundo a modelos culturais terapêuticos (“bio-psico-sociais”), passagem que Stephen Grokrover em síntese recente e fecunda, associa ao nascimento de uma nova *sensibilidade* nas Luzes. Para terminar contrasta-se, do ponto de vista fundacional, a teoria de Pinel com a de Kraepelin: ficará à vista o não-lugar do sujeito e a responsabilidades das ciências, isto é, das hermenêuticas evacuadoras do sentido, do indivíduo e do nome.

CONCLUSÕES

Imprevisivelmente, os poderes panópticos e os novos saberes das ciências geraram, por volta de 1900, três propostas divergentes e três disciplinas heterogêneas sobre a medicina da alienação mental, a saber: a psiquiatria biológica (Kraepelin), a fenomenológica (Jaspers) e a psicanalítica (Freud). Partiram de uma mesma crença: que ambientes hospitalares massificados podem harmonizar no doente, quase miraculosamente, consolação e reparação, intimidade e *anonimato*. E resgatar a sua “alma”, alcançar a cura. Porém, ver-se-á, a comparação das fundações da psiquiatria Pineliana com as fundações Kraepelianas, anuncia a transformação da sensibilidade iluminista numa nova hermenêutica que irá evacuar o sujeito.

NOTAS

Marques, MS: “Minando as Fundações: três utopias reguladoras da Medicina”, in AAVV: *A Razão Apaixonada, Homenagem a Fernando Gil*, Lisboa, IN/CM, 2008, pp. 375-417;

Marques, MS: “A febre, a fibra e o espasmo”. In AAVV *Arte Médica e Imagem do Corpo. De Hipócrates ao final do Séc. XVIII*, BNP, Lisboa, 2010, pp. 137-157;

Lessa, Renato, Marques, MS, Lobo Antunes, J.. *Paroles: F. Gil, “L’Hôpital et la loi morale” Rue Descartes*, Philosophie au Portugal (dir. Maria Filomena Molder), 2010, Paris, pp. 77-102

Marques, MS: “O carvalho, o mato e a floresta. Das fundações da clínica no *Traité Médico-Philosophique sur l’ Alienation Mentale* de Pinel, de 1809” in *Philippe Pinel, Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental de Pinel*, Colibri, 2011, pp. 23-45)

FONTES E BIBLIOGRAFIA

FORTHOMME, B: *De l’Acédie monastique à l’Anxio-dépression. Histoire philosophique de la transformation d’un vice en Pathologie*. France, Sanofi-Synhélabo, 2000

FOUCAULT, M: *Histoire de la Folie à l’Age Classique*. France, Gallimard, 1972/2007

GAUCHET, M, SWAIN, G: *La Pratique de l’Ésprit Humain*, France, Gallimard, 2007.

GAUKROGER, S: *The Collapse of Mechanism and the Rise of Sensibility*, Oxford, Oxford University Press, 2010

PINEL, PH: *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental de Pinel*, Lisboa, Colibri, 2011

A SAÚDE MENTAL À LUZ DA REVISTA “NATURA” (1942-1991)

SARA REPOLHO

Investigadora do CEIS20

Bolseira de Doutoramento da FCT-FFUC

E-mail:sara.repolho@sapo.pt

Palavras-chave: saúde mental, medicina natural, medicina alopática, terapias medicamentosas, métodos naturais

INTRODUÇÃO

Pretendemos, com este trabalho, analisar de que forma é entendida a saúde mental na revista “Natura”, publicação que se insere no movimento naturista, pugnando pelo reconhecimento da eficácia da medicina natural. Assim, e ao longo dos cinquenta anos de existência desta publicação, temos por objectivos compreender qual a relevância atribuída às questões de saúde mental, quais os problemas específicos apresentados e a sua etiologia, que métodos são aconselhados para a resolução desses problemas. Pretendemos ainda analisar as posições da “Natura” face à medicina alopática, no que concerne às explicações etiológicas e aos métodos utilizados, nomeadamente as terapias medicamentosas.

DISCUSSÃO

Analisando a revista *Natura*, ao longo dos seus cinquenta anos de publicação, entre os anos de 1942 e 1991, percebemos que a forma de encarar as questões relativas aos transtornos psíquicos não assume diferenças consideravelmente significativas, no que concerne à etiologia e ao tratamento, em relação a patologias físicas.

O naturismo preconiza uma higiene física e mental e pode ser em entendido, de acordo com a própria *Natura*, como “uma doutrina social que, fundamentada na saúde ético-psico-física da humanidade aspira à redenção dos povos pelas leis da natureza.” Partindo do pressuposto de que o homem vive distanciado das leis da Natureza e de que é essa a causa primeira de qualquer perturbação (não só a nível individual, mas a nível da humanidade colectivamente), o objectivo do Movimento Naturista Português, de que a *Natura* foi, durante algum tempo, porta-voz oficial, é o de educar os indivíduos para que vivam da forma mais natural possível. Trata-se de uma filosofia de vida que valoriza o contacto directo com a natureza. Desta são retirados elementos essenciais que

serão utilizados na Medicina Naturopática, como sejam o sol, a água, o mar, o ar, a terra... Outro aspecto importantíssimo é a questão da alimentação, em que deverá ser radicalmente eliminada a carne. Ainda que haja defensores do consumo exclusivo de determinados alimentos (por exemplo, frutos), pode considerar-se que o regime defendido é o ovo-lacto-vegetariano. A Medicina Naturopática segue uma terapêutica “trofo-físio-psíquica” para o restabelecimento dos problemas de saúde. Nesta tríade estão, assim, presentes: um regime alimentar correcto (e individualizado, atendendo às características do cada indivíduo), o recurso a agentes físicos e naturais (helioterapia, hidroterapia, fitoterapia, massagem, banhos de ar, exercício físico, repouso e movimento...) e a utilização de técnicas na área da Psicoterapia. Note-se que a noção de Psicoterapia está muito impregnada de elementos como o magnetismo (amplamente divulgado na Natura), a radiestesia, a sugestão, a auto-sugestão e a hipnose. Devido à preponderância da ideia de magnetismo e às suas possibilidades de cura, o método utilizado na Naturopatia chega a ser referido (principalmente pelo Dr. Indíveri Colucci) como magneto-trofo-fisioterápico.

Os medicamentos, recurso característico da Medicina Alopática como tratamento sintomático, são considerados ineficazes no combate à doença e, na maioria das vezes, prejudiciais ao organismo. A Naturopatia defende, não o combate ao sintoma, mas uma compreensão do indivíduo no seu todo e um restabelecimento do equilíbrio geral, pelo que considera absolutamente falível a Alopatia.

Uma vez definidos os fundamentos de base desta Medicina Naturopática, focaremos, de forma mais específica, as perturbações que se enquadram no foro da saúde mental. O alcoolismo é um tema que atravessa toda a Natura, ao longo dos seus muitos anos de publicação (e com diferentes direcções). Para além dos efeitos nefastos a nível físico e psicológico, a Natura analisa o problema do alcoolismo num contexto familiar, cultural e social. Também os estupefacientes serão alvo de análise nos diversos contextos que atravessam. Outro tema transversal é o dos transtornos do sono, indicando-se as suas consequências, as possíveis causas, sugestões de tratamento e explicação do mecanismo do sono. Diversos distúrbios são também referidos, surgindo noções várias como as doenças mentais, a neurastenia (entendida como a falta de energia vital), a neurose, a neurose de angústia, a neurose da maternidade, as enfermidades / doenças / afecções nervosas, os distúrbios emocionais, os transtornos neuro-psíquicos, as psico-neuroses, a tensão nervosa, a irritabilidade, as doenças dos nervos, a ansiedade, a depressão nervosa / mental, o esgotamento, as alucinações, a

esquizofrenia, a delinquência, o tique nervoso, o complexo de inferioridade, a angústia, a debilidade mental, os sintomas exagerados, o medo, as fobias, a fadiga escolar... Também a problemática do suicídio é abordada.

Ainda que haja alguns aspectos particulares que se possam delinear relativamente à intervenção em patologias específicas, realça-se essencialmente o método terapêutico global da Naturopatia, assente numa tripla base, e já indicada anteriormente – trofo – físico - psíquico. Deste modo, e de uma forma geral, o tratamento assenta numa mudança de regime alimentar habitual. Este aspecto é crucial, uma vez que o consumo de carnes, dentro da perspectiva naturista, vai envenenando o indivíduo, provocando doenças várias (inclusive a debilidade mental e a esquizofrenia) e suscitando comportamentos agressivos e coléricos, que estarão na origem da delinquência e de crimes (os criminosos, neste sentido, são entendidos como doentes). Para além da alteração da alimentação, são indicadas terapias e técnicas naturais, dentro das quais se contam os banhos de água quente, a massagem, o exercício físico, caminhadas ou passeios curtos, o repouso, exercícios de respiração, a fitoterapia... A Psicoterapia entra em jogo, essencialmente com base na convicção de que a mente exerce controlo sobre o corpo e de que, alterando focos de pensamento e estimulando a força de vontade, o indivíduo consegue curar-se. São também referidas técnicas específicas, nomeadamente o relaxamento progressivo e as sugestões nocturnas (utilizadas principalmente para que se consiga mudança de hábitos nas crianças).

A utilização de medicamentos, principalmente dos psicotrópicos, é considerada contraproducente, surgindo diversos textos em que são referidos os efeitos nefastos de tais produtos (esta indicação é muitas vezes expressa logo no próprio título do artigo). São-lhes atribuídos estados depressivos, reacções alérgicas, incapacidade de julgamento e raciocínio, alterações irreversíveis na pigmentação da pele, incapacidade de se movimentar... O caso mais grave - e amplamente aproveitado para criticar a Medicina Alopática e os medicamentos em geral – recai sobre a Talidomida e as consequências dramáticas que o seu consumo provocou, sendo este medicamento referido em diversos textos como a ‘droga que gerou monstros’. A partir desta questão, levanta-se o debate relativamente à prática da eutanásia e à responsabilidade médica e da indústria farmacêutica.

A Naturopatia entende que a forma de viver desregrada, a alimentação incorrecta (principalmente devido à ingestão de carne) e o consumo de medicamentos - entendidos como tóxicos - vão criar debilidades a nível físico, psicológico e moral, levando à

degenerescência dos indivíduos e da ‘raça’ (esta expressão é frequentemente utilizada). É notório, nos artigos da *Natura*, o tom de combate contra a forma de vida actual e contra a medicina convencional que são entendidas, em si mesmas, como etiologia dos problemas humanos.

Em torno da Psicologia, surgem outras temáticas, nomeadamente a questão das constituições e tipos humanos e a possibilidade de se obterem ‘indícios da natureza ou estado mental’ dos indivíduos, observando a posição em que estes dormem ou a posição em que as mulheres costumam habitualmente colocar os pés (ainda que carecendo de fundamentação, este tipo de métodos foi - e ainda é - utilizado em certas correntes de Psicologia). São ainda indicadas formas de aumentar a capacidade de memória e referem-se estudos relativos à avaliação da inteligência, interferindo tanto numa como noutra capacidade as questões da alimentação. O tema da psicossomática e das relações e interferências entre a mente e o corpo é amplamente abordado em diversos artigos. Esta conexão é explorada numa dupla vertente – na compreensão dos problemas que afectam o paciente e na elaboração de estratégias de tratamento. É abordada a psicanálise e são frequentemente utilizadas (e apropriadas) as noções de consciente, inconsciente e subconsciente.

É notória alguma preocupação com as crianças, no âmbito da Saúde Mental, surgindo temas relacionados com problemas escolares, hiperactividade, debilidade mental e deficiências diversas, instituições de apoio à criança, a educação e o desenvolvimento infantil.

Diversos artigos (nomeadamente no que concerne àquilo que se entende por saúde mental, ao elevado número de pessoas com doença mental e ao consumo e difusão cada vez maiores de drogas) provém da Organização Mundial de Saúde, mostrando que o naturismo veiculado pela *Natura* partilha das mesmas preocupações (pelo menos, no âmbito destas temáticas).

A *Natura*, criticando abertamente os produtos químicos veiculados pela indústria farmacêutica, é, no entanto, apologista do consumo de produtos naturais, inclusive disponibilizando e comercializando alguns destes produtos. Dentro do contexto das problemáticas da Psicologia, Psiquiatria e saúde mental, procurámos analisar a publicidade existente nas páginas da *Natura*. Incluímos nesta análise não só os produtos naturais mas também prestações de serviços e livros publicitados. Deste modo, agora numa outra perspectiva, e para além dos artigos, podemos percorrer as soluções propostas para problemas do foro psíquico nas páginas da *Natura*.

CONCLUSÕES

Encontramos na revista *Natura* temáticas que vão de encontro às questões da saúde mental. Num contexto de Medicina Naturopática, e em nítida oposição à Alopatria, nas suas concepções e métodos, são analisados diversos problemas de saúde e indicadas formas de tratamento. Estas assentam numa terapêutica trofo-físio-psíquica, privilegiando-se o regime alimentar, o recurso a terapias físicas e naturais e a utilização da psicoterapia. Atendendo ao indivíduo no seu todo, a Naturopatia pretende, assim, um restabelecimento geral a nível físico e psíquico.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

BEIRA, Luís da – “No mundo da ilusão: 40 milhões de pessoas consomem tranquilizantes que são um bom negócio para as multinacionais mas sem eficiência para a «angústia»”. *Natura*. 307 (1980) 14-15.

COLUCCI, Indíveri — ”O erro e crime do uso de hipnóticos e calmantes nas psico-neuroses”. *Natura*. 44 (1947) 5-6.

ESPELT, Circuns – “Prevenção e tratamento curativo das doenças nervosas pela medicina natural”. *Natura*. 178 (1969) 15-16.

ESPELT, Circuns – “Sistema nervoso e métodos naturistas”. *Natura*. 118 (1964) 15-16.

LENGLET, E. – “As causas da decadência neuro-psíquica da raça”. *Natura*. 211 (1972) 6-7.

EVOLUÇÃO DA PRÁTICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

LUÍS SÁ, PhD *

JOANA SOUSA, MSc **

Professor Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica

Portuguesa, Porto

E-mail:losa@ics.porto.ucp.pt

** Estudante de Doutoramento em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde,
Universidade Católica Portuguesa; Enfermeira nos Hospitais da Universidade de
Coimbra

E-mail:joanasousa@live.com

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; História; Evolução dos cuidados

INTRODUÇÃO

Em Portugal, o desenvolvimento de estudos históricos em Enfermagem é hoje uma realidade. Consideramos imperativo construir um futuro para a Enfermagem portuguesa consolidado por um conhecimento rigoroso do passado. Neste artigo apresentamos dados preliminares de um estudo, em curso, sobre a evolução da prática dos cuidados de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental. O registo sobre os cuidados de Enfermagem e a Formação de enfermeiros em Saúde Mental e Psiquiatria, aparecem apenas no início do Séc. XIX. Começamos por fazer o seu enquadramento e de seguida reportamo-nos especificamente ao que conseguimos sintetizar da evolução dos cuidados de Enfermagem nesta área.

A ENFERMAGEM EM PORTUGAL NO SÉC. XVIII

Os registos de que dispomos sobre a prática de Enfermagem no Século XVIII são-nos dados a conhecer por um livro intitulado “*Postilla Religiosa e arte de enfermeiros*” datado de 1741 (Sant-iago, 1741). Este livro revela-nos que a Enfermagem da época era entendida como a mera aplicação de medicamentos ou tratamentos sob prescrição de médicos ou cirurgiões, sem qualquer veleidade, pretensão ou reivindicação de autonomia técnica. Nesta época, segundo Graça (2005), contrariamente à medicina, à cirurgia e à farmácia, a Enfermagem não constituía propriamente um ofício de arte aprovada para cujo exercício fosse necessário a

competente autorização do físico-mor ou do cirurgião-mor do Reino.

A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO SÉC. XIX

Até ao Séc. XIX, as referências aos enfermeiros em hospitais de alienados ou de psiquiatria e às suas tarefas são escassas. O trabalho de Enfermagem em hospitais psiquiátricos portugueses era considerado inferior e cercado de preconceitos, uma vez que esse serviço era caracterizado pela superlotação, assim como a suposta agressividade dos doentes e condições insalubres de trabalho. O ingresso para trabalhar no hospital psiquiátrico acontecia, quase sempre, não por afinidade, mas pela necessidade económica de sobrevivência e a oportunidade de adquirir uma profissão. Apenas às pessoas oriundas de classes sociais mais elevadas, se permitia uma escolha vocacional. Enquanto que em Inglaterra e França, na primeira metade do Séc. XIX existiam hospitais regulares para o tratamento e asilo dos alienados, em Portugal, os doentes mentais eram recebidos em hospitais gerais ou cadeias, ou até, deixados a vagar pelas ruas. Durante o período de acção de Pina Manique, fundador da Casa Pia de Lisboa no ano de 1871, os marginais eram internados compulsivamente, nas enfermarias para loucos dos hospitais de Lisboa (Senna, *in*, Botelho, 2004a).

As condições muito precárias em que eram mantidos nos hospitais, mereceu a atenção do Duque de Saldanha, ministro do reino de então, após uma visita ao Hospital de São José em Lisboa referiu que até as prisões de animais tinham melhores condições que aquelas em que os pobres alienados se encontravam (Botelho, 2004a, p. 60). No Hospital de Rilhafoles a função principal dos enfermeiros limitava-se ao registo de admissão provisória e ao registo diário do que se observava no doente, assim como a administração do tratamento prescrito. Existia um caderno “*Caderno do enfermeiro*”, cujo registo se tornava importante, também, para o esclarecimento dos juizes em questões médico-legais (Amendoeira, Delmina *et al*, *in* Nunes, 2003; p. 246). Com a abertura deste hospital, aparecem das primeiras referências, no seu regulamento, datado de 7 de Maio de 1851, ao papel do enfermeiro e respectivas tarefas (Pichot e Fernandes, *in* Botelho, 2004a, p. 60). Este regulamento faz referência à existência, para cada divisão sexual, de um enfermeiro e os ajudantes necessários em relação ao número dos doentes e às necessidades do serviço. Em 1892, quando o professor Miguel Bombarda toma posse como director do hospital de Rilhafoles, depara-se com a insuficiente formação, quer dos ajudantes, quer dos enfermeiros e cria o primeiro curso de Enfermagem psiquiátrica no próprio hospital. Os professores seriam médicos alienistas,

à semelhança do que acontecia noutros países da Europa (França e Inglaterra).

Os meios de contenção da altura serviam acima de tudo para simplificar o trabalho dos guardas. Talvez o mais modesto fosse até a camisa de forças, considerada uma verdadeira inovação para a época. Os tratamentos correspondiam às ideias em vigor na época, tanto na sua dimensão social como na científica. Os médicos consideravam o encarceramento, a fome e os castigos como indispensáveis para controlar os doentes mais furiosos e agitados (Nunes, 2003).

A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO SÉC. XX

Já no final do Séc. XVIII, as ideias de Filipe Pinel, sobre a forma como os doentes mentais deveriam ser tratados orientava a prática psiquiátrica para a transformação do estatuto da pessoa com problemas mentais. A Psiquiatria, considerada uma disciplina médica desde meados do Séc. XVIII, é considerada a primeira especialidade médica a preocupar-se com a classificação das doenças. O hospital passou a ser o espaço institucional definido para a observação dos sinais e dos sintomas da loucura.

Em Maio de 1911, são publicados no Diário do Governo nº 111 de 13 de Maio, dados do censo da população portuguesa que revelam a existência de 6600 alienados. Esse decreto autoriza o Governo da República a *“edificar sete novos manicómios e dez colónias agrícolas, para a assistência de alienados incuráveis e válidos, ao mesmo tempo que regula technica e administrativamente este abandonado serviço publico”*(Diário do Governo da República, Direcção Geral da Instrução Secundária Superior e Especial, N.º 111, 13 de Maio de 1911). Neste Diploma *“Licencear”* os enfermeiros era uma das incumbências dos médicos directores dos manicómios de 1.^a classe (Al. 13, art. 8º; p 839). É também descrito aquilo que aos enfermeiros chefes e aos enfermeiros compete. Aos chefes, sendo dois em cada manicómio, competiam funções de organização do trabalho da enfermaria, de supervisão das tarefas dos enfermeiros e auxiliares, de controlo da medicação e das dietas, entre outras. Aos enfermeiros competiam funções de assistir os doentes e orientá-los nas suas actividades de vida diária, orientar os guardas sobre a vigilância e condução para os balneários, a supervisão dos auxiliares e ajudantes, acompanhar e vigiar os doentes nas refeições, administração de tratamentos e de medicamentos, revistar os doentes, guardar os medicamentos no seu quarto, acompanhar o médico nas suas visitas e *“tomando apontamento escrito de todas as prescrições”*, organizar o receituário, e para além de

outras incumbências várias, umas de carácter administrativo, outras de conteúdo clínico.

Os doentes considerados “*furiosos*”, eram aqueles que mais preocupavam os profissionais clínicos e não clínicos, a avaliar pela quantidade de regras destinadas às questões relacionadas com as visitas, com as transferências de enfermarias e com a restrição do acesso a utensílios que pudessem causar dano. A própria arquitectura dos hospitais e das enfermarias revela-nos que, em cada serviço ou enfermaria, existiam celas ou quartos cuja função era a reclusão e isolamento dos doentes. Também os doentes com “*impulsão suicida*” deveriam ser meticulosamente vigiados pelos enfermeiros e auxiliares. A grande agitação e a agressividade seriam contudo os problemas maiores com que os enfermeiros se defrontavam, uma vez que na ausência de medicamentos que acalmassem os doentes, os enfermeiros teriam que usar da força física para esse controlo, quer fosse pelo uso de colete de forças, quer fosse pela reclusão em quarto individual de segurança, para protecção do doente, dos profissionais e demais doentes.

Nesta época os doentes mantinham-se amontoados dentro das enfermarias a maior parte do tempo, vagueando de lado para lado, sem grande ocupação, envolvidos em constante consumo de tabaco. As condições em que os enfermeiros exerciam as suas funções eram, como se imagina, muito adversas: enfermarias superlotadas, os doentes internados sem grande rigor na sua distribuição e selecção, deficientes mentais misturados com alcoólicos, com psicóticos, epiléticos e outros (Botelho, 2004b).

Os enfermeiros de psiquiatria eram muito mal pagos, atendendo ao esforço que a sua prática exigia. As modalidades terapêuticas da época, obrigavam na verdade a grande esforço físico. Apesar disso eram os enfermeiros e ajudantes de enfermaria que realizavam a grande parte do trabalho de administração das terapêuticas existentes, prescritas pelos médicos. A hidroterapia, nas suas diversas modalidades era o tratamento mais em voga, sendo essa uma das funções do enfermeiro. Numa das formas de banhos terapêuticos, o chamado banho contínuo, o doente era mantido durante longos períodos dentro de uma banheira, imobilizado, apenas com a cabeça de fora para poder respirar. O doente permanecia neste banho durante cerca de 8 a 9 horas, fazendo ali as suas refeições. Esta era uma forma de tratamento que se dizia relaxante e usada para tranquilizar o doente.

Os sucessos desta terapêutica eram fracos e havia necessidade de recorrer a outro tipo de tratamentos em que os enfermeiros davam também a sua forte contribuição.

Algumas das terapêuticas da época, usadas na abordagem da doença mental consistia na produção de abscessos, pela administração intramuscular de cerca de 3 a 5 CC de leite fervido. Os enfermeiros chamavam a esta “*terapêutica do chicote*”, a produção de um mal físico para ajudar a aliviar o sofrimento psicológico (Botelho, 2004b). Outra das terapêuticas em que os enfermeiros também participavam era na infecção dos doentes com paludismo, que, conseqüentemente originava crises convulsivas, pela hipertermia, que depois eram controladas com a administração de quinino. Nos anos 30, há também registos de uma nova terapêutica através da administração de um produto cardiotoxico, o cardiozol. Este medicamento produzia no doente fortes e violentas convulsões. Eram necessários vários enfermeiros e auxiliares para a sua contenção e, ainda assim, as fracturas e as luxações eram comuns. Esta terapia seria a precursora dos electrochoques, ou da electroconvulsivoterapia. Ainda outra forma de tratamento dos doentes mentais foi a introdução da insulino-terapia, muito usada nas décadas de 20 e de 30, por vezes em simultâneo com a electroconvulsivoterapia. Aos doentes eram administrados electroques durante o coma. O enfermeiro era aqui também responsável pela preparação dos doentes para receberem a descarga eléctrica, prevenção de luxações e fracturas durante a convulsão e, após, a vigilância de possíveis complicações, pelo despertar precoce do doente. A acção dos enfermeiros na insulino-terapia consistia na administração de doses progressivas de insulina, com o doente em jejum, até este atingir o coma. Era função do enfermeiro verificar e registar regularmente o pulso, a respiração e a pressão arterial. Quando o doente atingia o coma, era então despertado pela administração, via sonda gástrica, de solução açucarada, normalmente de café ou leite, após o qual o doente acordava. Por vezes, quando o despertar do doente se tornava mais lento, havia a necessidade de administrar soro glicosado por via intravenosa (Botelho, 2004b).

Do que conhecemos a formação específica em psiquiatria destinada aos enfermeiros era dada pelos médicos psiquiatras. O professor Miguel Bombarda, fervoroso republicano, vinha reclamando, sem sucesso, a criação de cursos de especialização desde 1896, mas a formação específica de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica só aconteceria no final da década de 60. Com uma duração de dois anos funcionava em várias instituições.

Com o desenvolvimento de várias inovações entre as quais a primeira Unidade de Psicocirurgia em Portugal, no Hospital Miguel Bombarda, onde foi desenvolvido o método cirúrgico leucotomia, da autoria de Egas Moniz. Este hospital era considerado

um dos melhores da Europa, na época da sua inauguração. Nesta unidade, tal como vinha acontecendo um pouco pelos restantes hospitais psiquiátricos do país, era privilegiada a ergoterapia. Para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a inauguração do Hospital Júlio de Matos, constitui-se como um acontecimento de relevo. Em 12 de Março de 1942, o Decreto-lei nº 31:914 autoriza a abertura progressiva do Hospital, tendo sido chamados para o efeito a vinda de um grupo de enfermeiros suíços para organizar o serviço. De ergoterapia e um centro de formação para enfermeiros psiquiátricos. Estes cursos tinham a duração de dois anos e funcionaram em várias instituições até ao final da década de 60. Em 1952 foram criados os cursos de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Neste mesmo ano é incluída a disciplina de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nos cursos gerais de Enfermagem (Nunes, 2003).

Dois anos antes, em 1950, foi sintetizado o primeiro psicofármaco, na busca de novos anti-histamínicos que pudessem ser utilizados com esse fim. Um composto denominado Clorpromazina, sintetizado em 1950 por Paul Charpentier e testado farmacologicamente por Simone Courvoisier. Ao administrar esse composto, Laborit observou que os pacientes se declaravam “mais relaxados e calmos”. A partir dessas observações, foi sugerido o potencial uso da Clorpromazina como um “Tranquilizante”. Os primeiros estudos clínicos com esse medicamento foram realizados por Jean Delay e Pierre Deniker, em Paris, no ano de 1952, com resultados bastante positivos, pois o novo fármaco restaurava significativamente a qualidade de vida dos doentes mentais. A introdução dos neurolépticos no tratamento das doenças mentais configurou a chamada Revolução Farmacológica e colaborou para o desenvolvimento de intervenções sociais e psicológicas no tratamento dos doentes mentais. Os doentes em tratamento com neurolépticos, apresentam uma melhora da sintomatologia, o que permitiu maior interacção entre pacientes e profissionais de saúde. Este novo contexto, que em tudo diferia com o panorama de poucos anos atrás, configurava a necessidade de desenvolvimentos de novas competências nos enfermeiros. A força física necessária ao controlo da agressividade e da fúria dos doentes mentais, especialmente dos classificados como “*furiosos*”, dava lugar a outras necessidades de formação e de novas intervenções. Os enfermeiros, sendo os profissionais clínicos que acompanham o doente durante as 24 horas do dia, tinham agora um espaço no qual podiam dar cumprimento às ideias, já defendidas por Pinel, sobre as potencialidades da interacção social com o doente mental, como forma de diminuir o impacto da doença. A disciplina de

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tinha sido introduzida nos currículos escolares do curso de Enfermagem. Desses conteúdos faziam já parte os módulos sobre Relação de Ajuda e sobre Relacionamento Interpessoal. Um dos módulos mais leccionados em Enfermagem Psiquiátrica era, e continua a ser, o modelo de intervenção de Hildegard Peplau, que no início dos anos cinquenta, ministrou aulas de enfermagem psiquiátrica no “Teachers College” nas quais enfatizava a necessidade da experiência clínica com os pacientes psiquiátricos. Defendia como obrigatório para as enfermeiras a entrevista com os pacientes, o registo das entrevistas realizadas e o estudo acerca dos padrões de interacção. Nos anos 60 do século XX, em Portugal, as referências da Enfermagem à pessoa como um todo foram o resultado do acrescentar dos estudos psicossociais aos currículos dos cursos de Enfermagem, suplementando a visão exclusiva de homem biológico que dominara a formação dos enfermeiros até então. A mudança de foco nos anos 60 conduziu, na década seguinte, a uma aproximação holística do doente e a uma actuação de Enfermagem voltada para a satisfação das suas necessidades psicossociais. Com esta mudança, dá-se também na Enfermagem Portuguesa, a mudança da ênfase para o processo interpessoal como base para a intervenção de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental. No nosso entendimento, a Enfermagem psico-dinâmica, que Hildegard Peplau teorizou, tornou-se na década de 80 em Portugal, num dos argumentos com que os enfermeiros passaram a defender a autonomia de parte das suas intervenções nos serviços de saúde mental e de psiquiatria, sem deixar de investir fortemente na colaboração interdisciplinar, para o cumprimento de um plano terapêutico, desejavelmente decidido em equipa.

CONCLUSÕES

As tarefas exigidas aos enfermeiros nos manicómios, asilos e hospícios dos finais do Séc. XVIII e início do Séc. XIX (contenção e controlo) deu lugar à exigência técnica dos meados do Séc. XX, para o manuseamento e administração de terapêuticas difíceis de compreender nos dias de hoje (malarioterapia, uso de cardiozol, entre outros). A nova compreensão do homem na sua globalidade, a melhoria das condições de vida e o desenvolvimento das ciências da vida, implicaram uma nova visão do adoecer mental, trazendo à prática dos cuidados de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental, uma intencionalidade, centrada no desenvolvimento e na adaptabilidade da pessoa ao seu estado de saúde.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

- BOTELHO, José Rodrigues – “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Alguns Contributos para a sua História em Portugal”. *Servir*. Vol. 52, 2 (2004a), p. 55-64;
- BOTELHO, José Rodrigues – “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Alguns Contributos para a sua História em Portugal”. *Servir*. Vol. 52, 3 (2004b), p. 108-118;
- BOTELHO, José Rodrigues – “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Alguns Contributos para a sua História em Portugal”. *Servir*. Vol. 52, 4 (2004c), p. 168-178;
- BOTELHO, José Rodrigues – “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Alguns Contributos para a sua História em Portugal”. *Servir*. Vol. 52, 5 (2004d), p. 224-231.
- Diário do Governo da República, Direcção Geral da Instrução Secundária Superior e Especial, N.º 111, 13 de Maio de 1911
- Graça, L. (2005). A arte da enfermagem no Século XVIII. OPSS Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/A-arte-da-enfermagem-no-Seculo-XVIII.pdf>, consultado em 25-03-2011.
- NUNES, Lucília - Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998). Lusociência, Loures. . (2003). ISBN: 972-8383-30-40.
- PEREIRA, Ana Leonor – “A Institucionalização da Loucura em Portugal”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N.º 21 (1986), p. 85-100.
- SANT-IAGO, Padre Fr. Diogo de - Postilla Religiosa, e Arte dos Enfermeiros, Guarnecida com eruditos conceitos de diversos Autores, facundos, Moraes, e Escriturários Pelo Padre Fr. Diogo de Santiago, religioso de S. João de Deos, Com que educou, e praticou aos seus Noviços, sendo Mestre delles no Conventode Elvas, para perfeição da vida Religiosa, e voto da Hospitalidade (...). Lisboa: Oficina de Miguel Manescal da Costa, impressor do Santo Officio. (1741). Edição em fac-símile, Reedição de 2005, com apresentação do Prof. Doutor Luís Graça e introdução do P.e. Aires Gameiro, Lisboa: Alcalá, 2005. ISBN: 972-8673-28-0
- SILVA, Ana Isabel – A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
- VIEIRA, Margarida - Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. (2007). ISBN: 972-54-0146-8.

O ENSINO DA PSIQUIATRIA NA REFORMA DOS ESTUDOS MÉDICOS DE 1911

ÂNGELA SALGUEIRO

Instituto de História Contemporânea, FCSH-UNL

Doutoranda

E-mail:angela_salgueiro@hotmail.com

Palavras-chave: I República e Republicanismo; História do Ensino; História da Ciência; Psiquiatria em Portugal; Universidade.

INTRODUÇÃO

A implantação da República possibilitou a introdução de reformas estruturantes no sistema de ensino português, dando resposta às aspirações do ideário republicano, no qual a defesa da Ciência e do Racionalismo ocupava um lugar importante. Estas reformas, nas quais se destaca a do ensino médico de 1911, permitiram a introdução da Psiquiatria nos currículos científicos universitários e incentivaram o incremento da formação prática em instituições anexas à Universidade. Esta comunicação tem como principais objectivos a contextualização da reforma dos estudos médicos e a identificação dos seus resultados no ensino e assistência psiquiátrica em Portugal durante a I República.

DISCUSSÃO

A segunda metade do século XIX assistiu a um avanço bastante interessante na Ciência portuguesa, manifesto na generalização de laboratórios de investigação e ensino e no desenvolvimento de um trabalho dinâmico e sistemático de investigação aplicada em áreas como a Química, com experiências nos domínios bromatológico, toxicológico e hidrológico, ou a Bacteriologia. Não obstante, a Psiquiatria ocupava ainda um espaço marginal nesta conjuntura científica, apesar do esforço de institucionalização iniciado na década de 80, através da criação do Hospital de Alienados do Conde Ferreira, no ano de 1883, e na reforma do Hospital de Rilhafoles, encetada por Miguel Bombarda a partir de 1892.

Na realidade, estas instituições destinavam-se sobretudo ao enquadramento de *alienados*, denominação bastante ampla que abrangia doentes mentais, indigentes e criminosos, entre outros, articulado com o seu tratamento e com um esforço de

identificação e aprofundamento do conhecimento das principais patologias. Os *alienistas* portugueses reconheciam dois tipos de tratamento: um moral, no qual o trabalho desempenhava um papel central, patente na criação de hortas e oficinas no interior das instituições psiquiátricas; e um médico propriamente dito, através da utilização da Hidroterapia, da Cirurgia ou de fármacos, como o brometo de potássio ou o barbitál¹. Relativamente à promoção da investigação psiquiátrica, criaram-se laboratórios anexos aos hospitais psiquiátricos portugueses: um de Antropologia, no Porto, e um Histologia em Rilhafoles, onde decorreram importantes trabalhos de neuro-histologia, pela mão de investigadores como Marck Athias, Celestino da Costa e Mathias Duval.

Desde muito cedo que estas instituições se depararam com grandes dificuldades, sobretudo pela escassez de recursos financeiros, pela inexistência de auxiliares com formação adequada e de médicos especializados na área. Na verdade, o ensino da Psiquiatria no início do século XX ainda se encontrava numa fase bastante incipiente. Não era ministrado na Universidade nem nas Escolas Médico-Cirúrgicas, limitando-se a prelecções genéricas e a cursos livres esporádicos em Lisboa e Porto. A título de exemplo, podem referir-se o curso livre de Psiquiatria, instituído por Miguel Bombarda no Hospital de Rilhafoles no ano de 1896, e o conjunto de conferências intitulado *Causas das doenças mentais e nervosas*, proferidas por Magalhães Lemos na Universidade Livre do Porto, em 1904. Esta situação foi denunciada regularmente por médicos como Júlio de Matos, que consideravam bastante nocivo o estado da Psiquiatria no País. Criticavam as autoridades oficiais por desleixarem uma questão tão importante como a dos hospitais de *alienados* e os organismos de ensino superior pelo desinteresse e incapacidade em proceder a uma actualização dos currículos científicos: *“Em face do problema delicado e complexo da alienação mental, a situação da medicina portuguesa é das menos lisonjeiras. Não temos literatura sobre o assunto; não temos também ensino oficial da especialidade, (...) não temos mesmo o ensino livre que na França por muito tempo procurou remediar a falta de um curso obrigatório de psiquiatria. As escolas médicas do País não promovem, como lhes cumpria, o estudo importante da psicologia mórbida; e os hospitais de alienados que deveriam ser instrumentos científicos da mais alta importância, subsistem meros institutos humanitários (...)”*²; *“(...) Desaproveitar para o ensino as grandes massas clínicas de dois manicómios e os casos médico-forenses de duas grandes circunscrições do País, é*

um verdadeiro crime de ordem intelectual, que todavia vimos há muitos anos praticando numa inconsistência que sobressalta. (...)”³.

O atraso na Psiquiatria portuguesa tornava-se mais evidente quando comparado com a realidade europeia, onde o ensino desta disciplina se inaugurou em 1811, com as aulas de Johann Heinroth na Universidade de Leipzig. A sua evolução foi rápida, principalmente nos estados da Europa Central, emergindo, logo em 1865, o modelo do moderno departamento de ensino, com a acção de Wilhelm Griesinger na Universidade de Berlim, associando o trabalho na instituição universitária com o do hospital psiquiátrico. Em França, um decreto de 1877, criava clínicas psiquiátricas nas Universidades de Paris, Lyon, Nancy e Marselha, alargando o ensino da especialidade a vários pontos do país⁴.

Esta conjuntura permaneceria inalterável até à implantação da República, a 5 de Outubro de 1910, momento em que as questões de Educação e Ensino passaram a ocupar um lugar de destaque nas preocupações na nova elite política republicana, principalmente dos membros do governo provisório presidido por Teófilo Braga, no qual António José de Almeida desempenhou um papel muito importante enquanto ministro do Interior. De facto, a Educação era considerada pela generalidade dos republicanos como um instrumento essencial no esforço de regeneração política, económica e social de Portugal. A instrução traria liberdade ao indivíduo e à nação, funcionando como meio privilegiado de formação de cidadãos, de laicização e democratização do ensino. Como afirmava Bernardino Machado, “*Ser instruído é ser livre. Uma nação sem originalidade, que nada cria, inventa e descobre, e apenas vive de empréstimos materiais ou espirituais, se, pelo prestígio do nome herdado, ainda conserva a sua autonomia, não está longe de perdê-la.*”⁵.

A reforma do ensino, iniciada logo em Outubro de 1910 pelo governo provisório, abrangeu os diferentes níveis de escolaridade, reorganizando o ensino primário em três graus (elementar, complementar e superior), promovendo a educação de adultos e a instrução popular, através das Universidades Populares, alargando o ensino feminino e apostando na formação de professores. Relativamente ao ensino superior, era seu objectivo criar uma Universidade de tipo novo, seguindo o paradigma alemão, liberta do ensino livresco e dogmático, que incrementasse decisivamente o ensino experimental e que criasse ciência. Assim, procedeu-se à reestruturação da Universidade de Coimbra, criaram-se as Universidades de Lisboa e Porto, bem como

diversas instituições de ensino técnico superior, como o Instituto Superior Técnico, afirmando-se a autonomia económica e científica das mesmas⁶.

Foi nesta conjuntura amplamente favorável à modernização científica e à actualização dos currículos universitários que, em Fevereiro de 1911, se publicou o decreto que reformou profundamente o ensino médico em Lisboa, Coimbra e Porto⁷, antecedendo o diploma que criaria efectivamente as Universidades de Lisboa e Porto⁸. Beneficiando da sensibilidade de António José de Almeida, um médico que ocupava o cargo de ministro do Interior, e de Ângelo Rodrigues da Fonseca, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Director-geral do Ensino Secundário, Superior e Especial, o decreto herdava contributos de várias propostas de anteriores, provenientes sobretudo da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Definiu um ensino de tipo prático, ministrado na Universidade, no laboratório e no hospital, para que os estudantes tivessem um “*contacto directo com os factos*”. “*Trata[va]-se de facultar ao aluno os meios próprios de investigação, de o adestrar no seu manejo, de o familiarizar com o seu emprego até que se (...) [habilitasse a servir] de todos os meios alcançáveis na descoberta da verdade.*”⁹. Este ensino ficaria a cargo de três Faculdades de Medicina, em Lisboa, Coimbra e Porto, com um plano de estudos composto por 36 disciplinas, organizado em dois grupos. No segundo grupo encontravam-se pela primeira vez as clínicas de Neurologia e de Psiquiatria e o curso de Psiquiatria Forense, enquanto novas especialidades médicas ministradas no segundo ciclo de ensino, junto aos hospitais universitários. As clínicas ficavam sob a responsabilidade de um professor ordinário e permitiam aos alunos um contacto directo com as diferentes patologias, mediante o internamento de doentes em serviços específicos dos hospitais universitários¹⁰.

Complementando a legislação relativa ao ensino de Psiquiatria no País deve referir-se ainda o diploma que regulamentou os serviços de assistência mental, publicado em Maio de 1911 pelo Ministério do Interior, antiga aspiração dos *alienistas* portugueses, que contou com o contributo central de Júlio de Matos. No seu preâmbulo faz-se o ponto de situação sobre a saúde mental em Portugal, criticando-se os números oficiais de *alienados*, considerados extremamente deficitários, e denunciando-se a reduzida capacidade de institucionalização. Desta forma, determinou-se a criação de colónias agrícolas e de manicómios, com diferentes especificidades, como os manicómios criminais ou os manicómio-asilo, os quais apresentavam uma forte componente educativa. Interessa sobretudo as resoluções do decreto sobre os

manicómios de ensino, instituições que ficariam na dependência das Faculdades de Medicina e cuja direcção ficaria a cargo do professor titular da disciplina de Psiquiatria. Assim, propunha-se que o Hospital do Conde Ferreira fosse considerado como um *manicómio de ensino*, ficando na dependência da Faculdade de Medicina do Porto, bem como o Hospital Miguel Bombarda, que ficaria anexo à Faculdade de Medicina de Lisboa. Em Coimbra seria construído o Manicómio Sena, que ficaria ligado à Faculdade de Medicina da mesma cidade¹¹.

Na prática, a execução destas medidas seria bastante complexa e demorada, impossibilitando que algumas delas fossem efectivamente adoptadas. A evolução político-económica da I República não permitiu a expansão da assistência aos doentes mentais, pela incapacidade em obter os recursos financeiros necessários para construir novos hospitais, verificando-se um progressivo congestionamento das instituições pré-existentes. A própria participação na I Guerra Mundial agravou esta situação, pela criação de um novo tipo de doentes, os *extenuados de guerra*, cujo tratamento ficou muitas vezes a cargo dos médicos militares. Por outro lado, a integração destas instituições nas Universidades, num estatuto de semi-autonomia, provocou dificuldades muito difíceis de ultrapassar, como refere Sobral Cid no caso do Hospital Miguel Bombarda: “(...) a Faculdade, mera usufrutuária do Manicómio para os efeitos do ensino, não dispunha de recursos, nem sequer de competência legal, para o administrar e aperfeiçoar a sua organização (...) os Hospitais Civis, partindo do princípio inexacto de que o manicómio era na verdade um estabelecimento da Faculdade de Medicina, passaram a considerá-lo senão como um estranho pelo menos como um filho indesejável (...)”¹².

Apesar das dificuldades, sobretudo a nível assistencial, a reforma do ensino médico de 1911 tornar-se-ia num marco importante na história da Psiquiatria, possibilitando uma redefinição do seu papel no contexto científico português. Permitiu também que a disciplina ganhasse uma nova dignidade na realidade política e social, onde a classe dos médicos emergiu forte e prestigiada, capaz de constituir uma ameaça à tradicional sociedade jurista que caracterizava o País desde o século XIX. A sua introdução no contexto universitário abriu-lhe novos horizontes, facultando uma convivência interdisciplinar e o contacto com os grandes avanços que se verificavam em áreas como a Histologia, a Bacteriologia, a Fisiologia ou a Cirurgia, em várias instituições anexas à Universidade como o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, dirigido por Aníbal Bettencourt, ou o Instituto de Histologia e Embriologia, liderado por

Augusto Celestino da Costa. Foi uma disciplina que contou com importantes representantes durante a I República, que lhe granjearam uma elevada influência. Desde logo, Miguel Bombarda, um dos líderes da revolução republicana e que se tornou um verdadeiro herói cívico após o sucesso da mesma. Na Faculdade de Medicina do Porto destaca-se a figura de António Magalhães Lemos, enquanto docente de Psiquiatria e de Neurologia, que trabalhou em França com Charcot e elaborou uma dissertação sobre *A Paralisia Geral* (1889). Em Coimbra, merecem referência António de Pádua, enquanto lente de Psiquiatria, e Elísio de Azevedo e Moura, responsável pela disciplina de Neurologia, em cuja actividade a psicoterapia tinha já grande influência. Na Faculdade de Medicina de Lisboa trabalharam Júlio de Matos, director do Manicómio Miguel Bombarda e futuro Reitor da Universidade de Lisboa, como professor de Psiquiatria, José Sobral Cid, no curso de Psiquiatria Forense, um dos principais difusores dos novos trabalhos alemães, nomeadamente da obra de Kraepelin, e que foi Ministro da Instrução Pública, e, finalmente, Egas Moniz, lente de Neurologia, Ministro dos Negócios Estrangeiros e Nobel da Medicina em 1949.

Na verdade, esta *personalização* originou algumas críticas no seio da classe médica que considerava estranho o facto de serem criadas diversas disciplinas na área da Psiquiatria, enquanto outras, como a Urologia, não eram sequer referidas pelo decreto de Fevereiro de 1911¹³, o que parecia resultar mais da influência política dos psiquiatras e neurologistas do que da necessidade de reforma curricular. Não obstante, a evolução da disciplina manteve-se e quando se chega a Novembro de 1926¹⁴, a nova organização das Faculdades de Medicina contempla já a Psiquiatria como cadeira anual, bem como a de Neurologia, nas Faculdades de Lisboa e Coimbra. Esta contempla ainda um curso semestral de Psiquiatria Forense, anexo à Faculdade de Medicina de Lisboa.

CONCLUSÕES

Em suma, verifica-se que nas décadas anteriores à revolução republicana se iniciou a institucionalização da Psiquiatria, a sua divulgação nos meios científicos, através de artigos e publicações periódicas como a *Revista de Neurologia e Psiquiatria*, e se denunciou o arcaísmo do ensino ministrado, essenciais para preparar as reformas de 1911. Estas, por sua vez, permitiram o desenvolvimento da disciplina, tendo por base a especialização de novos médicos, que beneficiavam de um ensino prático e contactavam com importantes organismos de investigação científica, apesar dos grandes

constrangimentos políticos e económicos, que não permitiram, por exemplo, inaugurar novos manicómios durante a I República.

NOTAS

¹ PEREIRA, Pedro, GOMES, Eva e MARTINS, Olga - “A Alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908)”. Revista da Faculdade de Letras. III Série, 6, 2005, 119.

² MATTOS, Julio de - Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central de Campos e Godinho, MDCCCLXXXIV.

³ MATTOS, Julio de - Os Alienados nos Tribunais III. Lisboa: Livraria Clássica Editora A.M. Teixeira & C.^a, 1907.

⁴ SHORTER, Edward - Uma História da Psiquiatria. Lisboa: Climepsi Editores, 2001, 80-90.

⁵ MACHADO, Bernardino - A Universidade e a Nação, Coimbra: Imprensa da Universidade, 1904, 6.

⁶ Decreto de 19 de Abril. Diário do Governo, n.º 93, 22-04-1911.

⁷ Decreto de 22 de Fevereiro de 1911. Diário do Governo, n.º 45, 24-02-1911.

⁸ Decreto de 22 de Março de 1911. Diário do Governo, n.º 68, 24-03-1911.

⁹ Decreto de 22 de Fevereiro de 1911. Diário do Governo, n.º 45, 24-02-1911.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Decreto de 11 de Maio de 1911. Diário do Governo, n.º 109, 11-05-1911.

¹² CID, Sobral - “Reforma e actualização da assistência psiquiátrica em Portugal”. in Obras. Vol. II, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984. 76.

¹³ SANTOS, Reynaldo dos - “O problema do ensino médico”. A Medicina Contemporânea. XXXIX, 20, 1921, 157.

¹⁴ Decreto 12.697. Diário do Governo, I Série, n.º 259, 19-11-1926.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

CID, Sobral – Obras. Vol. II, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984.

GARNEL, Maria Rita Lino (coord.) – Corpo. Estado, Medicina e Sociedade no tempo da I República. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações do Centenário da República, 2010.

PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João Rui (coord.) – Miguel Bombarda e as singularidades de uma época (1851-1910). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.

PEREIRA, Pedro, GOMES, Eva e MARTINS, Olga – “A Alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908)”. Revista da Faculdade de Letras. III Série, 6, 2005, 99-128.

SHORTER, Edward – Uma História da Psiquiatria. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

AGRADECIMENTOS

À Fundação para a Ciência e Tecnologia, sem o apoio da qual este trabalho não teria sido possível.

SAÚDE MENTAL A PARTIR DE FRAGMENTOS DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA E A ATUAÇÃO POLÍTICA DOS CAPS – CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O CASO DE NATAL/RN

BERTULINO JOSÉ DE SOUZA

Doutoramento em Antropologia Social e Cultural da Universidade de Coimbra

Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN/Brasil

E-mail:bj_panorama@hotmail.com/bertulinosouza@uern.br

Palavras - chave: Saúde Mental - Psiquiatria – História – Atuação Política – Caps

INTRODUÇÃO

O presente texto discute Saúde Mental a partir de alguns aspectos da História da Psiquiatria Brasileira. Recorro às origens do conhecimento psiquiátrico no Brasil e sua emancipação enquanto especialidade, questionando e considerando as representações sociais, culturais e políticas que criaram, fortaleceram ou alimentaram o estigma da doença mental, bem como da atenção do poder público para com a sociedade.

Utilizo a recente experiência com os Centros de Atenção Psicossocial (Leste e Oeste) de Natal/Rio Grande do Norte/Brasil, que atuam com transtorno mental. Trata-se de uma tentativa de compreender a diversidade política e ideológica em que os CAPs foram constituídos e representa um aspecto importante na construção das reflexões da tese de doutoramento em Antropologia Social e Cultural.

DISCUSSÃO

As questões que envolvem a Saúde Mental têm atraído minha atenção há um tempo significativo e os estudos de doutoramento começam a mostrar uma produção em Saúde Mental, expressiva, vanguardista e apaixonada. Há nela um quê Deleuziano que requer um agenciamento dos desejos e com isto territorializa e reterritorializa práticas e saberes, vejamos.

Em artigo publicado na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul em 2007, o psiquiatra Luís Salvador de Miranda-Sá Junior relata sua compreensão da História da Psiquiatria no Brasil e, já de partida, nos apresenta três pertencimentos da psiquiatria, dos quais destaco para o momento, apenas dois, a assistência e o conhecimento, relegando para outro momento, tratar do terceiro, o ensino do conhecimento psiquiátrico. Ampliarei também para a questão da formação para atuação em Saúde

Mental (proposição por mim apresentada para concessão de Dedicção Exclusiva na UERN).

Mesmo considerando a interrelação entre os conteúdos e os temas, necessito me ater à assistência e ao conhecimento psiquiátrico para melhor compreendê-los, pois, assim como afirma Miranda-Sá Jr (2007) “foi entre o fim do século XVIII e início do XIX, com o avanço do conhecimento científico e da consciência social, que a medicina começou a tomar a forma atual. A Revolução Francesa no plano político e os avanços científicos relacionados com a Revolução Industrial no plano econômico, foram as influências mais significativas deste processo”(p.156).

Com isto no plano local, ampliava – se a imagem de um Brasil Colônia em que a assistência aos doentes era prestada por curandeiros de maneira bastante precária, haja vista a ausência de médicos e inexistência de psiquiatras (os poucos que havia, atendiam somente pessoas consideradas importantes). Ainda, até o século XVIII, os hospitais “confundiam-se com albergues para pessoas doentes que não tivessem quem cuidasse delas” e em condições sanitárias muito ruins, mesmo para a época. O desconhecimento sobre as doenças, especialmente da doença mental, representava quase sempre, a imagem do indivíduo possuído.

A este respeito, Carlos Roberto Aricó nos informa nas páginas iniciais de *Reflexões sobre a loucura*, por exemplo, que o cenário dedicado ao louco, indicava o “desconhecimento das reações emocionais articuladas ..., onde ...(era) mais fácil recorrer-se a explicações místicas e religiosas, do que levar-se em conta as contradições inerentes à espécie humana, plena de complexidade”(1986, p.15). Fato que em parte revela o preconceito e ignorância que grassavam e que entretanto, terminou por estimular o conhecimento, provocando no sentido de compreender o doente mental como uma pessoa e não um possuído (p.18).

Com este empenho, na França, Philippe Pinel (1745 – 1826) inicialmente e Jean Etienne Dominique Esquirol (1772- 1840) seu sucessor, vão disseminar uma atenção diferenciada para as pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Com os métodos criados e instituídos por Pinel e propagados por seus discípulos, as correntes que trancafiavam os doentes mentais foram retiradas e em seu lugar, abriu-se outro espaço, nele imperava a convicção de “traços de razão no alienado, capazes de permitir uma terapia pelo diálogo”, uma verdadeira reforma no pensamento médico e na psiquiatria como especialidade que impulsionou, inclusive, o nascimento da assistência psiquiátrica pública no Brasil.

Observemos que este nascimento vem também ao calor de transformações sociais, políticas e econômicas. Da condição de colônia (1500), o Brasil passa a Reino Unido (1815) e posteriormente a independência (1822) e vai construindo um novo cenário na vida nacional, marcado agora, pelo liberalismo econômico (1), fato que vai influenciar notadamente, a assistência psiquiátrica. As transformações da cena urbana e do próprio conceito de cidade vão refletir na compreensão de saúde, evidenciando os problemas sanitários.

Contrariamente a estes problemas, a arquitetura hospitalar da época revelava palácios suntuosos, característicos do ambiente monárquico e o espaço dos hospícios na leitura de Miranda-Sá jr (2007,p. 157) assim como interpretado por historiadores, apontavam duas possibilidades para entender tais edificações no contexto da doença: que a “suntuosidade” dos espaços psiquiátricos serviam para minorar os impactos da doença, posição dos otimistas ou de esconder a miséria e a loucura, aumentando a dor do sofredor, assim pensavam os pessimistas. Talvez por esta razão, segundo o autor, tenha ocorrido o declínio de tão majestosos espaços, a saber: pela falta de recursos eficazes e a pobreza da clientela.

Conforme ensina Miranda-Sá Jr (2007), Juliano Moreira e Ulisses Pernambuco são protagonistas do primeiro esforço de reforma entre os anos 1920 e 1930. Ulisses instituiu a diferenciação de serviços com sistema aberto, educação especial e também a atenção em saúde mental. Mesmo assim, a degradação avançava em função da ausência de fármacos eficazes, somente superada com a revolução psicofarmacológica com a descoberta de neurolépticos e antidepressivos que transformavam portadores de grandes psicoses em pacientes ambulatoriais. Estes medicamentos criaram nova demanda e ela derivou outro problema - a divisão da assistência psiquiátrica pública em: patrocinada pelo estado e a previdência social, sendo que para esta, o doente mental passou a ser sinônimo de lucro, comprovado através das frequentes e duradouras internações hospitalares.

A esta altura, outra tentativa de reforma é alavancada pelo professor Jurandyr Manfredini e o esforço era constituído de “substituição da hospitalização pela assistência ambulatorial” e que se propagou entre os anos 1950 e 1960, tendo como principal crítica, ainda manter a segregação do doente e da doença, um quadro agravado pela ditadura militar e o neoliberalismo imperante à época. Somente após a queda do regime militar em 1968 é que esforços, infelizmente divididos, atuaram de forma mais enérgica para a reforma psiquiátrica e todas as correntes enfrentavam a posição de

manutenção do regime hospitalar impetrada pela Federação Brasileira dos Hospitais. Um franco impedimento para a mentalidade que ia se constituindo.

Neste contrapasso, a ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria “preparou um Projeto de Lei para o que seria o Estatuto do Enfermo Psiquiátrico, que previa a desospitalização progressiva, à medida que fossem instalados serviços de cuidados primários (nas unidades sanitárias), secundários (nas policlínicas e hospitais gerais) e terciários (hospitais especializados e centros de habilitação e reabilitação), todos integrados na rede geral de assistência médica e social” (p.158) como atitude preventiva da discriminação e exclusão, um esforço da ABP e considerado por Miranda-Sá Jr (2007) como atropelado pelo Projeto Paulo Delgado (PT/MG), supostamente por articulações políticas e econômicas. Posição que não é partilhada por outros autores, uma vez que tanto o projeto da ABP quanto do deputado ficaram imóveis durante anos. Mas silenciosamente a revolução acontecia, assim como nos informa apaixonadamente o jornalista Claudio Cordovil em artigo publicado na Revista Radis da Fiocruz, “fizemos a revolução...se não, como definir este movimento que atingiu seu auge na década de 1990 e que relegou à lata de lixo da história, a imagem de loucos vagando nus (2) pelos pavilhões psiquiátricos em meio a excrementos? ” Tais imagens que foram fartamente propagadas pelos jornais, mostravam os pacientes do Juqueri em São Paulo com o firme propósito de fabricar emoções e com isto, mostravam também, uma síntese da crueldade humana.

É neste contexto e com sequelas históricas ainda a resolver que é criado e aprovado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira o SUS, Sistema Único de Saúde. A datação é importante, reveladora e permite que se conheça um pouco das realizações deste sistema que, entre 13 conferências nacionais até 2008 e diversas campanhas de mobilização social, conseguiu rever alguns casos e construir uma identidade, a título de ilustração, vejamos: em 1989 registra-se o último caso de Poliomielite no Brasil; 1991, a primeira campanha na mídia contra o preconceito com a Hanseníase; 1994, criação do PSF – Programa de Saúde da Família; 2000, último surto de sarampo; 2003, criação do programa De volta para casa, para pacientes com longo histórico de internação psiquiátrica; os dados do Datasus (sistema de dados em Saúde) permitem visualizar informações atualizadas que comprovam os avanços neste campo no Brasil, mesmo se considerando, ainda, as limitações geográficas e a distribuição de recursos. Apresento desta maneira com a intenção de refletir sobre o papel das instituições, uma vez que

foco na atuação dos CAPs com o esforço de compreendê-los, especialmente, na sua amplitude política.

Como instituições, os CAPs me incitam a questionar em que medida estes são ou não instituições totais e o que isto significa para sua atuação na sociedade e cultura. Parto do conceito de Erving Goffman do significado de instituições totais (3) e seus procedimentos, muitos dos quais, emblemas de comportamento técnico questionável, de estrutura mal concebida e de encaminhamentos danosos. Um exemplo disto, ocorre com doentes oriundos de longos períodos de internação psiquiátrica. Segundo Goffman (2008) e a respeito da volta para casa após longos períodos de internação, pode ocorrer ao doente o “desculturamento”, ou seja, o “destreinamento – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária”. Para Goffman (2008) nestas instituições, não se busca uma vitória cultural, há ao contrário e conforme entendo, uma *sisão* cultural. Elas representam um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o institucional e isto é usado como mecanismo de controle. São estas instituições que merecem atenção pois podem alimentar e propagar o estigma da doença mental, inibir a compreensão do processo saúde - doença, minar possibilidade democráticas de cuidado, atenção e formação em saúde mental. São cuidados a se tomar. Mas será este o caso dos CAPs? Vejamos.

É neste conjunto perceptivo de uma instituição que se afirma, organiza, propaga e se estruturam os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS. Nascidos NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial, os CAPS formam um coletivo de atenção em saúde, com procedimentos amplamente diferenciados daqueles que ocorrem num hospital, por exemplo. Sua equipe multiprofissional (na ação e nas decisões) realiza atividades variadas e buscam envolver doente e família na realidade do transtorno mental, procurando com isto, uma reinsertão social. Nos CAPS, há uma interrelação continuada e muitas vezes tensa, entre a instituição, a doença, o doente, as famílias e a sociedade, um processo de troca dinâmico, inquisidor e sensível, mas não sem marcas.

Como instituição, os CAPS realizam o enfrentamento diário característico à Saúde Mental e contabiliza pequenas mas significativas vitórias. Como espaço de ressocialização e busca da cidadania, cumpre parcialmente os ideais de sua criação em 1980 mas conserva o vigor da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorrida em 1992. Nos CAPs – transtorno mental em Natal/RN, que é comandado pelo município, várias decisões de foro político minaram esforços de uma atenção mais articulada com os propósitos nacionais para a Saúde Mental. Conforme relatório (CAPs, 2008, p.54) ao

dizer “ficou definido pela não manutenção da interlocução entre os serviços de saúde mental e a coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive a Rede de Saúde. A instauração do conflito foi inevitável ante o enfraquecimento, provocado estruturalmente”. Já havia a esta altura, a percepção de que algo não estava bem, o que talvez indique uma dificuldade técnica e estrutural para conceber uma outra mentalidade antimanicomio e avessa às internações hospitalares, assim como prevê o relatório do Ministério da Saúde (2007).

No plano político, as relações no CAPs parecem um exercício permanente de compreensão e os diferentes eventos vão se sucedendo e com isto, a face do poder como um Déjà vu é apresentada, discutida e infelizmente, admitida. Com isto, nos apoiamos em Lancetti (2007) para pensar como isto se dá. Antonio Lancetti afirma ter ouvido do próprio Felix Guatarri em 1992, que suas atividades de terreno representavam a quarta revolução psiquiátrica, tamanha a abrangência e cuidado. No entanto, Lancetti (2007) vai afirmar em *Clínica Peripatética*, exatamente os inúmeras ganhos para a Saúde Mental no decorrer de várias administrações e mas destacar também as perdas políticas que ele e seus parceiros tiveram e que proporcionaram um atraso imenso na cultura da saúde mental. Diante de tanta instabilidade, o que me sugere neste momento é que há conceitos importantes neste processo e o mais valioso neste momento, é o de redução de danos elaborado por Antonio Lancetti. Talvez seja exatamente isto que as famílias dos doentes com transtorno mental que utilizam os serviços Caps tenham em mente.

CONCLUSÕES

Mesmo se tratando de um fragmento não é difícil pensar na constituição da Saúde Mental para a sociedade e cultura brasileira. Talvez seja por isto que a imagem do louco ainda bastante estigmatizada ocorra, após anos e anos de luta antimanicomial. São representações fortíssimas e requisitam um pouco da docilidade prometida e ainda não conquistada.

Impressões no trabalho de terreno apontam um procedimento radical por parte dos CAPs e esta radicalidade oxigena uma resistência política sem igual. São enfrentamentos que redimensionam possibilidades tidas como perdidas e aquecem técnicos desassistidos, famílias a deriva e doentes, numa rara demonstração na Saúde Mental.

NOTAS

- (1) Adam Smith foi seu principal precursor e considerou para isto, a prosperidade econômica e acumulação de riquezas. Sua teoria versava que estas são concebidas a partir do trabalho livre, sem nenhum agente regulador ou interventor. Para Smith, o mercado proporcionaria a “mão invisível” que cuidaria de regular a economia, beneficiando com isto, toda a sociedade. O liberalismo econômico defende a Livre concorrência, a Lei da oferta e da procura e tratam a economia como ciência.
- (2) Há uma discussão interessante no livro de Erving Goffman (2008, p. 32) em que uma das razões apontadas para que os doentes mentais permaneçam nus é supostamente para sua proteção. Mary Douglas em *Pureza e perigo*, nos apresenta outro aspecto no que se refere à poluição.
- (3) Conforme Goffman (2008, p.22) A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização forma; aí reside seu especial interesse sociológico. Há também outros motivos que suscitam ... interesse por estes estabelecimentos. Em nossa sociedade são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu.

BIBLIOGRAFIA

- CAPS. Centro de Atenção Psicossocial. Relatório de atividades. Natal: mimeo, 2008
- MIRANDA-SÁ JR, Luis Salvador. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. Rev Psiquiatr RS. 2007; 29(2): 156-158.
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Relatório de gestão 2003 - 2006. Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: EdMS, 2007
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. 8.ed. Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2008 (Debates; 91/dirigida por J. Guinsburg)
- LANCETTI, Antonio. Clínica peripatética. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2007 (Saúdeloucura; 20. Série Políticas do desejo).

AGRADECIMENTOS

Aos técnicos, familiares e usuários do CAPs Leste e Oeste pela oportunidade do convívio.

À Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, pela concessão da Bolsa Doutorado.

MANICÓMIO SENA ou... A *QUESTÃO* COIMBRÃ DA PSIQUIATRIA.

LUIS MANUEL NEVES COSTA

Universidade de Coimbra

Faculdade de Ciências e Tecnologia – Departamento de Ciências da Vida

Mestre em Antropologia Médica

E-mail: luismncosta@gmail.com

Palavras-chave: Psiquiatria; Coimbra; Manicómio Sena; Elísio de Moura;
Bissaya-Barreto.

INTRODUÇÃO

O Decreto nº116 de 11 de Maio de 1911(1), vem implementar a assistência aos doentes psiquiátricos, criando sete manicómios e dez colónias agrícolas. Os primeiros tinham a tipologia organizada em manicómios regionais, criminais, de asilo e de ensino. Estes últimos, também designados por clínicas psiquiátricas, foram anexados às Faculdades de Medicina visando o ensino da Psiquiatria.

Em Coimbra, é criado o Manicómio Sena, dependente da Faculdade de Medicina(2), cuja construção se prolonga no tempo devido a diversas vicissitudes, constitui-se como motivo de discórdia entre os Professores Elísio de Moura e Bissaya-Barreto. Esta comunicação tem como objectivo central, o resgate da memória do Manicómio Sena e a subsequente discussão do modelo de assistência psiquiátrica em Coimbra.

MANICÓMIO SENA (1911-1933): BREVE REFERÊNCIA HISTÓRICA

A Lei Sena de 1889(3), autoriza o governo a criar um Manicómio em Coimbra, o que só acontece em 1911, por Decreto do Governo Provisório da República, que cria um Manicómio de ensino da cadeira de psiquiatria, denominado Manicómio Sena (em homenagem a António Maria Sena - alienista e antigo Professor da Universidade de Coimbra).

Este decreto vem colmatar as necessidades do ensino da Psiquiatria em Coimbra e resolver as necessidades de assistência clínica aos “alienados carecidos de hospitalização”.

Em 1915 é nomeada por portaria(4) a Comissão que tem a cargo a Direcção e Administração dos trabalhos de estudo do Manicómio Sena, ficando a cargo do Eng.º Luiz de Melo Correia e do Arq.º Leonel Caia, a elaboração do projecto(5), contudo só em 1918 uma Portaria(6) regulamenta o funcionamento da *Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena*.

Por dificuldades no estudo da topografia, pela irregularidade e inclinação do terreno, a implementação do projecto só se inicia em Fevereiro de 1921(7).

As obras avançam muito lentamente, quer por atraso no pagamento das verbas pelo disponibilizadas pelo Estado para pagamento da obra, quer pela dificuldade do engenheiro responsável em “angariar operários que lhe fugiam para trabalhos agrícolas uns, para as obras particulares, outros, atraídos por melhores salários”(8). Tal é a lentidão do desenvolvimento das obras do Manicómio Sena que num relatório datado de 1924, o engenheiro director técnico alega que o custo estimado “actual” da obra ultrapassa largamente o orçamento inicial (quinze vezes superior)(9).

Mesmo assim, as obras avançam lentamente, procurando dar execução ao “programa mínimo(10) (1.ª fase da construção de maneira a ser possível [...] albergar psicopatas)” por forma a que a Comissão possa corresponder aos desejos da Faculdade de Medicina na consecução da “obra tão útil ao ensino como benemérita para o País, que tanto carece de dar ampla e eficaz assistência aos numerosos infelizes vítimas da alienação mental”(11).

À semelhança dos Hospitais de Rilhafoles e do Conde de Ferreira, o Manicómio Sena foi projectado seguindo os mesmos princípios de organização, à imagem dos asilos que existiam na Europa. Uma organização assente na concepção dualista da doença mental: por um lado atribuída a causas orgânicas (lesões cerebrais, hereditariedade) e por outro a causas morais (prostituição, ociosidade, vagabundagem).

ELYSIO DE MOURA *versus* BYSSAIA-BARRETO

Coincidindo com a presidência da Junta do Distrito, o Ministro Duarte Pacheco nomeia Bissaya-Barreto, Presidente da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena(12), atribuindo a Elísio de Moura a competência de “orientar superiormente a Comissão na organização do plano de construção de harmonia com as exigências da psiquiatria contemporânea”(13). Depois de ter empreendido a luta

antituberculosa e a luta pela assistência materno-infantil, Bissaya-Barreto envolve-se na luta pela melhoria das condições de assistência psiquiátrica.

Desde o início das suas funções(14), surgem divergências com o Prof. Elísio de Moura e reacções negativas por parte da Faculdade de Medicina, conflitos que terão implicações directas na obra assistencial em curso, do Manicómio Sena.

Um importante momento de conflituosidade, decorrerá das conclusões da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena, expressas na Acta de 4 de Abril de 1933, a qual traça o diagnóstico da situação das obras em curso, pondo em causa a orientação, fiscalização, preparação técnica e administrativa do Professor Elísio de Moura na direcção das obras, levantando todo um elenco de fragilidades e limitações quer do espaço escolhido, quer da qualidade técnica das próprias obras(15).

Este relatório constitui-se como elemento precipitante da discórdia e conflito entre Bissaya-Barreto e Elísio de Moura. Numa carta dirigida à Comissão de Obras, Bissaya dá conta do descontentamento de Elísio de Moura, em especial pela opinião formada pela Comissão, de não avançar com as obras do Manicómio Sena.

Elísio de Moura fica furioso por a Comissão ter pedido a suspensão das Obras e ter levantado a proposta para a adaptação dos pavilhões já existentes para aí funcionar a Maternidade e o Serviço de Infecciosas dos Hospitais da Universidade(16). Por parte da Faculdade de Medicina há também o lamento pela decisão de suspender a continuidade das obras. Face à possibilidade de adaptação dos pavilhões já construídos à edificação de um bom manicómio, a Comissão de Obras responde não ser viável tornar “estas casas habitáveis por loucos(16).

Elísio de Moura propõe à Comissão, que os pavilhões construídos, sejam adaptados para que aí possa funcionar a Clínica Psiquiátrica para ensino dos alunos da Faculdade de Medicina.

A Clínica Escolar Psiquiátrica teria como função o ensino “ [...] dos estados psicóticos, agudos e sub agudos que demandam hospitalização urgente, observação semiótica acurada, exame médico-geral, vigilância constante e atenta, terapêutica activa”. Esse seria o local eleito para tratamento “das reacções cérebro-psicopatológicas recentes e estados psicóticos agudos”, isto é, casos clínicos “a hospitalizar sem hesitação, imediatamente, para maior eficiência de tratamento, etiológico ou não”, enquanto que “a assistência a prestar aos alienados afectados de formas psicóticas de

longa evolução, aos alienados incuráveis, [...] caso por sua natureza refractário a uma terapêutica curativa [estes casos seriam de] enviar para uma colônia de alienados.”(17)

Contudo, Bissaya-Barreto levanta a questão sobre a qualidade de construção dessas instalações, para que aí funcione a clínica escolar:

“Poder-se-ha fazer nos Olivais uma boa instalação aproveitando o que se encontra feito? Nunca; afirmo sem receio de ser desmentido, depois da visita que fiz às melhores Clínicas Psiquiátricas estrangeiras, sobretudo às alemãs, afirmam-no os alienistas Doutores Carlos Flores e Almeida Dias, afirma-o o Professor Francisco Gentil [...]. Quer dizer, pretende-se gastar dinheiro numa obra que há-de ser sempre má, condenada, reprovada, quando é certo que com o mesmo dinheiro se poderá fazer uma obra moderna, perfeita e com uma eficiência incomparavelmente maior para os alunos, para o ensino, para os doentes e para o Estado.” (18)

Estes argumentos contrariavam a vontade de Elísio de Moura em ver aí criada a Clínica Psiquiátrica. Declara que ir contra a sua vontade, é por em questão a “Assistência aos Loucos do Centro do Paiz”, argumento rebatido pela Comissão que afirmava ter “o desejo de dotar Coimbra com os meios de assistência bastantes que correspondam às exigências modernas da protecção e assistência aos Loucos do Centro do Paiz.”(19) e que, se ainda não há atendimento dos “loucos” isso se deve a Elísio de Moura, por este ter declarado que “que se oporia tenazmente a que os pavilhões recebessem loucos enquanto não estivessem acabados mais alguns pavilhões”(21), visto ainda não ser possível prestar assistência a toda a espécie de loucos dos dois sexos, nem [haver] enfermagem convenientemente adestrada e educada para cuidar destes doentes.”(17)

Elísio de Moura chega mesmo a declarar que só verá alienados nos Olivais, “nunca mais verei um louco em Coimbra se aqueles pavilhões não forem adaptados a Clínica Psiquiátrica [...] Pode ser construído junto dos Hospitais da Universidade, não importa, não verei mais um alienado”, o que leva Bissaya a escrever que a posição do professor de psiquiatria era “manifestamente uma perrice ou um capricho.”(22)

A Comissão entende que a Clínica Psiquiátrica deveria ficar integrada no novo manicómio a ser construído ou, em alternativa, junto das restantes clínicas escolares, no bloco escolar hospitalar, facilitando o estudo, o ensino, a assistência e a comodidade dos alunos, enquadrando-se portanto, como uma verdadeira Clínica Universitária.

Contudo, apesar de não apoiar, a Comissão de Obras, decide transmitir ao Ministro das Obras Publicas a pretensão de Elísio de Moura para que se proceda à adaptação dos pavilhões feitos a Clínica Psiquiátrica. Desabafa Bissaya-Barreto na Acta de Reunião da Comissão de Obras de 6 de Outubro de 1933, que:

“ [...] no desejo de acalmar aquele estado de espírito, no desejo de não criar desinteligências graves dentro da Comissão e no desejo de lhe demonstrar que a Comissão não tinha qualquer *parti-pris* contra S. Ex.^a, transigi em que fosse elaborado o documento inserto na acta em que se transmite ao Senhor Ministro das Obras Publicas a opinião do professor Elísio de Moura e em que a comissão a ele se não opõe.”(22)

Na mesma acta, Bissaya-Barreto não deixa de expor as razões que o levam a contestar que a Clínica Psiquiátrica não deveria funcionar nos pavilhões já construídos do Manicómio Sena, alegando: o *Interesse de Ensino*, o *Interesse da Assistência*, o *Interesse da Faculdade de Medicina* (pela adaptação dos pavilhões a Hospital de Isolamento e Maternidade), o *interesse da Cidade de Coimbra*, o *Interesse para a Assistência* e *Interesse dos próprios doentes*. Conclui que se Coimbra não vier a ter o seu *Arsenal* contra a doença, se a Faculdade de Medicina ficar num plano de inferioridade perante as outras Faculdades, se o ensino dos estudantes de medicina ficar desfalcado de novas casas de trabalho e aprendizagem, isso “deve-se simples e unicamente ao capricho do Senhor Professor Elísio de Moura”.

Era urgente a resolução do grave problema da falta de Assistência Psiquiátrica, em Coimbra e na região. No potencial manicómio, não se vislumbravam condições dignas para esse fim. Bissaya reforça a imperiosa necessidade de ser criado um Hospital-Azilo-Colónia com prioridade sobre a criação duma Clínica Psiquiátrica e apresenta os seus argumentos:

“Em Portugal, onde não há assistência aos loucos indigentes suficiente, onde passeiam livremente 8000 alienados, muitos perigosos para a sociedade, em Portugal onde com frequência se praticam graves crimes por alienados que andam á solta porque não possibilidade do seu internamento, em Portugal onde não há onde recolher os afectados de enfermidade mental e instintos perversos onde não há ligas de Higiéne Mental, Dispensários de Profilaxia e Tratamento de doenças mentaes, em Portugal onde não há Azilos para doentes portadores de doenças crónicas e incuráveis, nem Colónias Agrícolas para a laboterapia dos enfermos susceptíveis de se entregar ao trabalho, deve o Estado cuidar, em primeiro lugar, da

fundação das Clinicas Psiquiatricas para o Ensino da Psichiatria em vez de fundar um Hospital-Azilo-Colónia onde se possam tratar os casos agudos e receber os crónicos e incuráveis? Entendo que não.”(20)

Lutando por “um Manicómio *d’hoje* em troca de um Manicómio *d’hontem*, absolutamente condenado por todos os alienistas modernos”(21), Bissaya-Barreto empreende uma campanha no jornal *A Saúde* sob o lema “*Quem acode aos nossos loucos?*”, que mais tarde será vertida para as páginas do *Diário de Coimbra*, sensibilizando a opinião pública para a necessidade de intervir em prol da assistência aos doentes mentais e da profilaxia da doença mental.

Bissaya-Barreto, enquanto cirurgião documenta-se sobre a psiquiatria, socorrendo-se de pareceres de diversos especialistas, nacionais e estrangeiros e visitando serviços psiquiátricos na França, Alemanha, Áustria, Suíça e Itália (Mendonça, 2006). Propõe a criação dum verdadeiro “*Arsenal Psiquiátrico de Coimbra*”, com especial ênfase na criação de uma instituição digna, onde pudessem ser assistidos e tratados, por métodos mais modernos, com especial destaque para a terapia pelo trabalho, “segundo Pinel, o trabalho é a lei fundamental de todo o asilo de alienados.”(22)

As peças desse *Arsenal*, essenciais para a profilaxia, para a vigilância, para o acompanhamento e tratamento das doenças mentais, são definidas por Bissaya, fazendo parte de um plano global e integrado de assistência, as seguintes armas:

- “I – Liga de Higiene Mental [...]
- II – Um dispensário [...]
- III – Uma Clinica Psiquiátrica [...]
- IV – Um Serviço aberto para pequenos psychopatas [...]
- V – Um Azilo-Colónia-Agricola [...]
- VI – Um Azilo-Colónia especial para epilépticos, alienados difíceis e anormaes. [...]
- VII – Um Manicómio judiciário junto à Penitenciária [...]
- VIII – Um Serviço para crianças anormaes [...]
- IX – Assistência familiar. [...]”(23)

Seguindo os ensinamentos de Sobral Cid, Bissaya ataca a assistência desactualizada dos manicómios existentes, identificando o principal erro destes – o pretender incluir no mesmo estabelecimento duas funções que implicam necessariamente duas abordagens distintas: a *Assistência Asilar* aos doentes pobres,

crónicos e incuráveis (que deve ser assegurada por *Colónias Agrícolas*) e a *Assistência Psiquiátrica* (a ser exercida na *Clínica Psiquiátrica*, afecta à Faculdade de Medicina).

Bissaya identifica-se com o trabalho de Sobral Cid, *Reforma e Actualização da Assistência Psiquiátrica*, o qual denota que a tendência contemporânea se configura na transformação do antigo complexo asilar num conjunto de organismos de assistência diferenciados, perspectivando a terapêutica, a profilaxia e a revalorização social do alienado (Pereira, 2010).

Desse modo, Bissaya tenta introduzir uma nova atitude e postura na assistência ao doente mental, o que passa necessariamente pela criação de um novo espaço terapêutico. Há uma deslocalização do seu *olhar* e atenção: do propósito inicial de adaptação do Manicómio Sena (propósito da sua tomada de posse como Presidente da Comissão Administrativa das Obras) para a perspectiva da construção de um novo Hospital Psiquiátrico, fora da cidade, do tipo "*Colónia Agrícola para Alienados*".

Bissaya consegue sensibilizar o governo de Salazar. O Ministro das Obras Públicas e Comunicações, Eng.º Duarte Pacheco, interessa-se pelo projecto de Bissaya e ao compará-lo com o projecto do Manicómio Sena da Faculdade de Medicina (na periferia da cidade) e depois de ouvir diversos pareceres, não hesita em suspender as obras deste(24).

De seguida procede-se à escolha do local para a construção do *Novo Manicómio*, para “que o início das obras seja o mais breve possível, para assim atenuar a crise de desemprego que avassala esta região, onde são numerosos os desempregados, muito especialmente, da construção civil”(25). Um despacho de 2 de Maio de 1933, do Ministro Duarte Pacheco, recomenda que a comissão deve empregar todos os esforços na instalação do novo manicómio, solicitando sempre que entenda, o parecer do professor Elísio de Moura e que só “mais tarde o Governo resolverá sobre o destino a dar aos pavilhões construídos e então apreciará a sugestão do eminente Professor Doutor Elísio de Moura.”(29)

NOVO PANORAMA DA PSIQUIATRIA DE COIMBRA

Através de um anúncio, o Ministério das Obras Públicas (de 29 de Outubro de 1934), procura um terreno nos arredores de Coimbra para a construção de uma “*Colónia*

Agrícola para Alienados”. O local eleito para a construção do novo complexo fica a Sul de Coimbra, na Quinta da Conraria.

O Decreto-lei nº 25.394 de 23 de Maio de 1935, autoriza a construção de uma Clínica Psiquiátrica e de um Asilo Colónia Agrícola, com canalização do dinheiro anteriormente reservado à construção do Manicómio Sena. Em 26 de Maio de 1946 é inaugurado esse complexo hospitalar, sob o nome de *Hospital Psiquiátrico Sobral Cid*. Este hospital, foi efectivamente o primeiro e único hospital psiquiátrico construído em Coimbra(26). A modernidade e funcionalidade do complexo hospitalar, foi salientado por Bissaya-Barreto, “foi o primeiro estabelecimento [...] de assistência a doentes mentais planeado e preparado para desempenhar duma maneira prática e efectiva as 3 funções fundamentais da moderna assistência psiquiátrica. a) *Hospital* ou *Clínica Psiquiátrica* [...]; b) *Colónia* (semiagrícola, semi-industrial) [...]; c) *Asilo*” (Bissaya-Barreto, 1960: 528).

Data do ano de 1945 a publicação da Lei n.º 2006, enquanto primeira grande reforma da assistência psiquiátrica, propondo a abordagem profiláctica e higienista, através da criação de centros de assistência psiquiátrica, dispensários de higiene mental e asilos. O País é dividido em três zonas de assistência psiquiátrica – Norte, Centro e Sul, ocorrendo entre 1945 e 1947 a criação dos respectivos Centros de Assistência Psiquiátrica e alguns dispensários a eles ligados. Nesta linha, emergem em Coimbra outras estruturas de apoio, como *peças* fundamentais do “*arsenal*” de assistência psiquiátrica preconizada pelo Prof. Bissaya-Barreto.

O *Dispensário de Higiene e Profilaxia Mentais*, abre as portas em Janeiro de 1946 na Avenida Sá da Bandeira, complementando a acção do Hospital Sobral Cid.

A construção do Hospital de Lorvão(27) foi outro momento decisivo para a consolidação da Assistência Psiquiátrica na região centro. Adaptou-se o Mosteiro de Lorvão, em Penacova, a Colónia Agrícola (1959).

Outra unidade também ligada à assistência psiquiátrica, estava próxima de Alfarelos, concelho de Soure – a Colónia Agrícola de Arnes, a qual ocupava uma quinta com 25 hectares. Entrou em funcionamento a 22 de Outubro de 1964 e articulava-se com os outros hospitais psiquiátricos recebendo doentes mentais de todo o país, que ali viviam e trabalhavam.

Elísio de Moura continua a manifestar à Comissão de Obras a necessidade do aproveitamento de alguns dos pavilhões já construídos do Manicómio Sena, para que aí funcione a futura “*Clinica Psichiatrica*”, afecta à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, embora fosse necessário proceder a obras de adaptação reconhecendo a importância e razão de existir dum Asilo-Colónia-Agrícola para os “loucos incuráveis”, de forma a solucionar o problema da assistência aos “loucos de Coimbra”(28). Chama a atenção da Comissão que a assistência psiquiátrica não deve ser apenas direccionada para os pobres e indigentes, mas também deve acolher outros a quem a loucura pode atingir, “ [...] citando vários casos da sua clínica particular, que provam a necessidade de se construir um pavilhão para pensionistas [...]. Afirma que o Estado tem de olhar para esta espécie de doentes, que tanto direito tem a ser tratados como os pobres e por isso mais uma vez afirma que é urgente e necessário fazer-se no Manicómio Sena uma instalação destinada aquele fim [...].”(28)

A instalação da Clínica Psiquiátrica nalguns dos pavilhões já construídos acaba por acontecer, embora a título provisório “ [...] visto que se prevê a instalação dessas clínicas no novo Hospital Escolar com 70 camas, sendo: Para Neurologia – 30; Para Psiquiatria – 40. [...] O número actual no Manicómio Sena é de 69.” (Correia, 1948)(29).

Outros dos pavilhões vão acolher o Hospital de Isolamento. Com a desactivação do Hospital do Castelo (Hospital dos Lázaros), as enfermarias de doenças infecciosas foram transferidas para um pavilhão do Bloco Hospitalar de Celas, construído sobre os alicerces (em ruínas) de alguns pavilhões do “Manicómio Sena”.

CONCLUSÕES

A concepção asilar foi ultrapassada pelos tempos. Deixou de estar actualizada a concepção de assistência psiquiátrica despoletando o *diferendo* entre Elísio de Moura e Bissaya-Barreto (admirador do pensamento de Sobral Cid e das formas contemporâneas de assistência).

O Manicómio Sena materializa a disputa entre modos e concepções de assistência em psiquiatria. Entre o olhar institucional e o olhar mais aberto à sociedade. Entre um olhar clássico e um olhar moderno de assistência. Entre o espaço de reclusão do louco e o espaço de tratamento da doença mental. Entre o entendimento do outro

como o alienado e entendimento desse mesmo outro como doente mental. A figura do Manicómio Sena é o elemento simbólico que materializa o *duelo* entre duas concepções de assistência aos “loucos de Coimbra” resultando daí, as diferentes ofertas de assistência da actualidade.

Toda a questão em torno do Manicómio Sena constitui-se como um marco revelador, de como o entendimento da “loucura” e da assistência psiquiátrica, é resultado das concepções e entendimentos dominantes sobre o mundo (Foucault, 1987), num momento histórico concreto.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

FOUCAULT, Michel – *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Editora Perspectiva. 1987

MENDONÇA, Manuela M. – Hospital sobral Cid: Das origens ao cinquentenário. Coimbra: Minerva. 2006.

PEREIRA, Ana Leonor – “A institucionalização da Loucura em Portugal.” Revista Crítica de Ciências Sociais. 21(1986): 85-100.

PEREIRA, José Morgado – “Institucionalização e reorientação da psiquiatria portuguesa nas primeiras décadas do século XX”. Estudos do Século XX. 5 (2005): 321-333.

PEREIRA, José Morgado – A Psiquiatria no tempo da I República. *In*: O Corpo: Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da Primeira República. Lisboa: INCM. 2010. 131-137.

SOUSA, Jorge Pais de – *Bissaya Barreto: Ordem e Progresso*. Coimbra: Minerva, 1999.

(Documentos Vários, relacionados com o *Manicómio Sena*, são referenciados em nota de fim de documento)

NOTAS

(1) Publicado no Diário do Governo nº111, 13/5/1911.

(2) No Porto, o ensino da Psiquiatria tinha lugar no Manicómio do Conde de Ferreira e em Lisboa, o ensino apoiava-se no Hospital de Rilhafoles, antiga instituição para alienados, também ele incluído Manicómio Bombarda.

(3) Lei de 4 de Julho de 1889

(4) Portaria de 28 de Outubro de 1919, que nomeia para a presidência da comissão Luiz dos Santos Viegas e como secretário, o Dr. Fernando Duarte Silva de Almeida Ribeiro.

(5) Carta da Comissão de Obras ao Director Geral de Assistência, de 27 de Agosto de 1917.

(6) Portaria n.º 1321 de 19 de Abril de 1918.

(7) Carta da Comissão de Obras ao Director da 10.^a Direcção de Serviços do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral (Lisboa), de 7 de Abril de 1921.

(8) Carta da Comissão de Obras ao Director da 10.^a Direcção de Serviços do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral (Lisboa), de 28 de Junho de 1923.

(9) Relatório do Engenheiro Director Técnico das Obras do Manicómio Sena de Coimbra (Eng.º Abel Augusto Dias Urbano), de 21 de Janeiro de 1924.

(10) Este programa mínimo consistia na construção dos pavilhões 1 (doentes agitados), 4 (balneário), 5 (indigentes tranquilos), 7 (clinatorápia), 8 (cozinhas), 12 (pensionistas de 1.^a, 2.^a, 3.^a e 4.^a classes), 13 (doenças infecciosas) e 23 (infância).

(11) Carta da Comissão de Obras ao Director da 10.^a Direcção de Serviços do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral (Lisboa), de 30 de Junho de 1925.

(12) A Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena era formada pelo Professor Bissaya-Barreto (Presidente), pelo Professor Elísio de Moura, pelo Eng.º Pedro Cavalleri Rodrigues Martinho e pelo Arq.º Luis Benavente.

(13) Despacho do Ministro das Obras Públicas e Comunicações, publicado no Diário do Governo II Série, n.º 63, de 3 de Maio de 1933.

(14) Acta da Instalação e Posse da comissão Administrativa da Obra do Manicómio Sena de Coimbra, de 20 de Março de 1933.

(15) Acta da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena de Coimbra, de 4 de Abril de 1933.

(16) Acta da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena de Coimbra, de 6 de Outubro de 1933.

(17) Carta enviada a 9 de Janeiro de 1942, ao Ministro das Obras Publicas, pelo Director da Faculdade de Medicina de Coimbra.

(18) Documento escrito por Bissaya-Barreto, datado de 12 de Outubro de 1933.

- (19)Carta de 30 de Abril de 1933, dirigida à Comissão de Obras, por Bissaya-Barreto.
- (20)Carta de Bissya-Barreto, (1933³)
- (21)Carta de 30 de Abril de 1933, dirigida à Comissão de Obras, por Bissaya-Barreto.
- (22)Acta da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena de Coimbra, de 4 de Abril de 1933.
- (23)Documento escrito por Bissaya-Barreto, de 1 de Julho de 1933.
- (24)Através do ofício n.º 1624 de 12 de Abril de 1933, da Direcção Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais.
- (25)Acta da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena de Coimbra, de 1 de Maio de 1933.
- (26)No país já existiam os hospitais Miguel Bombarda (em Lisboa, antigo Hospital de Alienados de Rilhafol criado em 1848), Conde de Ferreira (no Porto, criado em 1882) e o Hospital de Júlio de Matos (criado em Lisboa, em 1942).
- (27)Com a construção do Hospital do Lorvão, passam a existir em Portugal seis hospitais psiquiátricos, para além dos já citados, acrescente-se o Hospital Magalhães Lemos, construído em 1962, no Porto.
- (28)Acta da Comissão Administrativa das Obras do Manicómio Sena de Coimbra, de 6 de Outubro de 1933.
- (29)Carta de 11 de Março de 1948, ao Ministro das Obras Públicas, Duarte Pacheco, do Dr. Maximino Correia, Reitor da Universidade de Coimbra.

A CONSTRUÇÃO DE UMA ÉTICA CATÓLICA NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE MENTAL : PORTUGAL C. 1910- C. 1950

TIAGO PIRES MARQUES

Centro de Estudos de História Religiosa (Universidade Católica Portuguesa) e

CERMES3, Grupo CESAMES (Universidade Paris-Descartes)

Investigador pós-doutorando

E-mail:tiagopmarques@gmail.com

Palavras-Chave : Psiquiatras católicos; Psicanálise; Teologia; Redes profissionais;
Ética psiquiátrica

INTRODUÇÃO

A psiquiatria desenvolveu-se em Portugal num contexto fortemente politizado. É já amplamente conhecida a militância republicana de grandes nomes dos alvares da psiquiatria portuguesa e a sua instrumentalização ideológica. Um dos alvos privilegiados desta instrumentalização foram os jesuítas e algumas manifestações de fervor religioso e devoção popular. Nesta patologização jogava-se a erradicação do sentimento religioso tradicional, mediado pelo clero, da sociedade portuguesa. Porém, é menos conhecida a resposta dos sectores católicos presentes no meio psiquiátrico ou interessados pelas questões da saúde mental. Tomando como fio condutor a recepção da psicanálise em Portugal, esta comunicação pretende caracterizar essa resposta e as suas consequências nas ciências da saúde mental até aos anos 50 do séc. XX.

DISCUSSÃO

Numa obra comemorativa dos cem anos da psicanálise, o psicanalista Pedro Luzes reuniu um conjunto de textos considerados significativos das várias etapas do desenvolvimento do movimento psicanalítico em Portugal. Luzes destacava as referências de Egas Moniz (em *A Vida Sexual*) e de Sobral Cid (em *A Vida Psíquica dos Esquizofrénicos*), dois notáveis republicanos, à teoria freudiana. Incluía igualmente a única correspondência conhecida entre um português e Freud, Abel Barros, um então jovem estudante protestante com inquietações religiosas. Desta selecção de textos, assim como da introdução e conclusão à recolha, assinadas por Pedro Luzes, fica a impressão de uma indiferença dos meios católicos, senão de uma oposição primeiro informal, depois relativamente institucionalizada. Esta seria personificada por Barahona

Fernandes, que, em finais dos anos 60, deu um parecer negativo à constituição de uma Sociedade Portuguesa de Psicanálise, independente da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria¹. Uma análise sistemática da revista *Brotéria* e da obra de psiquiatras católicos significativos - que aqui nos limitaremos a evocar - coloca em causa esta narrativa e mostra a maior complexidade da problema .

Entre 1925, ano em que a revista passou a publicar uma série de *cultura geral* (que compreendia múltiplas temáticas, da filosofia, teologia e literatura, às ciências humanas e médicas), e o fim do Concílio Vaticano II (1965), observamos um número de artigos e resenhas consagrados aos temas da saúde mental (24) que, dado o carácter generalista do periódico, tem algum significado. Destes, metade (12) tratavam explicitamente da psicanálise, contando-se 7 artigos sobre psiquiatria e 5 sobre correntes psicológicas não psicanalíticas. No campo específico da psiquiatria, as preocupações deontológicas dos médicos católicos manifestaram-se a propósito dos avanços terapêuticos das doenças mentais graves (insulinoterapia, electrochoques, leucotomia). Estes tratamentos levantavam questões éticas importantes, partilhadas por católicos e não católicos. Mais enigmática nos parece a atenção dada pelos católicos à psicanálise. Não escapavam a estes autores a crítica freudiana da moral sexual tradicional, o ateísmo de Freud, o “materialismo” ou o “biologismo” da teoria psicanalítica e as suas implicações sobre o problema do livre-arbítrio, ou ainda os ensaios de desmistificação da religião. Para muitos a visão psicanalítica e cristã pareciam totalmente inconciliáveis. Podemos assim perguntar: em *que* psicanálise estavam interessados alguns sectores do mundo católico? Que leituras dela se fizeram e como foi assimilada?

Antes de mais, vejamos brevemente o contexto católico internacional. A principal revista dos jesuítas, *La Civiltà Cattolica*, órgão oficioso do Vaticano, publicou artigos sobre a teoria freudiana desde 1921². Ora, estas publicações inscrevem-se no contexto intelectual da renovação do pensamento tomista, encorajada pelo papa Leão XIII, em finais do século XIX, como meio de integrar pensamento teológico e científico. Em São Tomás de Aquino, os católicos poderiam encontrar uma visão integrada do homem natural, condicionado (mas não determinado) pelos seus instintos, e do homem espiritual, sujeito livre e consciente. Numa leitura neotomista, o biólogo e psicólogo franciscano, Agostino Gemelli (1878-1959), publicou igualmente vários

¹ LUZES, Pedro, “Estudo introdutivo”. In LUZES, Pedro (coord.), *Cem anos de Psicanálise*, 2002, p. 17.

² DESMAZIERES, Agnès, “La psychanalyse à l’Index ? Sigmund Freud aux prises avec le Vatican (1921-1934)”. *Vingtième siècle. Revue d’histoire*, 102 (Apr.-June 2009), p. 81.

artigos em defesa da psicanálise. Contudo, como veremos adiante, a teoria freudiana era criticada, em pontos importantes, pelos autores católicos interessados pela psicanálise. Além disso, constituiu-se uma posição intransigente de recusa da teoria em bloco, reflexo do movimento anti-modernista com expressão neste período. Durante a década de 30, a linha intransigente tentou colocar a psicanálise no Índice, mas sem sucesso¹.

Os artigos sobre a psicanálise publicados na *Brotéria* inscrevem-se claramente na posição moderada da Igreja. O primeiro artigo de fôlego dedicado às teorias de Freud data de 1936. Da autoria de um leigo, António Pinto de Carvalho, o artigo “Psicanálise e freudismo” expunha os princípios fundamentais da psicanálise enquanto teoria da vida mental. Pinto de Carvalho utilizava traduções francesas e brasileiras de algumas obras de Freud e apoiava-se numa bibliografia secundária considerável. Nesta destacavam-se autores que propunham uma leitura neotomista da psicanálise, como Gemelli e Roland Dalbiez. Na convergência do neotomismo e da teoria freudiana, para este autor era possível afirmar, com Gemelli, que “três quartos das nossas actividades são puros automatismos psicológicos”². Num segundo texto, o autor acrescentava que Freud foi o primeiro a conceber, pela teoria do recalçamento, neuroses de origem inteiramente psíquica, concepção que vinha substituir as velhas teorias orgânicas, nomeadamente a da degenerescência³. No entanto, o autor declarava inaceitáveis dois elementos centrais da teoria freudiana: primeiro, as actividades complexas do espírito consciente devem ser imputadas à vontade, e não aos instintos; por outro lado, o inconsciente não deve ser concebido como *libido*, isto é, como conjunto de pulsões sexuais⁴.

A morte de Freud em 1939 foi ocasião para um artigo de balanço da sua obra e do seu acolhimento entre os católicos. O seu autor, Abílio Martins, sublinhava a inexistência de uma uniformidade de opinião nos meios da Igreja. Se alguns se entusiasmavam com a obra freudiana, outros rejeitavam-na categoricamente. Na linha de artigos precedentes, Abílio Martins aceitava a origem inconsciente das neuroses e psicoses, mas recusava-lhe uma natureza sexual. Esta crítica exprimia-se pelo conceito de “pansexualismo”. Elemento decisivo, ela apoiava-se na argumentação de alguns dissidentes notáveis do movimento freudiano, em particular Adler, Jung e Claparède. Entre estes, era Alfred Adler, dinamizador nos Estados Unidos da “psicologia

¹ *Ibidem*, p. 89.

² Agostino Gemelli cit. por CARVALHO, António Pinto, « Psicanálise e freudismo ». *Brotéria*, 23 (1936), p. 408.

³ CARVALHO, António Pinto, « Psicanálise e freudismo. IV – Neuroses e psicoses ». *Brotéria*. 25 (1937), p. 372.

⁴ CARVALHO, António Pinto, « Psicanálise e freudismo ». *Brotéria*. 23 (1936), pp. 408-409.

individual” (*ego-psychology*), quem colhia maior favor: a Adler atribuía-se a recusa mais enérgica da teoria da *libido*¹.

Os artigos publicados nos anos 40 pouco mais acrescentaram no plano teórico, limitando-se a reiterar e desenvolver estes princípios. Verifica-se, contudo, uma maior atenção às questões práticas. Abílio Martins defendia que, enquanto método terapêutico, todas as precauções eram necessárias. O paciente deveria, antes de mais, assegurar-se do ecletismo teórico do terapeuta, noutras palavras, da sua recusa do “freudismo ortodoxo”². Martins desaconselhava fortemente a psicanálise profana (i.e. exercida por indivíduos que não fossem médicos). O terapeuta deveria ter uma sólida preparação científica e uma boa compreensão dos princípios éticos do catolicismo³. Não sem antes enumerar os perigos da psicanálise, o autor terminava o artigo sublinhando as semelhanças entre o método psicanalítico e a confissão, apoiando-se, para estabelecer a analogia, numa bibliografia específica surgida a partir dos anos 20⁴. Entre os autores de artigos na década de 40, devemos ainda destacar o jesuíta Diamantino Martins, autor de obras de teoria psicanalítica (esquecido por Luzes), e talvez o primeiro vulgarizador, para um público alargado, da psicanálise em Portugal⁵.

Em 1947, a *Brotéria* publicava uma síntese de um texto de Gemelli, “A psicanálise nos nossos dias”, que fazia o ponto da situação sobre as relações entre teologia e moral católicas e a teoria psicanalítica. Gemelli congratulava-se com a descoberta do inconsciente, que tinha permitido ultrapassar a “psicologia sem alma” nascida com Wundt, e que, segundo ele, se limitava ao estudo dos mecanismos físicos correlativos aos estados psíquicos, reduzindo as actividades cognitivas aos processos de órgãos sensoriais⁶. Gemelli considerava igualmente que Freud descobrira um bom método científico de exploração do inconsciente e de análise dos desvios resultantes de bloqueios dos desejos inconscientes. Contudo, deplorava a substituição de um determinismo físico por um determinismo psíquico, criticava o pessimismo antropológico de Freud e rejeitava a sua interpretação das origens da cultura e das religiões, assim como alguns aspectos da teoria da histeria e das neuroses. Ponto

¹ CARVALHO, António Pinto, « Psicanálise e freudismo. IV – Neuroses e psicoses ». *Brotéria*. 25 (1937), p. 394.

² MARTINS, Abílio, « Catolicismo e psicanálise ». *Brotéria*, 36 (1943), pp. 515.

³ *Ibidem*, p. 515.

⁴ *Ibidem*, pp. 516-517.

⁵ *Introdução à Psicanálise*, 1944; *Do Inconsciente: Estudos de Psicologia da Profundidade*, 1964; *Alguns Aspectos do Dinamismo do Inconsciente e dos Símbolos*, 1971.

⁶ GEMELLI, Agostino, “A psicanálise nos nossos dias” (publicado em *Vita e pensiero*, Milão, Janeiro 1947, pp. 25-33). *Brotéria*. 44 (1947), p. 344.

importante, esta argumentação era construída com elementos científicos, nomeadamente provenientes da psiquiatria.

Contrariamente ao que se verificava 30 anos antes, os psiquiatras eram agora apontados como aliados dos católicos no domínio da saúde mental. Gregory Zilboorg, psicanalista judeu convertido ao catolicismo e historiador da psiquiatria, citado por Gemelli, declarava que a psiquiatria destes anos era fortemente influenciada pela doutrina católica¹. Independentemente da objectividade desta análise, que peca sem dúvida pela generalização, ela é indicativa de uma tendência e de uma imagem que permitem compreender a insistência de Gemelli, e de outros teóricos católicos, na necessidade de uma formação profissional em psiquiatria para o exercício da psicanálise².

Esta mutação do campo psiquiátrico operou-se, sem dúvida, ao longo das décadas anteriores. Em Portugal, o investimento dos católicos no domínio da medicina nascera formalmente em 1915, com a Associação dos Médicos Católicos, em reacção às concepções consideradas “materialistas” e “individualistas” da medicina positivista. Esta associação respondia ao apelo do papa Leão XIII, que, na Encíclica *Humanum Genus* (1884), exortava à criação de corporações profissionais para fazer face aos “erros da modernidade”, nomeadamente o ateísmo e o naturalismo. A associação portuguesa inspirava-se no exemplo francês, a *Association de Saint-Luc*, criada logo em 1884, com a qual estabeleceu laços estreitos. Os congressos internacionais de médicos católicos permitiram a assimilação de conceitos e a constituição de directivas deontológicas, nomeadamente no campo sensível das “doenças da alma”.

Nestes congressos, a noção de “personalidade” revelar-se-ia, ao longo das décadas seguintes, um vector estruturante do pensamento católico sobre a prática médica. A título de exemplo representativo, podemos citar o relatório do 3º Congresso Internacional de Médicos Católicos, realizado em Lisboa em 1947, texto publicado na revista *Brotéria*. Lembrando o discurso do papa à União Médico-Biológica (italiana), um dos intervenientes, o médico e professor de Coimbra, João Porto, defendia que a medicina se ocupa do ser humano na sua totalidade e complexidade, o que incluía as dimensões psicológica, religiosa e espiritual. O médico invocava, por um lado, razões de ordem médica, como a interdependência, cientificamente atestada, entre os elementos neurológicos, biológicos e “genitais” e o psiquismo. Por outro lado, João

¹ Idem.

² *Ibidem*, p. 343.

Porto estabelecia uma oposição marcada entre o médico materialista e ateu e o médico católico, que crê num Deus transcendente e na existência da alma¹. No plano filosófico e ético, o médico católico não deveria nunca esquecer nem esta dimensão de transcendência presente em toda a pessoa, nem a sua dimensão colectiva, também ela inerente à noção católica de “personalidade”.

Os ecos do debate católico sobre a psicanálise nestas formulações éticas são evidentes: a consideração de um psiquismo relativamente autónomo, a referência a uma “genitalidade” como constituinte da personalidade, mas também a salvaguarda das dimensões espirituais e morais, conjunto de elementos considerados interdependentes. No início dos anos 50, estes temas foram objecto de uma articulação doutrinal pelo papa Pio XII, numa série de alocuções em congressos de médicos e psiquiatras católicos. A *Brotéria* ecoou a posição oficial da Igreja em três artigos da autoria de Julião Pécantet, publicados em 1954 e 1955. Acusando claramente a influência do pensamento de Gemelli, o papa centrava o seu pensamento na hierarquização das diferentes tendências do ser humano, na afirmação da capacidade de autodeterminação e na salvaguarda das dimensões espiritual e religiosa². Os instintos inconscientes descobertos pela psicanálise eram interpretados como consequência do pecado original, que não eliminava, contudo, a possibilidade de resistir ao mal³. No plano prático, o papa afirmava respeitar a competência própria dos médicos, mas reclamava o respeito pela esfera religiosa pela Ciência⁴. Prevenindo contra os “erros” do “pansexualismo” e para a necessidade de subordinação do bem-estar individual à moral colectiva, o papa abençoava o que na psicanálise “há de são e compatível com a dignidade e os deveres do homem”⁵.

Em forma de conclusão, podemos afirmar que o debate católico sobre a psicanálise permitiu aos católicos especificar uma argumentação contra as teorias naturalistas da alma do período positivista, e ajudou a desenvolver uma ética própria no campo da saúde mental. Este debate assinala também uma colaboração intensa, neste período, entre psiquiatria e psicanálise, assim como uma mutação significativa dos actores e da cultura psiquiátrica relativamente às primeiras duas décadas do século XX. Encontramos exemplos concretos desta nova configuração em figuras centrais da psiquiatria portuguesa da segunda metade do século XX, tais como Barahona Fernandes

¹ MAURÍCIO, Domingos, « Medicina individual e medicina colectiva ». *Brotéria*. 45 (1947), p. 346.

² PÉCANTET, Julião, « Pio XII e a psicologia moderna ». *Brotéria*. 58 (1954), pp. 166-167.

³ *Ibidem*, 169.

⁴ PÉCANTET, Julião, « Pio XII e a terapêutica psicanalítica ». *Brotéria*. 59 (1954), p. 296

⁵ *Ibidem*, 298.

e Miller Guerra. As suas concepções das *ciências psi* como “antropociências”, ou ciências do homem integral, reflectem este debate, simultaneamente teológico e científico. No que respeita a psicanálise, uma compreensão eclética, muito devedora da *ego-psychology* americana, mais tarde alimentada pelas correntes existencialistas, e na prática subordinada à instituição psiquiátrica, permite compreender a posição de Barahona Fernandes face ao desejo de autonomia dos psicanalistas portugueses. Não menos justificável, dado o enquadramento doutrinal da Igreja e sua articulação institucional, entendidos por alguns como uma disciplina conservadora, era esta mesma vontade de autonomização da psicanálise em Portugal.

CONCLUSÕES

A erosão do paradigma positivista na medicina operou-se pela criação de novas redes profissionais e observa-se no interesse dos católicos pela psiquiatria e pela psicanálise. Entendida como “psicologia das profundidades”, numa visão hierárquica dos elementos constitutivos da pessoa, a psicanálise oferecia uma interpretação da “alma” como arena em que se digladiam instintos animais e forças morais, ou como princípio simultaneamente dinâmico e estruturado em que as “pulsões” podem ser sublimadas em formas “superiores”. Este entendimento não era estranho à antropologia cristã. Assimilada em versões dissidentes do freudismo e articulada com a teologia tomista, a psicanálise constituiu um recurso importante para a formação de uma sensibilidade e de uma ética católicas no campo da saúde mental.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

CARVALHO, António Pinto — « Psicanálise e freudismo ». *Brotéria*. 23 (1936), pp. 289-293 ; 400-410. *Cont.* : *Brotéria*. 25 (1937) 245-253.

DESMAZIERES, Agnès — « La psychanalyse à l’Index ? Sigmund Freud aux prises avec le Vatican (1921-1934) ». *Vingtième siècle. Revue d’histoire*. 102 (Apr.-June 2009) 79-91.

GEMELLI, Agostino — « A psicanálise nos nossos dias » (publicado em *Vita e pensiero*, Milão, Janeiro 1947, pp. 25-33). *Brotéria*. 44 (1947) 343-345.

LUZES, Pedro — « Estudo introdutivo ». In LUZES, Pedro (coord.), *Cem anos de Psicanálise*. Lisboa : ISPA, 2002. 3-17.

MARTINS, Abílio — « Catolicismo e psicanálise ». *Brotéria*. 36 (1943) 508-517.

MAURÍCIO, Domingos — « Medicina individual e medicina colectiva ». Brotéria. 45 (1947) 341-342.

PÉCANTET, Julião — « Pio XII e a psicologia moderna ». Brotéria. 58 (1954) 158-169.

PÉCANTET, Julião — « Pio XII e a terapêutica psicanalítica ». Brotéria. 59 (1954) 286-300.

**II JORNADAS DE HISTÓRIA
DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
Coimbra
28-29 de Abril de 2011
Auditório da Secção Regional de Coimbra
da Ordem dos Farmacêuticos**

Presidente das Jornadas: Prof^a Doutora Ana Leonor Pereira

PROGRAMA

DIA 28 DE ABRIL

9h30 Recepção aos participantes e sessão de abertura

10h00 Conferência de abertura

**ANÁLISE DOS PRIMEIROS CEM PROCESSOS CLÍNICOS DE DOENTES
INTERNADOS NO HOSPITAL CONDE DE FERREIRA**

Adrián Gramary Cancelas (Médico Psiquiatra; Director Clínico do Centro Hospitalar
Conde de Ferreira, Porto)

10h30 Intervalo para café

10h45 Sessão de Homenagem à Dr^a Manuela de Mendonça

11h15 — 1^a Sessão de comunicações livres e debate

MELANCOLIA I: DE DÜRER AO DSM-IV

Manuel Esteves (Professor Associado de Psiquiatria; Serviço de Psiquiatria e Saúde
Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Hospital de S. João-EPE)

Augusta Vieira-Coelho (Professora Associada de Farmacologia; Faculdade de Medicina
da Universidade do Porto; Hospital de S. João-EPE)

Sofia Leite (Assistente Voluntária de Psiquiatria; Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental,
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Hospital de S. João-EPE)

O DELIRIUM – EVOLUÇÃO CONCEPTUAL

Hugo Neves (Doutorando no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica
Portuguesa, Porto; Enfermeiro nos Hospitais da Universidade de Coimbra)

Rosa Silva (Doutoranda no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica
Portuguesa, Porto; Enfermeira no Instituto Português de Oncologia, Porto)

**TERAPÊUTICAS MEDICAMENTOSAS EM PSIQUIATRIA DE FINAIS DO
SÉCULO XIX A INÍCIOS DO SÉCULO XX**

João Rui Pita (Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra; Investigador do
CEIS20- Universidade de Coimbra)

Ana Leonor Pereira (Professora da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra;
Investigador do CEIS20- Universidade de Coimbra)

Joana Sá Ferreira (Médica Interna Especialidade, Centro Hospitalar Psiquiátrico de
Coimbra; Investigador do CEIS20- Universidade de Coimbra)

José Morgado Pereira (Médico Psiquiatra; Investigador do CEIS20-Universidade de
Coimbra)

MALARIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA NEUROSSÍFILIS: IMPLANTAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS ESPANHOLAS (1920-1936)

Simone Cristina Saurim (Instituto Psiquiátrico Jose Germain (Madri-Espanha). Médica Interna Residente de Psiquiatria)

Olga Villasante (Hospital Severo Ochoa (Madri-Espanha). Seção de Historia da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria. Psiquiatra)

A DESCOBERTA DA CLORPROMAZINA: UMA HISTÓRIA DE REVOLUÇÃO PSIQUIÁTRICA

Ruben Filipe Gaio Santos (Doutorando FLUC; Investigador do CEIS20-Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra)

13h00 — Intervalo para almoço (inscrição prévia para almoço em grupo)

14h30 — 2ª Sessão de comunicações livres e debate

OS PROJECTEIS DE APPARICIO REBELLO DOS SANTOS: O HOMEM, O DOENTE E O CRIMINOSO

Ana Inês Vizeu Pinto da Cruz (Socióloga; Doutoranda FLUC; Investigadora do CEIS20-Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra)

PSIQUIATRIA, IDEOLOGIA E PODER - A PROPÓSITO DO CASO MARIA ADELAIDE DA CUNHA

Gonçalo Félix Matos (Médico interno da especialidade de psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra).

José Cunha-Oliveira (Médico Psiquiatra)

DA AIMÉE DE LACAN PARA O *DESEJO* DO OUTRO...

Lia Raquel Lopes Ribeiro das Neves (Mestre em Saúde Pública; Investigadora do CEIS20-Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra)

EL ÉPOS Y ALETHEIA EN EL ESPACIO PSIQUIATRICO. ANÁLISIS DE UNA INTERPRETACIÓN FOUCAULTIANA DE LA VERDAD.

Inácio Valentim (Investigador, Universidad Carlos III de Madrid-FCUL)

16H00 — Intervalo para café

16h30 3ª Sessão de comunicações livres e debate

ABADE FARIA: UM BRÂMANE NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

José Cunha-Oliveira (Médico Psiquiatra)

Gonçalo Félix Matos (Médico interno da especialidade de psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra).

LOUCURA RELIGIOSA EM PORTUGAL NA ÉPOCA MODERNA (SÉCS. XVI-XIX)

António Vitor Sanches Ferreira Ribeiro (Bolseiro pós-doc da Fundação para a Ciência e Tecnologia / Centro de História da Sociedade e da Cultura)

PAPEL DO DO DR. MIGUEL BOMBARDA NO PLANEAMENTO DO MANICÓMIO DOS AÇORES NO DOBRAR DOS SÉCULOS XIX-XX

Aires Gameiro (Psicólogo; Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Colaborador do CEIS20, Universidade de Coimbra)

A VOZ RARA DO LOUCO. A PASSAGEM DE LEAL DE ZÊZERE POR RILHAFOLES

Manuel Curado (Professor; Universidade do Minho)

18h30 — Lançamento do CD-Rom com os textos das I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental

19h00 — Encerramento dos trabalhos

20h00 — Jantar das Jornadas (inscrição prévia)

DIA 29 DE ABRIL

9h30-11h00 — 4ª Sessão de comunicações livres e debate

O ABADE FARIA E O NASCIMENTO DA PSICOTERAPIA MODERNA

António Roma Torres (Médico Psiquiatra; Serviço de Psiquiatria - Hospital de São João, Porto)

PELOS TRILHOS DA ETNOPSQUIATRIA – POR UMA PRÁTICA MÉDICA INTERDISCIPLINAR

Filipa Veríssimo (Médica (Interna Complementar de Psiquiatria; Hospital de Magalhães Lemos – Porto)

Alfredo Campos (Sociólogo, Investigador junior, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra)

A VIDA PSIQUÍCA DOS TUBERCULOSOS À LUZ DA TISILOGIA DOS SÉCS. XIX E XX

Ismael Vieira (Investigador / Doutorando em História, CITCEM / Faculdade de Letras da Universidade do Porto)

MAGALHÃES LEMOS NA HISTÓRIA DA PQISUIATRIA PORTUGUESA

António Barbedo de Oliveira (Médico Psiquiatra; Hospital Magalhães Lemos, Porto)

11h00 Intervalo para café

11h15 5ª Sessão de comunicações livres e debate

POLYANTHEA MEDICINAL DE JOÃO CURVO SEMEDO – UM MARCO NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA PORTUGUESA

Adelino Cardoso (Investigador; Centro de História da Cultura, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa)

EGAS MONIZ EM LIVRE (RE)EXAME: UMA DÉCADA DEPOIS

Manuel Correia (IST-UTL; Investigador CEIS20-Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra)

DEBATES ENTRE JÚLIO DE MATOS E RAPHAEL GARÓFALO: POSTULADOS DA ESCOLA POSITIVA FACE À QUESTÃO DA LOUCURA MORAL

Ana Inês Vizeu Pinto da Cruz (Socióloga; Doutoranda FLUC; Investigadora do CEIS20-Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra)

O CARVALHO, O MATO E A FLORESTA. DAS FUNDAÇÕES DA CLÍNICA NO *TRAITÉ MÉDICO-PHILOSOPHIQUE SUR L' ALIENATION MENTALE* DE PINEL, DE 1809

Manuel Silvério Marques (Médico hematologista; Investigador do Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa)

ELYSIO DE MOURA E A ESCOLA PORTUGUESA NO TRATAMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

António Roma Torres (Médico Psiquiatra; Serviço de Psiquiatria - Hospital de São João, Porto)

13h00 Intervalo para almoço (inscrição prévia para almoço em grupo)

14h30 — 6ª Sessão de comunicações livres e debate

A SAÚDE MENTAL À LUZ DA REVISTA “NATURA” (1942-1991)

Sara Repolho (Doutoranda da FFUC; Bolseira da FCT; Investigadora do CEIS20-Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra)

EVOLUÇÃO DA PRÁTICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Luís Sá (Professor Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto)

Joana Sousa (Estudante de Doutoramento em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; Enfermeira nos Hospitais da Universidade de Coimbra)

O ENSINO DA PSIQUIATRIA NA REFORMA DOS ESTUDOS MÉDICOS DE 1911

Ângela Salgueiro (Doutoranda; Instituto de História Contemporânea, FCSH-UNL)

SÁUDE MENTAL A PARTIR DE FRAGMENTOS DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA E A ATUAÇÃO POLÍTICA DOS CAPS – CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL: O CASO DE NATAL/RN.

Bertulino José de Souza (Doutoramento em Antropologia Social e Cultural da Universidade de Coimbra; Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN/Brasil)

16h00 Intervalo para café

16h15-17h30 — 7ª sessão de comunicações livres

ASSISTÊNCIA E FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL CONDE DE FERREIRA

Maria Olga de Castro e Silva (Docente; Escola Superior de Enfermagem do Porto/ Unidade de Investigação em Enfermagem – UNIESEP)

Margarida Louro Felgueiras (Docente; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto/ Centro de Investigação e Intervenção Educativas – CIIE)

MANICÓMIO SENA ou ... A *QUESTÃO* COIMBRÃ DA PSIQUIATRIA.

Luis Manuel Neves Costa (Mestre em Antropologia Médica; Faculdade de Ciências e Tecnologia – Departamento de Ciências da Vida, Universidade de Coimbra)

A CONSTRUÇÃO DE UMA ÉTICA CATÓLICA NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE MENTAL : PORTUGAL C. 1910- C. 1950

Tiago Pires Marques (Investigador Pós-doutorando; Centro de Estudos de História Religiosa (Universidade Católica Portuguesa) e CERMES3, Grupo CESAMES (Universidade Paris-Descartes))

FERNANDO PESSOA – MEDO DA LOUCURA, LUCIDEZ CONSCIENTE

Luís Rosa Dias (Médico Cirurgião Vascular)

Maria do Sameiro Barroso (Médica; Centro de Investigação Estudos sobre o Modernismo-FCSH-UNL)

NA SENDA DE KLEIST E LEHONARD, AS PSICOSES FÁSICAS COM BARAHONA FERNANDES

José Manuel Jara (Médico Psiquiatra)

18h00 Conferência de encerramento

PSIQUIATRIA, DARWINISMO E EVOLUÇÃO

Ana Leonor Pereira (Professor da Faculdade de Letras; Investigadora do CEIS20 Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra)

18h30 Sessão de encerramento

Organização

A organização das *Jornadas* foi do Grupo de História e Sociologia da Ciência do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — CEIS20, contando com a colaboração organizativa da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Farmacêuticos, que faz o secretariado, e da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS.

Agradecimento: a organização agradece o apoio concedido por diversas instituições que tornaram possível as *Jornadas*: desde logo a Fundação para a Ciência e a Tecnologia-FCT e o patrocínio da Lundbeck Portugal – Produtos Farmacêuticos Lda, e também o apoio de: Câmara Municipal de Coimbra, Turismo do Centro, Banco Santander Totta, Bristol-Myers Squibb, Leite de Colónia e Caves Messias.