

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

**IV JORNADAS INTERNACIONAIS
DE
HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

COIMBRA

**CENTRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DO SÉCULO XX
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA-CEIS20 / GRUPO DE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA
DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA – GHSC**

2014

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 10

NOTA:

Os textos publicados nesta obra colectiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

Título: IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia-CEIS20 e Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

Ano de edição: 2014

Impressão: Pantone 4

ISBN: 978-972-8627-51-5

Depósito Legal: 320445/10



Projeto n.º FCOMP-01-0124-FEDER-022660
PEst-C/HIS/UI0460/2011

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

ÍNDICE

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
Introdução

7

António Carreras Panchón
Medicalización y psiquiatría. Entre el radicalismo teórico
y la demanda del usuario
9-22

Ana Catarina Necho
A criação do Hospital de Rilhafoles – o primeiro hospital de alienados em Portugal:
uma política de assistência mental em meados do século XIX
23-29

António Barbedo de Oliveira
(Re)ler Magalhães Lemos em “Visite psychiatrique à la colonie de Gheel”
31-32

Nuno Borja-Santos; Miguel Palma; Bruno Trancas
A demência (precoce) na psiquiatria portuguesa do século XIX
33-41

David Simón Lorda; Tatiana Bustos Cardona; Xaqueline Estévez Gil
Espacios de reclusion y de atención a la locura en la Galicia (España) de finales del
siglo XIX y primeros años siglo XX
43-55

Inês Pinto da Cruz
Arquivo da Medicina Legal de Coimbra:
interpretação de casos ligados à psiquiatria forense (1900-1926)
57-70

Aires Gameiro
Misericórdia e manicómio Câmara Pestana na assistência aos alienados
na Madeira até 1925
71-80

A. Espandian Nojavan Pana; D. Simon Lorda;
L. Delgado Charo; M.A. López López
A espiritada de Manuela en Moeche
81-87

Denise Maria Borrega Pereira
A descida de Luís Cebola ao inferno: um retrato ideológico e clínico da doença mental
no Portugal de meados do século XX
89-97

Francisco Molina Artaloytia
“*Rigor en ocasiones, caridad siempre, simpatía nunca*”: la homosexualidad en
discursos paradigmáticos de la medicina forense y el derecho penal franquistas
99-105

José António Alves
O crime e anormalidade em Edmundo Curvelo
107-116

Adrián Gramary; Cláudia Lopes
Herculano de Sá Figueiredo (1911-1974), um escultor dentro
do Hospital Conde de Ferreira
117-124

Carolina Gregório Álvaro
Doutor Elísio de Moura: o homem e o médico
125-133

Porfírio Pereira da Silva
Ernesto Galeão Roma (1887-1978): discípulo de Miguel Bombarda e Júlio de Matos
apresentou, em 1913, uma dissertação final do curso médico, *Através de um estudo da
microcefalia em quatro pacientes*
135-142

Miguel Angel Miguélez Silva; María Piñeiro Fraga; Analía Rial Maciel; María José
Louzao Martínez; Tiburcio Angosto Saura
Historia de los cuidados de enfermería destinados a los enfermos psiquiátricos de la
ciudad de Vigo: desde el Hospital Rebullon hasta nuestros días
143-155

Sofia Nobre; Maria Lapa Esteves; Florencio Vicente Castro
Resiliência: o novo paradigma – do amor à morte
A resiliência e o desenvolvimento psicológico de acordo
com a teoria psicossocial de Erikson
157-163

Tiburcio Angosto Saura; M.J. Louzao Martínez;
M.A. Miguélez Silva; M. Piñero Fraga
Un caso freudiano num manicómio galego: o caso do artista inconsciente
165-183

Manuel Correia
Psicanálise e psicocirurgia: a contaminação inconsciente
185-193

Paulo Archer de Carvalho
Os amos da alma. O difícil parto teológico e filosófico da psicologia experimental no
primeiro terço do século XX
195-202

José Cunha-Oliveira; Artur Furet; Aliete Cunha-Oliveira
Psiquiatria, VIH e sida: uma perspetiva histórica e clínica
203-210

Inês Pinto da Cruz
Uma visita à exposição “Um breve olhar pela psiquiatria”
211-217

Programa das IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental
219-223

INTRODUÇÃO

Nos dias 6 e 7 de Maio de 2013 decorreram na Sala Sá de Miranda da Casa Municipal da Cultura as *IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Pela quarta vez se realizaram, numa sequência anual, esta reunião científica que tem reunido investigadores de Portugal e de além fronteiras. Neste caso sublinhe-se a presença de pesquisadores de Portugal, de Espanha e do Brasil.

A regularidade destas jornadas traduz, por um lado, uma área de investigação devidamente institucionalizada no Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra que desde a sua fundação e institucionalização em 1998 abriu e manteve com dinamismo esta área de pesquisa que se tem traduzido em projectos de investigação, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas e de divulgação e publicação de estudos sob a forma de livros, capítulos de livros e artigos. Por outro lado traduz a existência de um conjunto de investigadores interessados nestas temáticas em Portugal e fora do nosso país e que têm neste evento um ponto de encontro para permuta da sua actividade de pesquisa.

Este evento foi uma organização conjunta da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS em colaboração científica e institucional com o Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20. As Jornadas traduzem, por isso, a vitalidade daquela jovem sociedade científica

Na sequência das *III Jornadas* realizadas em 2012, a quarta edição desta reunião científica internacional visou, pois, dar continuidade às temáticas então apresentadas e, como vem sendo regra, introduzir novas frentes de debate e discussão.

As *IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* centraram-se sobretudo nos seguintes tópicos:

1. Filosofia, psicologia e psiquiatria nos séculos XIX-XX
2. Psiquiatria e neurologia nos séculos XIX-XX
3. Psiquiatria forense e medicina legal nos séculos XIX-XX
4. Dispositivos assistenciais, tratamentos e terapias das doenças mentais nos séculos XIX-XX

A presente obra reúne textos que serviram de base a apresentações feitas nas *IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Aos autores os nossos agradecimentos pelas importantes contribuições que tornaram possível a publicação desta obra.

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita

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

MEDICALIZACIÓN Y PSIQUIATRÍA. ENTRE EL RADICALISMO TEÓRICO Y LA DEMANDA DEL USUARIO

Antonio Carreras Panchón

Profesor Catedrático de Historia de la Medicina
Departamento de Psiquiatría, Medicina Legal e Historia de la Ciencia.
Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca
E-mail:acp@usal.es

Resumo

La psiquiatría, desde que el concepto de medicalización fue definido, ha soportado, más que ninguna especialidad, las críticas por contribuir intensamente a una patologización de la vida cotidiana. La dificultad de identificación de la génesis de la llamada “enfermedad mental” desde el paradigma biomolecular la sitúa en una situación de “fragilidad epistemológica” muy evidente. Una diversidad de orientaciones (organicista, dinámica, psicoanalítica, fenomenológica, sociocultural, antropológica) ha contribuido a que los desacuerdos en terminología, etiología, nosotaxia y tratamiento hayan sido muy evidentes. El DSM ha sido un intento para superar estos antagonismos desde el consenso entre los psiquiatras, pero es también la más dinámica y cambiante de las nomenclaturas médicas. Sus categorías trascienden enseguida a la sociedad y afectan a la economía, la industria, el derecho y la educación. Especialistas discrepantes, defensores radicales de la autonomía del sujeto y asociaciones diversas convergen en una sistemática censura a sus propuestas, que se agudizan cada vez que se produce una reforma del Manual.

Palabras claves: Psiquiatría, medicalización, DSM

Introducción

La medicalización se ha convertido en las últimas décadas en un lugar común del lenguaje referido a la atención de la salud. Pocas situaciones se prestan a una interpretación que podríamos llamar “conspirativa” de la actualidad, en que se vuelcan casi todas las responsabilidades sobre uno solo de los elementos que contribuyen a la constitución de este modelo social. En efecto son las empresas farmacéuticas aquellas que por su naturaleza (anonimato, búsqueda del beneficio económico, actuación sobre el medio natural, internacionalización del accionariado) más fácilmente concitan sobre sí una mezcla de desconocimiento y desconfianza en cuanto a su actuación pública. Una reflexión serena sobre un fenómeno tan complejo es usurpada por un infantilismo ideológico que no contribuye precisamente a clarificar las razones últimas de una situación sobre la que confluyen muy diversos factores. El establecimiento de una nosotaxia común- el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)-convertido, al margen de sus limitaciones, en un instrumento imprescindible en la comunicación científica contribuye de manera decidida y formal al proceso de medicalización de la vida cotidiana.

Medicalización: el origen de un concepto

El término de “medicalización” empezó a difundirse en la historiografía a finales de los años 70 del pasado siglo para referirse al dominio que la medicina ha ido ejerciendo sobre diversas facetas de la vida del hombre a lo largo del tiempo. La palabra comenzó a popularizarse a través de diversos trabajos de Michel Foucault –*Histoire de la folie (1961)*, *Naissance de la clinique (1963)*, *Surveiller et punir (1975)*, *Les machines à guerir (1976)*- en que se contemplaba el fenómeno esencialmente en términos de dominio y sumisión y donde el poder médico era una de los medios que el orden burgués vigente empleaba para someter a los individuos a sus intereses y valores. Luego fue empleado en términos menos dialécticos, menos excluyentes y críticos diríamos nosotros, por diversos historiadores fundamentalmente franceses (J.P.Peter, P.L.Thillaud, F.Lebrun, etc.). La colección de artículos del libro de Jean Pierre Goubert *La médicalisation de la société française 1770-1830 (1982)* representó en alguna medida la culminación de esa revisión menos beligerante y más comprensiva que se hacía desde la historia académica (que no quiere decir conservadora o reaccionaria).

El proceso tendría su origen en un creciente reconocimiento del papel de los médicos como especialistas en la lucha contra la enfermedad, la difusión de nuevas prácticas higiénico-sanitarias y la asimilación creciente del discurso médico por amplios sectores sociales. El libro de Goubert constituía también el reconocimiento, en plenitud y madurez, de la medicalización como categoría histórica esencialmente en términos de *expertización*. “La medicalización –escribía en 1982- es un proceso de larga duración que aparece en Francia en la segunda mitad del siglo XVIII y se prolonga hasta nuestros días. Este proceso, de orden a la vez científico, técnico y sociológico, se traduce por el acceso de una parte creciente de la población a la medicina oficial en todo lo que respecta a la salud. En consecuencia, encuentra frecuentemente resistencias de parte de la población vinculada a un saber específico del cuerpo. En la segunda mitad del XVIII este proceso nace de una alianza entre las autoridades públicas y la élite médica, alianza que refuerza la profesionalización de la salud aun antes de la ley intervenga”.

De manera casi simultánea en los Estados Unidos sociólogos, educadores y algunos psiquiatras dedicaban su atención al progresivo desplazamiento de problemas sociales hacia la medicina. Las obras de Thomas Szasz, Irving Zola o Peter Conrad incidirían en esa línea. El libro de Ivan Illich, *Némesis médica*, fue la crítica más aguda y difundida de esa “expropiación de la salud” que el poder médico estaba haciendo en complicidad con la industria farmacéutica y con la tolerancia y aprobación de autoridades y administrados. A diferencia de la metodología francesa sustentada fuertemente en la investigación histórica y por tanto interesada en obtener los mejores resultados de una revisión retrospectiva, la aproximación americana era mucho más empírica, radical y utilitaria. En consecuencia impulsaba un análisis prospectivo y de denuncia de los abusos y excesos del proceso.

En el lenguaje habitual se ha conservado esa doble acepción del término con una mayor incidencia de la dimensión fiscalizadora o de vigilancia, en la cultura francesa, mientras

en el mundo anglosajón se impone la censura al abandono de responsabilidades personales¹

Esta forma de medicalización es la que se ha convertido hoy en la acepción dominante para la comprensión del término. En efecto, la medicalización se define en nuestros días, esencialmente, como un fenómeno por el cual conceptos y tecnologías médicas se aplican para la regulación de conductas individuales o fenómenos sociales. En definitiva se trata de la ocupación de espacios y competencias que corresponde gobernar al individuo y que este deriva a una instancia externa y ajena para que las administre. Sin embargo la idoneidad de la medicina para el manejo de estas situaciones es cada vez más controvertido. La renuncia del sujeto a su responsabilidad, la delegación de funciones por la sociedad (y en última instancia por el poder político) es muy evidente, pero no por ello deja de resultar problemática pues la medicina como otros saberes científico, no es una institución neutral asentada en principios incuestionables. En definitiva esa abdicación de responsabilidades por los individuos supone que es en otros centros de decisión donde se determina no sólo la competencia para actuar sino los criterios de normalidad y anormalidad que justifican una intervención correctora.

Como puede advertirse se trata de un proceso por el cual acontecimientos muy diversos han pasado a interpretarse y modificarse según los criterios epistemológicos de las ciencias médicas. Durante el siglo XVIII la población asentada en las ciudades fue cada vez más numerosa y esas gentes, desruralizadas, fueron asumiendo los conceptos defendidos por una medicina académica, más tecnificada, que se contraponían a costumbres y prácticas que no tenían otro fundamento que un empirismo acrítico y una tradición secular. El proceso desde entonces no ha cesado de prosperar.

¿Cuáles fueron los campos en que la medicalización se intensificó? Las medidas higiénicas que salían de lo privado y afectaban a la sociedad, es decir, la higiene que en el XIX se va a llamar “pública”, los hospitales, la atención a los enfermos mentales o el cuidado de los niños abandonados fueron algunos de los problemas atendidos por los profesionales de la salud, quienes se implicaron en una verdadera “cruzada médica” para imponer sus criterios de reforma. Sin duda entre los ciudadanos fue la difusión de algunas prácticas higiénicas dirigidas a la atención al cuerpo donde más tempranamente se atendió a las recomendaciones de los médicos. Una tradición muy antigua de preocupación por el régimen de vida volvió a ser puesta en circulación entre los lectores europeos. Recuérdese los distintos *Regimina* medievales que habían organizado escolásticamente las recomendaciones hipocráticas sobre la *diaita*, y habían tenido una vigencia diversa en la literatura médica durante el Renacimiento. Los muy traducidos libros de Samuel Tissot *Avis au peuple* (1762), *De la santé des gents de lettres*(1767) o

¹ El *Dictionnaire* de la Académie Française define *médicaliser* y su derivado *médicalisation* como *Doter de moyens de surveillance médicale; faire bénéficier de soins médicaux. Médicaliser des populations réfugiées. Surtout au participe passé. Grossesse médicalisée, qui se déroule sous contrôle médical. Une maison de retraite médicalisée.* Por su parte el *Oxford English Dictionary* define el verbo *medicalize* como *treat (something) as a medical problem, especially without justification.* El Diccionario de la Academia Española no recoge todavía (2014) el término.

el también muy difundido *Tratado da conservação da saude dos povos* (1776) de Antonio Nunes Ribeiro Sanches, serían algunos de los testimonios impresos de esa inquietud. Dos cambios tendrían influencia decisiva en la modificación de las condiciones higiénicas de las ciudades: la urbanización (trazado racional de las calles, limpieza y eliminación de las aguas sucias) y la promulgación por toda Europa, de Portugal a Prusia, de leyes dirigidas a prohibir los enterramientos en las iglesias e imponer la creación de cementerios fuera de las ciudades. La policía sanitaria, en el entendimiento que de este concepto hicieron los burócratas cameralistas centroeuropeos, se convirtió en la doctrina en que se podía fundamentar un gobierno, fuese estatal o local, para conseguir entre sus súbditos el beneficio de un aumento de población y una mejora general de su estado de salud. La obra de Johan Peter Franck representa la culminación del proceso. Por toda Europa los gobiernos ilustrados dispusieron medidas legales que reforzaban el papel de médicos y cirujanos y difundían medidas higiénico-sanitarias comunes. Las *Gacetas*, *Mercurios*, *Diarios*, *Correos*, contribuían a divulgar nuevos usos y costumbres relacionados con estas prácticas destinadas a mejorar la salud: inoculación y vacuna contra la viruela, partos asistidos por médicos, reformas en los hospitales, creación de cementerios, empedrado e iluminación de calles, instalación de fuentes y lenta imposición de un sistema de eliminación de las aguas residuales.

La aceptación de un discurso técnico reservado a profesionales, el reforzamiento de la autoridad del médico y el confinamiento de ciertos problemas en el ámbito de la medicina fue la inmediata consecuencia de este proceso. La separación entre expertos y legos, entre médicos y vulgo, se hizo más intensa de lo que nunca había sido. La división del trabajo propia de una sociedad industrial y la atribución de diferentes responsabilidades para cada grupo, sostenidas con eficacia por una sociedad de clases, contribuyeron también a la aceptación de esta nueva situación. Pero también es cierto que los médicos fueron muy eficaces en la generación de una literatura divulgativa que conseguía entrar en las bibliotecas de la gente con inquietudes librescas. La *Encyclopedie* estaba repleta de conceptos médico-sanitarios de manera que se hacía muy fácil también la consulta de esa información y la prensa periódica daba constantemente noticia de la publicación de libros o de la promulgación de normas legislativas de contenido sanitario.

Estas medidas contribuyeron también, de manera muy decisiva, al establecimiento de un nuevo orden social acorde con los intereses de la clase dominante. La burguesía decimonónica asumió sin dificultad esta nueva distribución de funciones, que extraía de la familia o de la inmediata responsabilidad de las autoridades civiles, el tratamiento de algunos asuntos (la defensa de la enfermedad, la atención a la embarazada, la imposición de medidas preventivas ante las epidemias) que la sociedad del llamado Antiguo Régimen había gestionado con tantas dificultades como escasa eficacia.

Los hospitales pasaron progresivamente a ser instituciones dirigidas exclusivamente al cuidado de la enfermedad mientras perdían su carácter de lugar de recepción y confinamiento indefinido de desvalidos (inválidos, pobres, viejas prostitutas, padres pródigos, huérfanos). La institución asilar en todas sus formas “hospital militar”, “hospital de dementes”, “hospital de prevención o cuarentenario”, “hospital de enfermos” sufrió el proceso de medicalización a través de una presencia cada vez más

dominante del personal profesional. Se producía al mismo tiempo un retroceso de los eclesiásticos y de los miembros de congregaciones y cofradías benéficas perpetuados muchas veces en puestos de la administración que consumían mayoritariamente las rentas fundacionales iniciales. Es sabido sin embargo que el cambio no se produjo en toda Europa con la misma rapidez ni la misma contundencia. Los hospitales franceses, centroeuropeos y británicos evolucionaron en buena medida hacia instituciones cada vez más profesionalizadas en que, junto a la atención médica de los enfermos, se atendía también a la formación de futuros profesionales facilitando la enseñanza de una formación clínica para los estudiantes. En la periferia europea, sin embargo, la función asilar tuvo una mayor perduración y no fue ajena a unas condiciones de hacinamiento y descuido frecuentemente denunciadas.

El positivismo reforzó con nuevos argumentos teóricos la oportunidad y utilidad de estos cambios al confiar en la competencia de unos especialistas, los médicos, la solución de problemas que no podían abandonarse a la iniciativa de los profanos, faltos de los conocimientos imprescindibles para resolver estas situaciones. El éxito de la medicina del laboratorio, con los avances en el diagnóstico y en la fundamentación de la prevención y el tratamiento de la enfermedad, dio un impulso definitivo al proceso. Fue así como médicos e ingenieros se convirtieron, a lo largo de todo el siglo XIX, en los profesionales cuya actividad se vinculó más unánimemente con el progreso y el bienestar de la sociedad.

La medicina impuso una doctrina de las causas, una etiología, que encontraba en la lesión anatomopatológica, el agente infeccioso o el trastorno metabólico mensurable, la explicación última de la enfermedad. Suponía esto un elemento objetivo que impedía cualquier exceso teórico no fundamentado en la percepción sensorial y material de una alteración de la fisiología humana. Las construcciones teóricas podrían servir para consultas puntuales, pero las distintas especialidades médicas encontraban siempre una respuesta que se atenía a parámetros esencialmente físicos, o al menos materiales, para fundamentar de manera objetiva e incontestable su validez. El método científico se basaba en la observación y el experimento, a su vez, confirmaba o descartaba la veracidad de la hipótesis. La condición somaticista de la medicina, la convicción de que la enfermedad afecta esencialmente al cuerpo, contribuyeron decisivamente a esa objetivación de las causas de la enfermedad y por tanto de su control.

La medicalización que se produjo en la etapa comprendida entre 1770 y 1830 tuvo aspectos positivos en cuanto contribuyó a mejorar las condiciones de vida de la población e impulsó el consiguiente cambio demográfico (disminución de la mortalidad infantil, aumento de la esperanza de vida, prevención de epidemias, progresivo control de la natalidad). Sin embargo tuvo también otros efectos de perdurabilidad no menos duradera y que son los que han acabado imponiéndose como acepción dominante del concepto. Se produjo también una medicalización de aspectos de la vida ordinaria que se colocaban bajo la competencia del médico, que ocupaba ahora el lugar de árbitro, juez, curador y responsable del orden social. Fue obviamente un efecto negativo y cuestionable de ese poder médico que podía en muchas ocasiones desbordar la propia competencia profesional.

Me he referido antes a Samuel Tissot, un médico suizo fallecido en 1797 que se convirtió en una celebridad europea a pesar del escaso valor intrínseco de sus obras. Entre sus obras más veces editada destaca *L'Onanisme. Dissertation sur les maladies produites par la masturbation* (1784) que es uno de los primeros hitos en la acepción más difundida hoy del término medicalización. En su libro Tissot describe con toda minucia los desgraciados efectos que según él se seguían de esta práctica sexual. Traducida rápidamente a casi todas las lenguas europeas (hay versiones al español, al ruso, al inglés, al alemán, al italiano) alcanzó una difusión extraordinaria y se encuentra en los inventarios de gran número de las bibliotecas privadas conocidas. Sin originalidad, en realidad reproduce información recogida acríticamente en la bibliografía antigua (desde el corpus hipocrático a las disertaciones sobre higiene privada y vida sexual de la edad media y el renacimiento) y sigue a una publicación anónima, *Onania* publicada en Londres en 1717, que fue mucho menos conocida pero que fue la primera llamada a la proscripción de la masturbación con una enumeración de una larga serie de perjuicios. *Onania* es una referencia reiteradamente mencionada por Tissot quien, aunque hace un juicio bastante displicente de su precedente, recurre constantemente a su bibliografía y reproduce algunos casos más llamativos de enfermedades debilitantes ocasionadas por la masturbación. Solo cuando un médico de fama indiscutida –recuérdese lo que hemos dicho a propósito del reforzamiento de la autoridad del médico como consecuencia del proceso de medicalización- se atrevió a poner su nombre en un disertación sobre ese tema dejó de convertirse en un asunto secreto, casi irrelevante, en cuanto a la intervención de los profesionales. En efecto desde el siglo II los médicos se habían movido entre la tolerancia y la despreocupación ante una práctica sobre cuyos supuestos peligros no se enfatizaba².

Menciono aquí la masturbación porque permite advertir en todo su esplendor los efectos de un proceso de medicalización. En efecto Tissot comienza por aducir un número muy abultado de médicos que, desde Hipócrates hasta Boissier de Sauvages, habían descrito y enumerado los efectos perniciosos que se seguían de una actividad sexual intensa. Los autores se convierten en autoridades y legitiman el discurso que no puede ser cuestionado, las citas librescas en cascada—veremos que el procedimiento tiene hoy la misma vigencia- refuerzan en su misma redundancia la supuesta veracidad indiscutible de lo afirmado. En la misma línea de confirmar la veracidad de la tesis del libro se suceden los casos de hombres y mujeres a quienes los excesos sexuales han llevado a diversas enfermedades de evolución infausta. De este modo la observación empírica consigue convertirse en un nuevo refrendo de las tesis del autor. Tissot autor de algunos

² Tampoco la moral cristiana enfatizaba sobre la naturaleza pecaminosa de la práctica aunque Santo Tomás de Aquino (*Summa Theologica*, II-IIae, q.154, art.11) incluía la masturbación, denominada polución, dentro de los pecados “contra natura”. A pesar de que teóricamente el juicio moral era muy duro contra estos pecados en la práctica la responsabilidad del penitente estaba muy atenuada. Tampoco era un pecado reservado al obispo, por tanto su malicia teórica no se acompañaba de una especial interdicción y la contradicción entre doctrina y experiencia vital daba lugar a la sistemática recomendación del matrimonio como remedio y a la censura a los amos que con salarios bajos retrasaban a sus criados la posibilidad de contraer nupcias.

libros sobre enfermedades nerviosas³ era alguien con autoridad y criterio para ser oído e imponer un parecer, una doctrina, una tesis. El paso siguiente era hacer de lo que se entiende como un hábito licencioso toda una enfermedad. Tissot estructuró su monografía como si se tratase del relato de una enfermedad con cuatro capítulos: síntomas, causas, curación y unas reflexiones sobre la polución nocturna involuntaria. El tratamiento médico quina, baños fríos, agua de España, algunas infusiones desbordaba a lo que podríamos llamar la reforma meramente moral de una costumbre, los consejos generales para el mantenimiento de la salud. Es cierto que no llegó a tipificar como enfermedad la masturbación, pero no dudó en ocuparse de los efectos de su práctica como si de una enfermedad se tratase y de establecer una relación causal, inmediata, con algunas enfermedades indiscutidas. Quiero también advertir como el término latino *polutio* que se encontraba tradicionalmente en todas las lenguas latinas donde había pasado a través fundamentalmente del lenguaje de los moralistas cristianos, se vio progresivamente sustituido por el de masturbación, un cultismo que reafirmaba su confinamiento en el ámbito de unos profesionales singulares los médicos, dotados de su propio lenguaje especializado. En francés se introduce en el diccionario de la *Academie* en 1835, en español aparece en la edición de la academia de 1884 mientras en inglés se data en 1711 como una transformación de *mastupration* en uso desde 1620

Hubo que esperar más de cien años para que algunas voces, James Paget (1875), Charles Mauriac (1880), Jules Christian (1881), Havellock Ellis (1900) se atrevieran a revisar unas ideas que no tenían ningún refrendo científico y que se basaban exclusivamente en inferencias llevadas a la exageración desde la concepción humoral. Pero es sabido que esas crítica no fueron suficientes para deshacer ese mito. Thomas Szasz ha tenido ocasión de reivindicar el estudio de E.H.Hare en que la *masturbatory insanity* perdura durante buena parte del siglo XX, en el mismo sentido y una revisión más reciente⁴ muestra como aterrorizar fue hasta casi doscientos años después de la aparición de la obra de Tissot el propósito de muchos médicos y educadores. La influencia de la obra de Tissot, un caso de medicalización arquetípico, ha tenido una perduración duradera en el tiempo.

¿Por qué decimos que su desarrollo ha sido modélico? A nuestro entender porque asistimos a la constitución de un problema médico a partir de una práctica que no era en el siglo XVIII una novedad en los hábitos de la población. La masturbación no fue un descubrimiento para los médicos ilustrados. En segundo lugar porque los criterios médicos se convirtieron en dominantes sobre otras consideraciones que resultaban mucho más relevantes para dar motivo a una intervención o a algún tipo de censura sobre su práctica (la moralidad del acto, su difusión ante la imposibilidad de contraer matrimonio por motivos económicos). En tercer lugar porque el discurso médico con su pretensión de rigor y efectividad, de neutralismo moral e independencia frente a cualquier otro poder, hizo de los médicos los únicos profesionales con capacidad para dilucidar con carácter universal -y al margen de los eclesiásticos, la policía o los jueces-

³ Su libro sobre la epilepsia apareció en 1770, el dedicado a las enfermedades nerviosas en 1785.

⁴ STENGERS, Jean, NECK, Anne van, *Histoire d'une grande peur: la masturbation*, Bruxelles, Université de Bruxelles, 1984.

sobre la peligrosidad del fenómeno en el propio cuerpo del sujeto. En cuarto lugar porque desde la propia medicina se asiste al proceso de desmedicalización, a una revisión crítica de las tesis dominantes, se afirma la inocuidad de la práctica y se la extrae del ámbito de la investigación médica. Finalmente porque son criterios somaticistas –la ausencia de síntomas objetivables en la práctica diaria y la inexistencia de anomalías nerviosas perceptibles- los que contribuyen directamente a su eliminación de la nosografía. Son estos criterios los que echan por tierra los argumentos *ad hoc* y *post hoc, propter hoc* que se habían reiterado como acreditativos de la peligrosidad de una práctica: como los dementes encerrados se masturban frecuentemente, se infiere que la masturbación conduce a la locura.

La psiquiatría en el centro del debate

Entre los saberes médicos ha sido la psiquiatría la especialidad médica más frecuentemente responsabilizada de empujar a los individuos hacia una medicalización de sus conflictos personales y de sus problemas de integración social. Las razones para esta deriva tienen varios orígenes. De un lado se trata de una especialidad cuyo objeto de estudio afecta a la conducta del hombre y por tanto a su dimensión más social. El desplazamiento hacia la medicina de la corrección de comportamientos cuestionables constituye un proyecto muy atractivo. En efecto la psiquiatría evita la intervención policial y reduce esos comportamientos anómalos a un problema médico, además la competencia de los profesionales sanitarios les provee de un arsenal terapéutico que hace silenciosa, anónima, limpia, la supresión de los efectos indeseables por los que aquella conducta entra en conflicto con el orden social vigente. Tampoco puede olvidarse que una medicalización positiva fue la que impuso un reconocimiento especial del enfermo mental y consiguientemente un tratamiento más humano y cordial, a pesar de todas sus limitaciones y excesos, desde el siglo XIX. El nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica fue un factor decisivo en lo que se ha llamado la “humanización de la pena”, es decir la disminución progresiva de tratamientos violentos en personas cuya conducta entraba en conflicto con las normas sociales dominantes. Fue así como esos comportamientos pasaron a interpretarse como anomalías, como consecuencia de una enfermedad singular, la “enfermedad mental”. Que las denominaciones de los médicos que se ocupaban de estos padecimientos fuesen diversas (frenópatas, alienista) o que la nomenclatura de estas enfermedades dice lugar a numerosas taxonomías, en modo alguno afecta a la realidad de un hecho: el derecho fue cada vez más sensible ante la necesidad de contemplar determinadas conductas como no delictivas o, al menos, como atenuantes de la responsabilidad penal del sujeto en la comisión de determinados actos.

En esta revisión de la psiquiatría se ha producido la convergencia tanto de la tradición francesa más historizante, que pasa por Foucault y por los psiquiatras franceses más críticos ante su propio pasado, como la tradición americana liberal, a su vez muy radicalizada ideológicamente en algunos de sus cultivadores, que desde las universidades ha visto siempre la especialidad como un saber mediatizado por los intereses mercantiles de la industria, las aseguradoras y la codicia de algunos pacientes obsesionados por presentarse como víctimas. La antipsiquiatría, muy vinculada a este

pensamiento, contribuyó también desde el último tercio del siglo XX a repensar la llamada enfermedad mental y sobre todo la legitimidad de un tratamiento médico y un aislamiento de quienes eran diagnosticados como enfermos⁵.

En la psiquiatría se pone en evidencia además la dificultad de establecer una relación causa-efecto con arreglo a criterios organicistas, somaticistas, semejantes a lo que sucede en otras disciplinas médicas. Esta situación genera un espacio para la especulación que deja a la especialidad en un terreno más frágil e inseguro desde el punto de vista metodológico. Es evidente que el paradigma biomolecular que sustenta hoy la interpretación de la enfermedad ha sido capaz de integrar los hallazgos y avances que habían surgido de las mentalidades anatomoclínica, fisiopatológica y etiológica surgidas en el siglo XIX. Sin embargo en el ámbito de las enfermedades mentales solo lo ha conseguido de manera muy parcial e indirecta a través de la eficacia indiscutida de los tratamientos farmacológicos. Es la farmacodinamia, es decir el mecanismo de acción del fármaco, la prueba de que una alteración en la bioquímica cerebral y una modificación de la actividad molecular de los neurotransmisores actúa sobre la constelación de síntomas que se reúnen bajo las distintas denominaciones con que se conocen los trastornos mentales (enfermedades). En cuanto a las explicaciones etiológicas o causales solo resultan convincentes y disfrutan de una aceptación general en una parte limitada de la abultada nosografía de la especialidad. Si las últimas décadas se han caracterizado por un crecimiento espectacular de las neurociencias, en cambio no se ha conseguido aún un nivel de evidencia similar al que en su momento alcanzó la anatomía patológica en relación con la interpretación anatomoclínica de la enfermedad o la microbiología para la identificación de las enfermedades transmisibles. La reivindicación de las neurociencias como fundamentales para el estudio de la enfermedad mental ha dado un posicionamiento abiertamente contrario en reivindicación de la singularidad de la psiquiatría como especialidad. Las tesis de un neurobiólogo con formación psiquiátrica específica, el premio Nobel de medicina del año 2000 Eric Kandel, son muy indicativas de la situación controvertida de una psiquiatría en peligro permanente de mantenerse en la fragilidad especulativa si no es capaz de permanecer en continuo diálogo con la neurobiología.

El DSM: un consenso forzado

El acuerdo entre la comunidad científica apenas va más allá del establecimiento de una nosotaxia común- el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)-fundamentado en una dependencia muy intensa de los síntomas como elemento definitorio del estado de enfermedad aparecido por primera vez en 1952. Las distintas ediciones del *Manual* han buscado alcanzar un consenso no solo entre psiquiatras y psicólogos primero, sino también conseguir una mayor aceptación entre sectores muy diversos de la sociedad (la exclusión de la homosexualidad como enfermedad en todas sus formas en el DSM III-R en 1987 fue uno de los casos más significativos por su

⁵ El lector interesado puede encontrar una revisión de la historiografía de la psiquiatría, con una muy ponderada reflexión sobre las posibilidades y limitaciones que la investigación de la historia de la especialidad plantea hoy, en la obra de Rafael Huertas recogida en la bibliografía.

repercusión inmediata). De esta manera las distintas ediciones del *Manual* han conseguido imponerse al menos como un instrumento unificador del lenguaje aunque sea a costa de evitar cualquier posicionamiento sobre la etiología y tratamiento de los trastornos mentales en que la discrepancia entre especialistas es todavía muy intensa. De una manera muy rotunda el DSM IV-TR (2000) se mantenía en la línea de una actitud “agnóstica” en lo que a los conceptos etiológicos no completamente demostrados se refiere. Una actitud que no ha sufrido modificaciones sino que por el contrario se ha reafirmado en una línea de mayor escepticismo aún en el DSM V (2013), última de las ediciones aparecidas, donde se señala que “hasta que se identifiquen de forma incontestable los mecanismos etiológicos o fisiopatológicos que permitan validar por completo un trastorno o espectro de trastornos específico, la regla más importante para establecer los criterios del trastorno del DSM-V será su utilidad clínica para valorar su curso y la respuesta de los individuos agrupados en función de un conjunto dado de criterios diagnósticos”⁶.

Es evidente que frente a otras especialidades la psiquiatría se encuentra en una fase de su desarrollo de incompleta consolidación etiológico-causal que la deja en una posición epistemológica más frágil. Por supuesto no supone en modo alguno esta afirmación un juicio negativo, ni mucho menos despectivo, hacia la especialidad, se trata simplemente de la constatación de una realidad, de la evidencia de que no todos los campos o especialidades del saber médico están al mismo nivel en cuanto a los conocimientos de la etiología de la enfermedad. Se trata de un desconocimiento que permite, entre el ensayo y el error, la coexistencia de teorías con distinto nivel de certeza y donde se establecen teorías explicativas, con carácter más especulativo que podrán ser refutadas solo cuando nuestros conocimientos ofrezcan evidencias concluyentes.

En este sentido quiero llamar la atención sobre un hecho tan significativo como la desaparición del término “orgánico” en el lenguaje psiquiátrico y que es muy evidente en las últimas ediciones del DSM. La razón de esta supresión se justifica por entender que calificar a unos trastornos de “orgánicos” supone que hay otros que no lo son y en consecuencia se introduce una visión dualista (cuerpo-alma) que desde hace varias décadas se rechaza por lo que podríamos llamar el paradigma científico actual. Se prefiere entonces el término “biológico” que es más neutral, pero sobre todo más totalizador y no prejuzga la naturaleza de la enfermedad. Además se ha considerado así desde la propia especialidad que el adjetivo asimila la psiquiatría a otras disciplinas médicas⁷.

La contradicción reside en que mientras se evita el término orgánico por reduccionista se ha impuesto otro que en realidad no dice nada, pues toda psiquiatría es ineludiblemente biológica, humana y a fin de cuentas *orgánica*. En la literatura médica general y en el lenguaje común se alude reiteradamente a la atribución de orgánico para

⁶ *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, Madrid, Panamericana, 2013, 6

⁷ Esta convicción se explicita de manera expresa por ejemplo en el artículo 3 de los estatutos de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica cuando afirma que “el fin primordial de esta sociedad es el promover estudios de la conducta humana, a través de la Psiquiatría Biológica, ateniéndose a las bases generales del pensamiento científico natural”

designar trastornos en que marcadores bioquímicos, determinaciones hormonales, imágenes del cerebro o disturbios electrofisiológicos evidencian una alteración evidente de la morfología del sistema nervioso. En cualquier caso nada evita ya la entrada de la denominación en muchas sociedades científicas que asocian los términos “psiquiatría biológica” en un auténtico pleonasma pero que deja fuera orientaciones psicodinámicas o psicoanalíticas sin despertar las reticencias o rechazos expresos en usuarios o en otros especialistas.

Pero además hay otros factores adicionales que sitúan a la psiquiatría en esta primera línea de la medicalización de la sociedad. En efecto ante la inexistencia de criterios organicistas claros la definición de las entidades nosológicas, se hace con datos esencialmente empíricos y descriptivos. El lector de la introducción de su última edición el DSM IV-TR se topa a cada momento con un manifiesto escepticismo de los redactores sobre el asunto del que están tratando, reiteradamente advierten que en muchos casos los pacientes no pueden asimilarse completamente a las categorías identificadas pues son diversas las situaciones en que se confunden unas identidades patológicas con otras. Y este escepticismo, esta ambigüedad, no nace de ningún propósito de pacto o acuerdo entre distintas ideologías, sino de la propia plasticidad de la enfermedad mental, de su carácter moldeable que impide afirmaciones tipificadoras absolutas. Así se indica que los profesionales eviten términos como “un esquizofrénico” prefiriendo que las referencias sean siempre a “un paciente que tiene o padece una esquizofrenia”.

“En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico.”
(p.XXXI)

La identificación de las entidades morbosas, presentadas como “trastornos mentales” se establece a través del consenso en la comunidad científica de los psiquiatras, esencialmente de la American Psychiatric Association responsable de la autoría del *Manual*. Ahora bien el consenso es cambiante y viene impuesto por el poder que en la asociación tienen grupos con ideologías o intereses muy definidos de modo que es inevitable la introducción de orientaciones que afectan a la definición de entidades morbosas. La aceptación que el DSM ha alcanzado como instrumento de uso entre psiquiatras, psicólogos, educadores, penalistas, gestores hospitalarios y... compañías de seguro, a la hora de establecer una nomenclatura de la enfermedad mental, le da una hegemonía que desborda ampliamente su origen y finalidad y le ha convertido para

quienes solo han oído hablar de él en la “biblia” de la psiquiatría y recurso imprescindible para la identificación o supresión de las entidades nosológicas susceptibles de reconocerse como tales. Se trata de un crédito excesivo pues no es más que lo que su nombre indica, una clasificación de trastornos mentales definidos empíricamente por sus síntomas o señales indicativas. Por ello la *Guía* de consulta de la edición del DSM-V ha incluido una “Declaración cautelar” dirigida a abogados y jueces que recurren con frecuencia al Manual para prevenirles en contra de cualquier conjetura sobre la etiología o las causas del trastorno. Del mismo modo que se recuerda que el Manual no establece valoración del grado de control que pueda tener sobre los comportamientos que pudieran estar asociados con cada trastorno pues aun “cuando la reducción de la capacidad de control del propio comportamiento sea una característica del trastorno, el diagnóstico en sí mismo no demuestra que un individuo en particular sea (o haya sido) incapaz de controlar su comportamiento en un momento dado” .Por consiguiente, será responsabilidad específica de los tribunales formular las interpretaciones sobre las responsabilidades de los actos que procedan. Advertencias similares contenía también el DSM IV TR aunque de forma menos enfática. Se trata, en suma, de un rechazo expreso por sus redactores del exagerado valor que se ha dado al *Manual* aun en competencias que no ha buscado y que van mucho más allá de sus posibilidades como repertorio de diagnóstico.

Pero si me he detenido con un poco de amplitud en este análisis del DSM es porque considero que es el mismo *Manual*, a través de sus diversas ediciones, el que muestra de manera muy explícita por qué razón es la psiquiatría la especialidad más dispuesta a la medicalización de problemas. Es precisamente ese reconocimiento a la inexistencia de límites, esa dificultad para llegar a un acuerdo en la conceptualización y definición de los trastornos mentales lo que da origen a una muy fluida y cambiante identificación de enfermedades (más de 400 a través de 17 categorías en el DSM-IV-TR, que pasan a 21 en el DSM-V). Algunas de estas categorías como el cajón de sastre constituido por “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” se constituyen como espacios donde se pueden ubicar situaciones vitales que se medicalizan o más aún se psiquiatrizan tan pronto se identifican en ellas elementos de displacer, disgusto, malestar, incomodidad que convertidos en síntomas pueden dar lugar a una entidad morbosa. En el proceso intervienen desde luego otros agentes como los mismos individuos que se consideran “enfermos”, no se olvide que los trastornos facticios incluyen ya a individuos dotados de alta capacidad para generar esos cuadros.

Me he referido antes a una mentalidad crecientemente hedonista de la población del mundo desarrollado. Es tal vez en la esfera del comportamiento sexual donde el fenómeno de la medicalización reviste unas características más llamativas. En efecto es aquí donde el usuario, no es correcto hablar de paciente, introduce sus propias aspiraciones o quiere llevar a cabo sus fantasías más íntimas. Es el caso de la denominada “eyaculación precoz”, una situación, donde precisamente es del lado del médico desde donde se advierte una actitud más expectante y casi nihilista ante muchas demandas de los usuarios. Y es preciso reseñar que hasta el DSM IV TR que identifica el trastorno como dotado de identidad propia expone unas recomendaciones de prudencia y cautela en nada medicalizadoras. En realidad habría que distinguir entre

eyaculación precoz, rapidez en la eyaculación y retardo del orgasmo, algo que son los individuos quienes en funciones de sus expectativas, o las de sus parejas, pueden establecer en asunto tan íntimo. A fin de cuentas la rapidez en la eyaculación es una defensa de muchas especies de seres vivos con reproducción sexual para prevenir o eludir el ataque de depredadores durante el apareamiento. Sin embargo en la edición del DSMV se establecen tiempos de duración en los casos leves, moderados o graves, que supone una normalización o regularización de algo que no es un comportamiento sino una respuesta fisiológica. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) con efectos secundarios en la esfera sexual que hace a muchos pacientes prescindir de su uso, han sido recomendados en la eyaculación precoz donde son precisamente esos mismos efectos secundarios indeseados los que se convierten en el efecto principal buscado. Precisamente cuando las patentes de muchos de estos productos han caducado tienen ahora una nueva posibilidad de entrada en el mercado gracias a este deseo del consumidor de prolongar al máximo cualquier sensación placentera.

Conclusión

La autonomía del paciente es hoy una más entre las parcelas de libertad y gestión de la propia vida que los ciudadanos en el mundo occidental hemos conquistado. Y la ética médica la ha convertido en uno de los principios cardinales de su fundamentación. Si en sus orígenes la medicalización contribuyó a reforzar la autoridad del médico ahora convierte progresivamente a los profesionales en dispensadores de remedios para un peticionario que se ve a sí mismo más como usuario que como paciente. ¿Qué consecuencias tiene esto en el proceso? Obviamente la ubicación en una posición de simetría con el médico, al que el “enfermo-usuario” reclama la solución de problemas sobre los que él se considera sobradamente capacitado para opinar. También el discurso de los expertos se ha hecho asequible y la educación para la salud ha tenido efectos en el crecimiento de la demanda social de remedios por parte del ciudadano-consumidor. La identificación de bienestar con felicidad, la incompreensión ante el sufrimiento, la frustración, la insatisfacción, el incumplimiento de las expectativas que la vida a cada momento impone llevan a una confusión muy peligrosa. *Vulgo cupit remedia* decían los medievales y esa búsqueda de las distintas panaceas que ofrece la industria se ha hecho mucho más urgente en una sociedad que creyó posible una salud para todos el año 2000 recuerden Alma Ata y que no quiere asumir lo inexorable, el envejecimiento, el infortunio, el fracaso, y que quiere también para eso remedios y ponerle un nombre que en alguna medida le tranquilice pero sobre todo le desculpabilice y desplace a otras instancias la responsabilidad de lo que le insatisface o le enferma.

Bibliografía fundamental

- CHODOFF, Paul, The medicalization of the Human Condition, *Pschiatric Services*, 53:627-28 (2002)
- GORI, Roland, DEL VOLGO, Marie José, La santé totalitaire. Essai sur la medicalization de l'existence, Paris, Denoel, 2005
- HUERTAS, Rafael, Historia cultura de la psiquiatría, Madrid, Catarata, 2012

KUTCHINS Herb, KIRK Stuart. Ci fanno passare per matti. Il DSM: la biblia della psichiatria e la creazione dei disturbi mentali. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2003

LANTERI-LAURA Georges. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela; 2000

MULDER RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? Perspectives in Biology and Medicine. 2008 Spring;51(2):238-50

NYE, Robert A., The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century, Journal of History of the Behavioral Sciences, 39(29):115-129 (2003)

A CRIAÇÃO DO HOSPITAL DE RILHAFOLES – O PRIMEIRO HOSPITAL DE ALIENADOS EM PORTUGAL: UMA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA MENTAL EM MEADOS DO SÉC. XIX

Ana Catarina Necho

Doutoranda. Investigadora

Centro de História-Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa /

Centro de Estudos de História Religiosa - UCP

E-mail: catarinanecho@hotmail.com

Resumo

Nas IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental realizadas nos dias 6 e 7 de Maio de 2013 apresentou-se uma comunicação intitulada: «*A Criação do Hospital de Rilhafoles – o primeiro hospital de alienados em Portugal: uma política de assistência mental em meados do séc. XIX*».

O objectivo centrou-se em abordar a questão da alienação mental, num processo de transição, em que a loucura deixa de ser encarada como uma problemática que prejudicava a sociedade e por conseguinte passa a ser objecto de estudos médicos. Esta mudança de paradigma vai permitir um novo olhar sobre o louco, e compreender que este necessita de protecção e auxílio, visto que inconscientemente «estava fora de si».

Neste sentido, no século XIX inicia-se um processo de institucionalização que permitiu um novo discurso médico e disciplinar com uma influência humanista, que possibilitou a criação de edifícios próprios para acolher e tratar os alienados.

Palavras-chave: alienação mental; Políticas assistenciais; Hospital de Rilhafoles; Psiquiatria.

Abstract

In IV International Symposium on the History of Psychiatry and Mental Health performed on 6 and 7 May 2013 was presented a communication entitled “The Creation of Rilhafoles Hospital - the first hospital alienated in Portugal: a policy of mental care in mid century. XIX”.

The objective focussed on address the issue of mental alienation in transition process, where the madness stops being seen as a problem that would undermine the society and therefore shall be subject to medical studies.

This paradigm shift will allow a fresh look at the crazy, and understand that this need of protection and assistance, as they unconsciously «was beside himself».

In this sense, in the nineteenth century started a process of institutionalization that allowed a new doctor and disciplinary discourse with a humanistic influence that led to the creation of own buildings to accommodate and treat the mentally ill.

Introdução

Este artigo resulta da comunicação realizada nas IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental, intitulada «*A Criação do Hospital de Rilhafoles – o*

primeiro hospital de alienados em Portugal: uma política de assistência mental em meados do séc. XIX».

O objectivo centrou-se em analisar a temática da alienação mental, no contexto português focando-se no século XIX. Porque, até este período, os indivíduos que sofriam desta patologia eram colocados à margem da sociedade sobretudo por serem considerados perturbadores da ordem social, bem como incapazes para a produção de trabalho.

No século XIX assiste-se a uma mudança de paradigma, não só pelo contributo e emergência da psiquiatria, mas porque a alienação mental passou a ser observada enquanto patologia e estudada sob campo científico.

Concomitantemente surgem novas políticas de assistência mental, e em Portugal o processo de institucionalização da loucura verifica-se com a criação do Hospital de Rilhafoles, em 1848.

Discussão. Desenvolvimento do Tema

«A criação do Hospital de Rilhafoles – o primeiro hospital de alienados em Portugal: uma política de assistência mental em meados do séc. XIX» consiste no tema da comunicação apresentada no dia 6 de Maio de 2013, nas IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental, em Coimbra.

Em meados do séc. XIX tornou-se manifesto o processo de institucionalização da loucura, que para além de ter constituído um reflexo de novas facetas ideológicas e políticas das sociedades modernas, ligou-se também à formação de um discurso médico e disciplinar, que fez da loucura objecto de análise, possibilitando assim a compreensão e transformação da doença mental vivida pelos doentes e sofrida pela sociedade.

Desta forma, a imagem que a sociedade tinha do «louco» incurável altera-se, pois ele torna-se aceitável pela mesma, considerando-se atingido por uma afecção tão temporária e curável como qualquer outra doença.

Assim sendo, há medida que os progressos nos estudos no campo científico se verificaram, sobretudo pelo contributo da emergência de uma nova ciência, neste caso a psiquiatria durante o século XIX, verificou-se não só um novo olhar sobre a doença mental, bem como um novo entendimento sobre o ser humano através também da introdução do humanismo nas práticas assistenciais, em que se procurou a valorização e compreensão do homem enquanto «ser» que carecia de auxílio.

Esta nova concepção foi resultado também dos estudos de vários autores europeus que a partir do século XIX e na sua transição para o século XX, desmistificaram a imagem que até antes se tinha concebida do louco, como um ser «desviante», por vezes possuído «pelo demónio» e que a própria sociedade não só não amparava como deixava o indivíduo deambular pelas ruas, quando muitas vezes não era preso.

Com os estudos fulcrais de autores como Philippe Pinel, Étienne Esquirol, Tuke, Emil Kraepelin, entre outros, a imagem do homem sofre uma grande transformação. Nesse sentido, aquele que antes era conhecido como louco, como um ser «desviante», e muitas vezes «possuído pelo demo», passa a ser considerado pela própria sociedade, de uma forma que também pela introdução do humanismo o homem alienado passa a ser

observado de outro modo, a sociedade começa a preocupar-se com o seu estado e procura criar meios para o seu tratamento.

Por conseguinte, nos critérios a adoptar para a percepção do alienado, este deixa de ser encarado como um ser que não é reprodutor de trabalho e que transgride as normas estabelecidas pela sociedade em que estava inserido. O alienado passa a ser observado sob uma nova concepção, não só médica mas também científica e humanista.

Esta mudança de paradigma e o melhor entendimento sobre a alienação mental permitiu a consciencialização de que o indivíduo não tinha a percepção da alteração das suas faculdades mentais, bem como a alienação mental, tal como outras doenças são resultado de uma relação entre o indivíduo e o meio em que estão inseridos: factores endógenos e exógenos. Por conseguinte, este novo entendimento foi uma condição preponderante para uma problematização sobre os cuidados a prestar a estes doentes: percebeu-se que era necessário da parte das ciências e da sociedade uma reflexão de como proteger, auxiliar e tratar os alienados.

Em toda a primeira metade do século XIX, em países como a Inglaterra, a França e a Alemanha e em muitos outros estados da Europa e da América, já se observavam hospitais regulares para o tratamento e asilo dos alienados.

A situação portuguesa apresentava um quadro bastante diferente. Apesar de nesta época começarem a surgir os estudos de Egas Moniz, Miguel Bombarda, Júlio de Matos, Caetano Beirão e António M. Senna, muitos deles publicados no jornal *A Medicina Contemporânea*, o pensamento e a forma de tratar os alienados era bastante paradoxal. Visto que os doentes não eram compreendidos, na medida em que estavam ausentes das suas faculdades mentais e estes eram recebidos em hospitais gerais e tratados como se tivessem outras patologias, não esquecendo de quando muitas vezes iam para as cadeias e ficavam acorrentados, ou eram abandonados nas ruas e estradas, completamente desamparados e sem qualquer apoio, colocados à margem da sociedade.

A mudança sobre o estado patológico e a compreensão de necessidade de auxílio dos alienados inicia-se em Portugal, em meados do século XIX, embora com grandes e graves lacunas.

A sociedade começa a procurar medidas de apoio para estes indivíduos. Por conseguinte, em 1818, os alienados começaram a ser recebidos nas enfermarias do Hospital de S. José, neste caso a 13^a e 19^a, denominadas de S. Teotónio esta para acolher os homens e a de Santa Eufémia para receber as mulheres⁸.

Mas, o facto é que as enfermarias não só revelavam ser insuficientes para acolher o grande número de alienados que acorria ao Hospital, como demonstravam falta de cuidados no acolhimento e assistência.

Perante esta problemática de carência, neste período são tomadas algumas iniciativas para começar a cuidar e examinar os alienados já sob uma outra perspectiva. Assim, é estruturado um projecto de construção de um hospital para alienados, de acordo com os princípios que norteavam a prática médica neste campo clínico.

⁸ Cf. SENNA, António Maria de, *Os Alienados em Portugal – História e Estatística*, Vol. 1, Lisboa, Publicação da Medicina Contemporânea, 1884, p. 2.

Repare-se aqui na preocupação de ao prestar os devidos cuidados aos alienados, o mesmo ser exercido com normas e de acordo com as terapêuticas, que necessariamente cada indivíduo especificamente necessitava. Visto que antes como refere o Dr. António Maria de Senna: “vê-se que a therapeutica dos alienados era então uma simples aplicação banal, feita sem criterio algum, dos meios mais ordinariamente aproveitados no tratamento d’outras doenças”⁹.

Foi pois, em 1848, que surgiu uma política de assistência mental em Portugal, em certa medida, no nosso entender - uma resposta da sociedade a um problema que cada vez mais tomava maior proporção a que se impunha responder com eficiência e conhecimentos especializados, e já com um claro e amplo contributo dos países europeus onde a psiquiatria já tinha um vasto campo no domínio do saber científico e na compreensão e cuidado para com os alienados: “Definitivamente constituído e instalado o novo hospital, o dr. Pulido entregou-se ao estudo dos seus doentes, fazendo a justa aplicação das doutrinas de Pinel e Esquirol que já então iam penetrando por toda a parte”¹⁰.

Como dizia o Dr. Francisco Martins Pulido: “De todos os infortúnios, a que está sujeita a humanidade, nenhum é mais digno de compassivo respeito do que a alienação mental: e, de todas as doenças, nenhuma há que mais precise dos auxílios e socorros da sociedade”¹¹. Por conseguinte, constituiu-se uma instituição de assistência aos alienados, que ocupou o espaço antigo do convento de Rilhafoles, de S. Francisco de Paula, da Congregação do Oratório.

Nesta instituição, que durante décadas esteve sob a administração do Hospital de S. José, o objectivo centrava-se em aceitar os alienados curáveis e incuráveis separando-os em duas divisões, por sexo, uma feminina e outra masculina sem comunicação, bem como de acordo com a sua patologia, condição física ou até mesmo condição social, como acontecia com os alienados indigentes; os alienados agitados; os alienados paralíticos e os alienados pensionistas. E todas as repartições do hospital continham roupas, mobílias e utensílios no respectivo serviço, nos quartos, aposentos e enfermarias.

Note-se que, a criação deste Hospital, único no país, para alienados tinha também por objectivo satisfazer todas as amplas necessidades do reino, no tratamento de doentes que careciam das suas faculdades mentais logo, teve dificuldade em corresponder à procura.

Sabe-se que o hospital tinha sempre um número bastante superior de doentes, para além dos que eram recomendados, sendo que a maioria desses doentes provinha da região de Lisboa.

Contudo, a assistência ao alienado era prestada com assiduidade e cuidado. Os doentes eram vigiados dia e noite e nem dentro e fora do hospital ficavam um instante abandonados, havendo sempre ajudantes de enfermeiros que zelavam pela sua segurança, ordem e compostura. Tratava-se de homens e mulheres frágeis, que para

⁹ Vide Idem, *ibidem*, p. 5.

¹⁰ Vide Idem, *ibidem*, p. 16.

¹¹ Vide Idem, *Ibidem*.

além de não terem consciência dos seus actos podiam em várias situações atentar contra a sua própria vida; desta forma a instituição tinha que os proteger até das suas próprias acções.

Na linha dos hospitais congéneres europeus, cuja compreensão se impõe traçar, para enquadrar e comparar, procurava o Hospital de Rilhafoles proteger os alienados com a sua recuperação através da terapia e do trabalho; medidas que se dimensionarão no contexto da História da Medicina Europeia. Havendo assim que situar tais práticas nas formas de assistência mental verificadas na segunda metade do século XIX, sendo a mais saliente a emergência e consolidação de uma comunidade de médicos-psiquiatras que, em Portugal, acompanhavam e debatiam os modelos teóricos e práticos da psiquiatria europeia da época.

Este processo que foi resultado de um desenvolvimento das ciências médicas, e neste caso sobretudo da psiquiatria, que possibilitou uma nova abordagem no tratamento e protecção daqueles que tinham perdido as suas faculdades mentais.

Podemos concluir que o desenvolvimento da psiquiatria e o seu progresso permitiu um maior entendimento no campo das doenças mentais, da mesma forma que possibilitou uma transformação e desmistificação em torno das mentalidades, na concepção da loucura, bem como foi fundamental para uma modificação de comportamentos no sentido de prestar um maior auxílio e protecção aos alienados.

Neste estudo está a ser fundamental privilegiar a interdisciplinaridade entre as várias ciências, das mais diversas áreas do saber, que se revela essencial na orientação desta temática, em que o olhar da História e da Medicina se cruzam.

Esta investigação revela, que Portugal se distinguia no estudo das doenças mentais e na problemática em torno desta área.

O estudo do Hospital de Rilhafoles representa nos dias de hoje, não só a história daqueles por que lá passaram no processo de terapia, os doentes, que viram as suas faculdades mentais comprometidas e que foram objecto de tratamento, mostrando as terapias, alguns sucessos de recuperação, mas também daqueles que lá trabalharam – médicos, enfermeiros e auxiliares.

Mas, ao mesmo tempo contribuirá este estudo, pela análise histórica, para perceber as formas de recepção social das doenças e perturbações mentais, que, ainda hoje, tornam esta problemática uma questão essencial a trabalhar.

Ao estudar o passado das doenças mentais pretende-se retirar-lhes o seu estigma e perpetuar a memória de consagrados psiquiatras que contribuíram para este progresso no entendimento da alienação mental.

Note-se que o objectivo da edificação do Hospital de Rilhafoles era acolher os doentes da região de Lisboa. No entanto, verificou-se que isso não sucedeu, bem como com o passar dos anos as condições para acolher e tratar os doentes se foram deteriorando, quanto às questões de higiene e ao número excedente de doentes que o hospital albergava. “Este numero de 516 (tantos eram os alienados ali recolhidos n’aquella epoca) é muito superior á capacidade d’este edificio, d’onde resulta uma excessiva acumulação, que é peor dos males que póde accometter as condições hygienicas mais

essenciais d'un estabelecimento desta ordem”¹². Desta forma se conclui que o número de médicos e funcionários era bastante exíguo para as efectivas necessidades dos doentes: “A assistencia medica a 516 doentes não póde fazer-se com dois médicos, mesmo que ambos se dediquem com a maxima abnegação a tão espinhoso serviço”¹³.

Deve-se salientar, que os funcionários, desde auxiliares, serventes, criadas, ajudantes de enfermeiros, entre outros, permaneciam no hospital muitas vezes por um período relativamente muito curto (em média um ano) e durante a prática das suas funções muitos desses indivíduos colocavam baixas, eram alvo de várias suspensões e faltas disciplinares, era fácil o prolongamento das suas licenças, ou em outras circunstâncias também eram recorrentes as demissões e os despedimentos.

O que permite tirar duas conclusões: primeiro, o ambiente devia ser muito perturbador e instável; segundo, se vários funcionários eram alvo de suspensões por agredirem doentes ou por processos disciplinares revela que no hospital existia uma consciência de normatividade de comportamentos a adquirir e a respeitar, bem como havia uma preocupação com a segurança e protecção dos alienados.

Deste modo, recuperam-se memórias do passado assistencial através de um estudo de caso, onde conhecimento Histórico e o saber Médico convergem num entendimento do Homem em estado de doença mental¹⁴. Observando o aparecimento de novas ciências e novos tratamentos para auxiliar os que mais careciam de ajuda médica, mas que concomitantemente estas medidas se revelavam bastante insuficientes para as efectivas necessidades, não só da população de uma região, mas de um país que até então ignorava o conhecimento sobre a alienação mental, como descuidava os indivíduos que sofriam de alienação mental.

Se a História dá a visão diacrónica dos factos, a Medicina garante o entendimento da acção do Homem no papel da cura.

Conclusões

Através da presente comunicação, que em certa medida está interligada com um projecto de Doutoramento que está a decorrer foi possível observar que a alienação mental, ou seja, a concepção de loucura durante o século XIX modificou-se em grande medida devido ao contributo de vários autores, ao progresso da medicina e sobretudo da emergência da psiquiatria.

Deste modo, compreendeu-se que o *louco* não tinha consciência que tinha perdido as suas faculdades mentais, bem como se percebeu que este necessitava de auxílio e tratamento, e que para isso era necessário a edificação de edificios próprios para acolher os alienados.

¹² Vide SENNA, António Maria de, *op. cit.*, p. 20.

¹³ Vide Idem, *Ibidem*, p. 20.

¹⁴ Neste momento está em curso por parte da Doutoranda Ana Catarina Necho uma Tese de Doutoramento em História – especialidade História Contemporânea, na Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa intitulada: “A Assistência aos alienados em Portugal: o Hospital de Rilhafoles (da fundação à Implantação da República)”. A mesma sob orientação da Prof.^a Doutora Fátima Reis (FLUL) e da co-orientação da Prof.^a Doutora Manuela Correia (FMUL).

O próprio pensamento e agir da sociedade alterou-se, visto que surge a preocupação com o «bem-estar e tratamento» do alienado.

Surge uma nova concepção na qual a alienação mental se torna objecto de estudo, e proporciona a aquisição de novos conhecimentos e tratamentos de carácter humanista que visam a «recuperação» do indivíduo.

Fontes e Bibliografia

Fontes

SENNA, António Maria de — *Os Alienados em Portugal: História e Estatística*, Vols. I e II, Lisboa, Publicação da Medicina Contemporânea, Lisboa, 1884.

Bibliografia

FOUCAULT, Michel — *História da Loucura na Idade Clássica*, 8ª Edição, Brasil, 2009.

Idem — *Doença mental e psicologia*, Lisboa, Edições Texto & Grafia, 2008.

MARQUES, Tiago Pires — “Mistique, politique et maladie mentale. Histoires croisées (France, c. 1830 – c. 1900)”, *Michel de Certeau et l’anthropologie historique de la modernité – Revue d’Histoire des Sciences Humaines*, Paris, Sciences Humaines Éditions, 2010, pp. 37 – 74.

PINEL, Philippe — *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, Tradução de Bruno Barreiros, Nuno Melim e Nuno Miguel Proença, Lisboa, Edições Colibri, 2011.

**(RE)LER MAGALHÃES LEMOS EM
« VISITE PSYCHIATRIQUE À LA COLONIE DE GHEEL »**

António Barbedo de Oliveira
Médico Psiquiatra
Hospital de Magalhães Lemos, EPE
E-mail: antoniobarbedo@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

Magalhães Lemos visitou em 1884 a Colónia de Gheel e dessa visita deixou testemunho em livro publicado em 1886 .

Palavras-chave: Dymphne; Gheel ;Religião; Família; Modelo comunitário

Introdução

Dymphne (ou Dymphna) filha dum rei pagão da Irlanda, perseguida pelo amor incestuoso do seu pai abandonou a pátria e veio esconder-se numa povoação, a meio caminho entre Herenthals e Moll perto de Bruxelas, de nome Gheel, onde viveu sob protecção do seu confessor, um padre chamado Gerrebart que a tinha convertido ao cristianismo. O rei, tendo descoberto o esconderijo de Dymphna, dirigiu-se a Gheel e ordenou aos seus soldados que matassem o padre e a princesa. O padre foi em seguida executado. Os soldados não quiseram atacar a princesa e é o pai que, com a espada, corta a cabeça da sua própria filha.

Discussão

A observação desta cena trágica, que a tradição faz remontar ao século sétimo, emocionou os habitantes de Gheel e alguns loucos, diz-se, ficaram curados. A fé atribuiu estas curas a um milagre e a princesa passou a ser considerada a Santa Padroeira dos Loucos. Ali, perto do túmulo de Santa Dymphna, os doentes eram submetidos a diferentes práticas religiosas. Duas novenas punham fim ao primeiro período de tratamento – se a cura não acontecia os doentes instalavam-se em casa dos habitantes de Gheel onde ficavam sob a protecção da santa. Uma igreja foi construída no local e em 1247 foi canonizada a mártir como Santa Dymphna.

É assim que começa a história da Colónia de Gheel que ao longo dos anos se foi desenvolvendo com críticas e aplausos. A visita a esta colónia torna-se obrigatória e é assim que Magalhães Lemos, após ter visitado com Magnan os principais asilos na Alemanha, na Dinamarca, na Suécia, na Bélgica e no regresso dum Congresso em Copenhague onde a questão das colónias de alienados tinha sido debatida, resolve visitar a colónia de Gheel em 1884. E é lendo a sua publicação de 1886 “Visite Psychiatrique à la Colonie de Gheel” que ficamos a conhecer a assistência psiquiátrica ao tempo inovadora de Gheel, com parte de enfermaria e outra parte de colónia sendo os doentes acolhidos familiarmente em casa dos habitantes e ocupando-se em tarefas domésticas e em especial na agricultura.

Conclusões

Magalhães Lemos examina os doentes residentes, critica diagnósticos, tratamentos, rebela-se contra a demasiada contenção física. Mas admite ser este um modelo a desenvolver e no final do trabalho refere que “seria muito desejável que se fizesse uma larga aquisição de terrenos na vizinhança do Hospital do Conde de Ferreira para aí estabelecer uma colónia”. De referir que este modelo comunitário de *recovery* em Gheel tem-se desenvolvido e aperfeiçoado até à actualidade.

Bibliografia

LEMOS, Magalhães – Visite Psychiatrique à la Colonie de Gheel. Porto : Typographia Occidental, 1886

Magalhães Lemos – A Psiquiatria e a Neurologia no Porto : História e Estado Actual do seu Ensino. Porto : Empreza Industrial Gráfica, 1925

A DEMÊNCIA (PRECOCE) NA PSIQUIATRIA PORTUGUESA DO SÉC.XIX

Nuno Borja-Santos; Miguel Palma; Bruno Trancas

Médicos

Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE,
Amadora, Portugal

E-mail:n.borja.santos@gmail.com

Resumo

Bénédict Morel descreveu, ao longo da sua obra, quadros demenciais em jovens, evolução a que, em 1860, chamaria *démence précoce*.

Tentou verificar-se se o conceito de demência em jovens estaria presente nos alienistas portugueses de então e qual a importância das ideias de Morel.

Pesquisou-se no arquivo do Hospital de Rilhafoles, entre 1850-1875, doentes que obedecessem aos seguintes critérios: diagnóstico de demência não-orgânica; mais de 15 anos e menos de 40 aquando da admissão; até 45 anos aquando da alta; internamento de pelo menos 6 meses; sem profissão produtiva. Excluiu-se os “curados” na alta.

Foram identificados 54 doentes, sobretudo nos anos de 1851, 1860, 1862 e 1875.

Concluiu-se que os alienistas portugueses do terceiro quartel do séc.XIX já concebiam a noção de que uma demência não orgânica poderia afectar jovens. O diagnóstico tornou-se mais frequente após a publicação do tratado de Morel. A amostra partilha características com a esquizofrenia kraepeliniana.

Palavras-chave: história da psiquiatria; Bénédict Morel; demência precoce; esquizofrenia; Hospital de Rilhafoles

Abstract

Bénédict Morel described, throughout his work, dementia in young patients, to which he later (1860) called *démence précoce*. We aimed to verify if the concept of dementia in the young was known by contemporary portuguese alienists and how important was Morel's work.

The archive (1850-1875) of Hospital de Rilhafoles was hand-searched for patients who met the following criteria: diagnosis of non-organic dementia; more than 15 years-old and less than 40 at admission; younger than 45 at discharge; admission longer than 6 months; no productive job. Patients “cured” at discharge were excluded.

Fifty-four patients met research criteria, particularly in the years 1851, 1860, 1862 and 1875.

We conclude that portuguese alienists of the 19th century were aware and routinely used the concept of dementia arising in young patients before the publishing of Morel's influential textbook. The diagnosis became more frequent after the textbook's publishing year. This sample shares features with kraepelinian schizophrenia.

Introdução

Bénédict Morel descreveu, ao longo da sua obra, quadros demenciais em jovens, evolução a que, em 1860, chamaria *démence précoce*. Ao mesmo tempo que a enquadrava dentro da sua teoria específica da insanidade – a teoria da degeneração – a novidade do conceito moreliano encontrava-se sobretudo na atribuição de uma natureza sindrómica distinta ao termo “demência”, considerando-a como uma evolução possível de um número variado de doenças mentais.

Em 1848 abria em Portugal o Hospital de Rilhafoles, entretanto rebaptizado de Hospital Miguel Bombarda. Os arquivos históricos do hospital encontram-se guardados na biblioteca do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, e foram pesquisados no sentido de verificar se o conceito de demência em jovens estaria presente nos alienistas portugueses de então e se, para tal, concorreram as ideias de Morel.

Contextualização histórica

Bénédict Morel (1809-1873) ficará para sempre lembrado na história da psiquiatria como o arquitecto da teoria da degeneração, na qual defendia uma conceptualização de doença psiquiátrica enquanto resultado de um enfraquecimento mental progressivo ao longo de sucessivas gerações. Seria na sustentação da sua tese que Morel viria a enumerar vários casos de doentes com apresentação demencial juvenil, cujos antepassados frequentemente apresentavam história de dependências de álcool ou drogas ou outras afecções mentais. Dessa forma, Morel estabelecia um constructo biológico para o entendimento da doença mental, defendendo a importância de factores hereditários nos quadros de declínio intelectual.

A descrição, por Morel, de um quadro demencial em adolescentes ou adultos jovens surge pela primeira vez em 1852, com a publicação de “*Études cliniques: traité, théorique et pratique des maladies mentales*”. Morel refere nesta obra que, durante a sua actividade clínica, teria observado um número sobreponível de quadros senis em indivíduos com idades jovens ou avançadas.(1) Cinco anos depois, em “*Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l’Espèce Humaine*” acrescentaria a descrição de mais um caso demencial em idade jovem.(2) Deste modo, a noção de demência passava a ser independente do estado etário do indivíduo (conforme já havia sido sugerido por outros autores), ainda que se mantivesse afastada da concepção actual, englobando quadros de deterioração intelectual heterogéneos e outros desvios mórbidos aos padrões normais de moralidade, com potencial de reversibilidade. Contudo, seria apenas em 1860, com a publicação do “*Traité des Maladies Mentales*”, que o alienista francês aprofundaria a descrição destes casos e utilizaria pela primeira vez o termo “demência precoce”, mantendo-se, no entanto, num registo meramente descritivo.(3) Com efeito, Morel escuda-se explicitamente a entender a demência precoce enquanto categoria clínica oficial, salientando o facto de o uso do termo “demência” ao longo da sua obra servir meramente como síndrome qualificadora da evolução de um número amplo de doenças mentais, e portanto, não sustentar qualquer implicação etiológica.

Subsistem, até à actualidade, dúvidas sobre a possibilidade de Arnold Pick e Emil Kraepelin, durante o processo de conceptualização da “dementia praecox” enquanto entidade diagnóstica, terem tido contacto prévio com a obra de Morel e desse modo se terem apropriado da forma latinizada do termo cunhado por este alienista. Apenas na 8ª Edição do tratado psiquiátrico de Kraepelin, este faria uma breve referência a Morel; segundo Berrios, esta citação parece sugerir um encontro tardio de Kraepelin com a obra do autor francês.(4,5)

Independentemente da discussão académica sobre a existência ou ausência de continuidade conceptual entre as descrições de Morel, a noção kraepeliniana de *dementia praecox* e o constructo actual de esquizofrenia, os autores propõem-se neste trabalho verificar se o conceito de demência (de causa não orgânica) em jovens estaria presente nos alienistas portugueses no 3º quartel do século XIX e se, para tal, concorreram as ideias de Morel. Pretendeu-se, igualmente, obter uma correspondência com os critérios actuais de esquizofrenia com evolução deficitária.

Metodologia

Pesquisou-se no arquivo do Hospital de Rilhafoles, entre 1850 e 1875, doentes que obedecessem aos seguintes critérios:

- diagnóstico, à entrada, de demência;
- ausência de comorbilidade com patologia orgânica, à entrada;
- idades, na data de admissão, compreendidas entre 15 e 40 anos;
- idade não superior a 45 anos, na data de alta;
- internamento igual ou superior a 6 meses;
- ausência de profissão produtiva.

Apesar de o Hospital de Rilhafoles ter aberto em Dezembro de 1848, excluíram-se os primeiros doentes por estes já estarem, na maioria dos casos, internados no Hospital de S. José há alguns anos. Dessa forma, a possibilidade de existência de alguma deterioração própria de um internamento prolongado, em más condições logísticas, poderia constituir um viés. Considerou-se, portanto, o ano de 1850, para o início do levantamento.

A confinação das idades, à data de admissão, entre os 15 e os 40 anos pretendeu excluir qualquer situação potencialmente confundida com atraso mental ou com outras demências de etiologia orgânica.

Exigiu-se que o internamento tivesse tido a duração de pelo menos 6 meses para que a sintomatologia psicótica, à entrada, não constituísse um factor confundidor. Muito embora o diagnóstico fosse estabelecido nos primeiros 10 dias após a admissão hospitalar, qualquer revisão diagnóstica seria necessariamente redigida e considerada. Daí que se tivesse considerado essencial um período em internamento (arbitrariamente estabelecido como 6 meses) para que os sintomas psicóticos melhorassem e o resíduo demencial, mais rigorosamente identificado, pudesse validar o diagnóstico inicial.

A exclusão de doentes com mais de 45 anos, à data da alta, teve igualmente como objectivo evitar que se incluíssem doentes com quadros demenciais senis ou de etiologia putativamente orgânica surgidos no decorrer do internamento que pudessem ter condicionado uma revisão do diagnóstico previamente estabelecido.

No sentido de apurar a identificação de casos verdadeiramente demenciais, excluíram-se os doentes com profissões produtivas, nomeadamente trabalhadores por conta de outrem, visto não serem características dos pacientes com esquizofrenia deficitária. Mantiveram-se, contudo, indivíduos com profissões como “estudantes”, “domésticas”, “proprietários”, “jornaleiros” e outros, em que não houvesse uma obrigação contratual permanente.

Excluiu-se, ainda, todos aqueles que fossem dados à saída como “curados”, por essa condição não ser compatível com uma evolução demencial crónica e irreversível. Foram admitidos os que, à saída, acabaram por ser considerados “melhorados”, “no mesmo estado” ou “falecidos”.

Resultados

De um total de 7656 internamentos entre 1850 e 1975 (♂=4339; ♀=3317), 54 doentes obedeciam aos critérios acima expostos, observando-se uma distribuição semelhante por sexo (♂=52%; ♀=48%). A média etária foi de 29.1 anos (idade mínima de 16 e a máxima de 40 anos). Observa-se, no entanto, uma idade média de admissão tendencialmente superior nas mulheres (30.3), comparada com os homens (28.4).

A Tabela 1 apresenta as características de género e idade dos doentes identificados, distribuídos por ano civil.

O gráfico 1 apresenta a evolução do diagnóstico de síndrome demencial em idade jovem nos internamentos decorridos entre 1850 e 1875. Verifica-se, com efeito, picos diagnósticos nos anos de 1851, 1860, 1862 e 1875. Mais de 60% (n=33) dos doentes identificados tiveram os respectivos internamentos entre os anos de 1860 e 1870 (inclusivé).

ANO	HOMENS	MULHERES	TOTAL	IDADE HOMENS (MÉDIA)	IDADE MULHERES (MÉDIA)
1850	1	1	2	18 (18)	34 (34)
1851	0	5	5		24; 26; 30; 35; 39 (30.6)
1852	1	2	3	27 (27)	27; 32 (29.5)
1853	1	0	1	33 (33)	
1854	0	0	0		
1855	2	0	2	29; 33 (31)	
1856	0	1	1		30 (30)
1857	0	0	0		
1858	0	0	0		
1859	0	0	0		
1860	5	2	7	16; 24; 28; 29; 40 (27.4)	32; 40 (36)
1861	2	0	2	28; 40 (34)	
1862	4	3	7	20; 21; 24; 29 (23.5)	23; 24; 35 (30.7)
1863	0	3	3		30; 32; 38 (33.3)
1864	3	0	3	22; 29; 36 (29)	
1865	1	2	3	20 (20)	26; 34 (30)
1866	1	0	1	27 (27)	
1867	1	0	1	36 (36)	
1868	0	1	1		36 (36)
1869	1	1	2	27 (27)	33 (33)
1870	0	3	3		16; 16; 33 (21.7)
1871	0	1	1		39 (39)
1872	0	0	0		
1873	1	0	1	40 (40)	
1874	0	0	0		
1875	4	1	5	27; 27; 31; 35 (30)	23 (23)
TOTALS	28	26	54	(28.4)	(30.3)

Tabela 1 – Distribuição absoluta dos doentes da amostra, por ano civil (n=54).

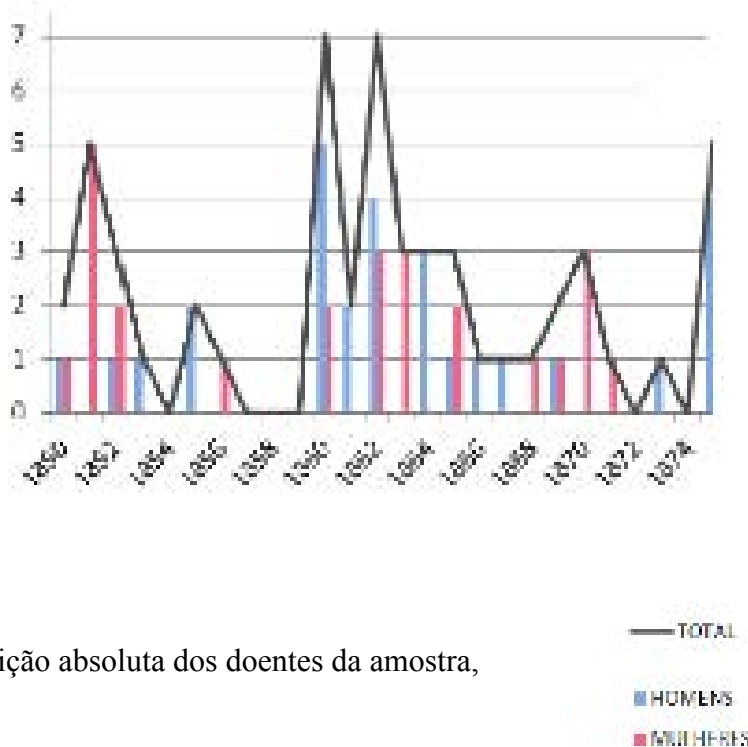


Gráfico 1 – Distribuição absoluta dos doentes da amostra, por ano civil.

Acresce referir que estes internamentos podem não ter ocorrido aquando do início da doença, mas em qualquer ponto da sua evolução. Se bem que, por vezes, o arquivo registasse internamentos anteriores, não era, nesse particular, rigoroso. Porém, pelas idades e nomes dos doentes verificou-se que, na amostra em questão, tal não ocorreu em nenhum dos casos.

Dos 28 pacientes do sexo masculino identificados, 10 não faleceram, tendo tido alta melhorados (n=8), no mesmo estado (n=1) ou por fuga (n=1); a duração média de internamento foi de 938 dias. Por seu turno, das 26 pacientes do sexo feminino, apenas 4 não faleceram em internamento, constatando-se que 3 melhoraram e 1 saiu no mesmo estado; permaneceram, em média, internadas durante 596 dias.

Discussão Os resultados confirmam o conhecimento por parte dos alienistas portugueses sobre a existência de demências de início precoce, mesmo antes da publicação das obras de Morel. Este conceito teria sido potencialmente veiculado por outros autores, nomeadamente Jean-Étienne Esquirol, que havia já apresentado a possibilidade de quadros demenciais em indivíduos jovens, ainda que sem menção de um intervalo etário específico.⁽⁶⁾ Permanece, contudo, a questão acerca de uma eventual relação entre a variação temporal do número de doentes jovens diagnosticados com “demência” e a disseminação do conceito de “démence précoce” por Morel. Para além da leitura cuidada dos resultados, poderá ser útil atentar igualmente a alguns aspectos institucionais do Hospital de Rilhafoles e culturais da época, bem como a algumas observações particulares nos registos clínicos.

Em Abril de 1862 o hospital mudou de director (o Dr. Guilherme Abranches substituiu o Dr. Mendes Pulido) promovendo possíveis alterações na orientação científica do corpo médico do hospital. Sabemos, por exemplo que o novo director mudou algumas orientações terapêuticas, pelo menos, em termos das actividades ocupacionais dos doentes.⁽⁷⁾ Curiosamente, observou-se, na mesma amostra, a introdução, em 1861, do diagnóstico de alcoolismo e a sua utilização enquanto condição patológica primária um ano depois – o termo havia sido utilizado pela primeira vez por Magnus Huss em 1849, num compêndio em sueco, traduzido para alemão em 1852, confirmando o contacto próximo dos alienistas portugueses com a comunidade médica internacional.⁽⁸⁾ Seria, pois, de esperar que, dada a maior proximidade cultural, qualquer influência científica oriunda de França, chegasse mais rapidamente ao nosso país.

Da leitura do gráfico 1 sobressai um incremento do uso do diagnóstico de demência em idades jovens precisamente em 1860, não sendo por isso facilmente atribuível ao tratado de Morel, publicado nesse mesmo ano. Existe, porém, a possibilidade de a noção de uma demência precoce ter sido difundida a partir da obra de outros autores como Esquirol ou mesmo dos compêndios de Morel, de 1852 e 1857, onde desenvolve a mesma ideia a propósito de alguns casos clínicos de jovens doentes, mas remetendo-se no primeiro à expressão “demência”, juntando, no segundo, o adjetivo “precoce”.

Quanto ao pico diagnóstico de 1875, é curioso verificar que, aqui, a classificação de demência é aplicada em duplo diagnóstico, associada a 4 casos de mania e 1 de lipemania, o que parece deixar transparecer que os alienistas portugueses de então tinham a noção de que a demência poderia corresponder a uma evolução de outra doença, tal como o fizera Morel. Anteriormente a 1875, apenas 2 casos (1 em 1851 e 1 em 1860) correspondem a um duplo diagnóstico, ambos com lipemania. Talvez seja útil relembrar que a novidade do conceito moreliano não estava no reconhecimento de quadros demenciais em pessoas jovens, mas sim na atribuição de uma natureza sindrômica distinta (embora etiologicamente diversa), enquadrando-a dentro de uma teoria específica da insanidade (a teoria da degeneração). Podemos, desse modo, especular que seria o pico de 1875 a corresponder à influência do conceito de Morel, 15 anos depois.

A este propósito, algumas observações clínicas encontradas nos registos de doentes com demência fortalecem igualmente a existência de uma conexão com a obra de Morel. Duas doentes do sexo feminino internadas em 1861, e com 26 e 58 anos de idade (esta última a não cumprir os critérios de inclusão), exibiam o diagnóstico duplo de “mania” (termo que, na época, apresentava um significado amplo, mais próximo da actual “psicose”) e “demência”. São, contudo, dois comentários adicionais redigidos nos respectivos processos clínicos que importam para o caso. No primeiro, foi acrescentada a expressão “cair na demência” e, no segundo, “demência consecutiva”. Tais achados reiteram o facto de os alienistas da época possuírem a noção de que a demência pode seguir outra doença, em conformidade com o conceito de Morel.

Apesar das inferências apresentadas, apenas sabemos, com segurança, que as ideias de Morel eram já conhecidas da psiquiatria portuguesa em 1883, visto que António Maria de Senna faz referência ao conceito de degeneração na sua obra “Os Alienados em Portugal”.⁽⁷⁾

No “Manual de Doenças Mentais” de Júlio de Mattos, publicado em 1884 e considerado um dos primeiros livros modernos de psiquiatria escritos em Portugal, a teoria da degeneração de Morel é reconhecida de forma clara. Além disso, Júlio de Mattos descreve o conceito de demência como tratando-se de uma consequência (o termo que utiliza é “consecutivo”) da condição mental de base. Ao invés, nas situações em que o declínio cognitivo se apresenta na ausência de patologia mental pré-existente, Mattos privilegia o uso de “demência primitiva”. Este autor não faz qualquer menção à idade de apresentação das demências consecutivas e primitivas, muito embora as tivesse distinguido claramente das demências de causa orgânica conhecida, tais como senilidade, toxicidade, tumores cerebrais, e assim por diante.(9)

Por fim, os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo, nomeadamente a ausência de profissão produtiva e uma permanência em internamento superior a 6 meses, visaram a identificação de uma amostra de doentes que se aproximasse do conceito kraepeliniano de *dementia praecox*. Não obstante a escassez dos números potenciar a existência de vieses tautológicos, observou-se uma distribuição sobreponível de doentes pelos dois sexos, em conformidade com os dados epidemiológicos actuais para a esquizofrenia. No que diz respeito às idades médias de admissão, os resultados revelaram que a idade média do sexo feminino era ligeiramente mais avançada; por outro lado, os homens permaneciam mais tempo internados. Estes dados encontram-se igualmente em correspondência com os conhecimentos de hoje, pois sugerem uma idade de início de esquizofrenia mais tardia nas mulheres e uma maior gravidade da doença no sexo masculino.

Conclusões

Os alienistas portugueses do terceiro quartel do século XIX já admitiam que uma demência de causa não orgânica poderia afectar jovens, utilizando rotineiramente o diagnóstico na sua prática clínica. Muito embora o reconhecimento do conceito pela psiquiatria portuguesa antecederesse a obra de Bénédict Morel, poderá ter havido alguma influência deste autor francês, uma vez que os diagnósticos de demência em jovens se tornaram mais frequentes após a publicação do seu tratado de 1860. Da mesma forma, a utilização do termo “demência” em duplo diagnóstico aumentou significativamente após esta data, em consonância com a conceptualização sindrómica de Morel.

Numa tentativa de estabelecer correlação entre a amostra e o conceito kraepeliniano de esquizofrenia deteriorante, objectivou-se uma média etária mais baixa na população masculina e um maior tempo de duração dos seus internamentos (sugerindo apresentações mais graves de doença). Estes dados insinuam algum grau de sobreposição com o actual diagnóstico de esquizofrenia.

Referências

1. MOREL, Bénédict Augustin – Études cliniques: traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés. Nancy: Grimblot; 1852.

2. MOREL, Bénédict Augustin – *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles, et morales de l'espèce humaine: et des causes qui produisent ces variétés maladives.* Paris: J. B. Baillière; 1857.
3. MOREL, Bénédict Augustin – *Traité des maladies mentales.* Paris: V. Masson; 1860.
4. BERRIOS, German, *et al.* – Schizophrenia: a conceptual history. *Inter Jour Psych PsycholTher.* 2003 Dec;3(2):111–40.
5. KRAEPELIN, Emil – *Psychiatry - A Textbook for Students and Physicians.* 6th Edition (1899). Canton MA: Science History Publications, Jacques Quen, ed.; 1989.
6. ESQUIROL, Étienne. – *Mental Maladies; a Treatise on Insanity.* Philadelphia: Lea and Blanchard; 1845.
7. SENNA, António Maria de – *Os alienados em Portugal.* Lisboa: Ulmeiro; 2003.
8. HUSS, Magnus – *Chronische alkoholskrankheit; oder, Alcoholismus chronicus.* Stockholm e Leipzig: C.E. Fritze; 1852.
9. DE MATTOS, Júlio – *Manual das Doenças Mentais.* 1ª ed. Porto: Campos & Godinho Editores; 1884.

ESPACIOS DE RECLUSION Y DE ATENCION A LA LOCURA EN GALICIA (ESPAÑA) (FINALES SIGLO XIX Y PRIMEROS AÑOS SIGLO XX)

David Simón Lorda*, Tatiana Bustos Cardona y Xaqueline Estévez Gil****

*Médico Psiquiatra. ** Médico residente de Psiquiatria.

Servicio de Psiquiatria. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Servizo Galego de Saúde. Ourense-Galicia-España.

E-mail:dsimlor@gmail.com

E-mail:Ingrid.Tatiana.Bustos.Cardona@sergas.es

E-mail:Xaqueline.Estevez.Gil@sergas.es

Resumen

Estudiamos y describimos cómo se articulaba y organizaba la asistencia a los enfermos mentales en una zona periférica del Estado español (Galicia), en los últimos años del siglo XIX y primeros años del siglo XX. Estaba constituida en un primer escalón por la reclusión en celdas para “dementes”-locos-alienados en los Hospitales generales Municipales-Provinciales y cárceles municipales. Desde estas celdas se derivaban los enfermos al Manicomio de Valladolid (fuera de Galicia) y desde 1885 se hacían internamientos en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela- A Coruña) en virtud de los acuerdos existentes entre dicho Manicomio y las Diputaciones gallegas. Hablaremos sobre las condiciones asistenciales en las que eran mantenidos los enfermos, concertos económicos con el Manicomio así como algunas irregularidades legales y problemas de manejo derivados de la existencia de estas celdas en los Hospitales generales.

Palabras-clave: asistencia psiquiátrica; instituciones psiquiátricas; Galicia-España; siglo XIX; siglo XX

Abstract

We study how the care for the mentally ill in Galicia in the late 19th and first decades in 20th century was organized. Galicia is a peripheral area in northwest of Spain with a border with Portugal. There was a first step in the confinement cell for "insane"-“demented”-crazy-mental patients in general town and provincial hospitals and town jails in many towns and villages the four provinces of Galicia. Since 16th century some of these patients were derived cells to Asylum in Valladolid and in Barcelona. Since 1885, most of admissions were made in the Psychiatric Hospital in Conxo (Santiago de Compostela) but a lot of patients continued to be retained in these cells and jails. Using a review of local and regional newspapers and documentation in Historical Archives we expose and highlight the deplorable conditions of care of mental patients in these general hospitals and jails, and some legal irregularities and management problems.

1.Introducción

El objetivo del trabajo es estudiar cómo se organizó la atención a los enfermos mentales en Galicia a finales del siglo XIX y primeras décadas del XX, pero centrándonos en los espacios asistenciales extramurales, poco estudiados hasta ahora.

Como veremos, durante todo el período, hubo una primera línea de atención a la locura que consistía básicamente en espacios y celdas de confinamiento del "loco" o "demente" en los hospitales provinciales y en las cárceles. Y esto siguió ocurriendo incluso después de la apertura del primer manicomio en Galicia, que fue inaugurado en Conxo-Santiago de Compostela en el verano de 1885. Ya algo se había evidenciado en investigaciones previas (GONZÁLEZ, 2001; SIMÓN, 2005) pero queremos profundizar y detallar más estos lugares de atención y reclusión de enfermos en Galicia.

2.Espacios de reclusión y de atención a la locura en Galicia (España) (finales siglo XIX y primeros años siglo XX)

Galicia es una comunidad histórica en el Noroeste del Estado español, formada por cuatro provincias (A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra). Durante el período analizado mantuvo una estructura agraria de subsistencia, una altísima tasa de emigración y un menor desarrollo económico respecto a otras zonas de España. Ha sido históricamente un territorio periférico del Estado, y que se incorporó tardíamente tanto a la manicomialización de la locura como a la formación de un núcleo de formación universitaria psiquiátrica en relación con otras zonas del Estado español.

Para el trabajo hemos usado fuentes de archivo (Archivo Histórico Provincial y Archivo Municipal de Ourense, Archivo del Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela, Archivo Diputación de Pontevedra) pero fundamentalmente ha sido la consulta de fuentes hemerográficas (prensa gallega de la época) las que nos han permitido ampliar las localizaciones de estos espacios de reclusión y atención. También nos va a permitir arrojar alguna luz acerca de las deplorables condiciones en las que se mantuvieron los pacientes, sus vínculos con el manicomio de Conxo (también nombrado como Conjo) y algunas irregularidades legales y problemas de gestión..

Hay que señalar que desde mediados del siglo XIX ya había inquietud y preocupación en diferentes instituciones respecto a cómo y dónde prestar atención a personas aquejadas de locura/enfermedad mental. Así por ejemplo ya en 1821 un informe elaborado por la Sociedad Económica de Santiago comentaba la posibilidad de habilitar la habitación alta del convento de San Lorenzo en Santiago como hospital de dementes (COUSELO, 2001). Las Diputaciones gallegas comienzan a preocuparse por la atención a los enfermos mentales ya en el año 1843-1844. Así el 22 de diciembre de 1843, a iniciativa de la Diputación de Lugo, se nombra una comisión para realizar un estudio para que las cuatro Diputaciones gallegas establezcan a su cargo una casa para curar y estudiar a los pobres dementes de Galicia. Era el "Proyecto para la reclusión y curación de los locos pobres de la provincia" (1843) Se dirigieron a todas las Diputaciones de Galicia indicándoles que meditasen sobre la necesidad de establecer un Asilo para todo el Reino en la ubicación más apropiada. Se propuso finalmente abrir un Asilo para Dementes Pobres en el Hospital de Mondoñedo, que estaría bajo la Inspección del diputado del Partido y costado por la provincia (SIMON y GONZÁLEZ, 2008). Sin

embargo el proyecto no fue adelante, y los dementes siguieron siendo enviados al Manicomio de Valladolid como veremos a continuación. En 1844, la Diputación de Pontevedra propone que el centro de acogida de dementes en Galicia se establezca en el Hospital General (Real) de Santiago (el edificio del actual Parador de Turismo de Santiago de Compostela).

Un par de años después, en 1847, la Administración del Estado aborda la confección de una “Estadística General Oficial de Dementes acogidos en Establecimientos Públicos” de 1847. Esta Estadística establece que había un total de 7277 dementes en las 49 provincias. En Galicia había 565 enfermos: 218 en A Coruña, 162 en Lugo, 30 en Ourense y 155 en Pontevedra.

En la Estadística se publica que 1626 enfermos dementes estaban acogidos en establecimientos públicos, pero añadía además un dato muy importante para nuestro trabajo ya que aportaba los lugares en donde estaban estos “dementes” acogidos (o encerrados). Así, en A Coruña había dementes en “Hospital” de la ciudad de A Coruña (20 enfermos), Cárcel de Ferrol (6), Hospital Nacional de Santiago (1), Hospital de Carretas de Santiago (21). En Ourense, en las Cárceles de Ourense y de Vilameá (2).

Como se puede apreciar los espacios de atención /reclusión eran hospitales generales y cárceles, y se repartían en dos de las 4 provincias gallegas... pero el mayor volumen de enfermos que reflejaba la Estadística estaba en los dementes que permanecían atendidos en sus casas (un total de 5651). En Galicia, había 515, y se repartían del siguiente modo: Coruña (170), Lugo (162), Ourense (28) y Pontevedra (155).

Pero no sólo había enfermos mentales gallegos en estos lugares y espacios sino que, pese a que no había aún un manicomio en Galicia (el cual se inaugura en 1885 en Conxo-Santiago de Compostela), lo cierto es que desde hacía décadas había enfermos gallegos en otros centros fuera de Galicia: en Valladolid y en Barcelona.

La Casa de Dementes de Valladolid (Castilla-León), fue una pieza importante en la atención psiquiátrica gallega desde al menos siglo XVI ya que era el manicomio de referencia adonde eran enviados los enfermos desde Galicia. Estaba a unos 300 km, en la región de Castilla-León. Hemos encontrado datos de archivo en los que la Diputación de Pontevedra firma convenios desde 1847 con la Casa de Dementes de Valladolid...pero ya en 1841 hay datos de enfermos pontevedreses en este centro, siendo costeadas sus estancias (hasta de 9 meses) por la Diputación de Pontevedra.

Las condiciones hosteleras eran muy duras e inhóspitas, con índices de mortalidad altísimos. En 1907, la Diputación de Lugo decide concertar con Valladolid la atención preferente a sus dementes y los saca del Manicomio de Conxo para trasladarlos a Valladolid. Mantendrán los convenios con este centro hasta 1955, momento en el que abre un hospital psiquiátrico público en la provincia de Lugo.

El Manicomio de Sant Boi-San Baudilio de Llobregat (Barcelona) será el otro centro de referencia adonde eran enviados los enfermos gallegos en virtud de los concertos que hacía este hospital con las Diputaciones gallegas. A casi 1000 kilómetros de distancia, será un competidor con el manicomio de Conxo en Santiago de Compostela, el cual es inaugurado en 1885 bajo el patrocinio de la Iglesia y la Banca compostelana.

El año 1885 es un año importante para la asistencia de los enfermos mentales gallegos ya que el Real Decreto sobre Observación e Internamiento de dementes de 19 de mayo

de 1885 ordenaba que “las Diputaciones provinciales y los Ayuntamientos cuidarán de habilitar un local con las convenientes condiciones para recluir a los dementes en observación, donde puedan permanecer hasta que se le conduzca a un manicomio en clase de reclusos permanentes”. El tiempo de observación: podía durar como máximo tres meses (o seis meses en los casos dudosos), antes de los cuales el médico de la sala debía dar un certificado informativo de cada enfermo. Este R.D. de 1885 y sus sucesivas disposiciones legales complementarias recibió continuas y virulentas críticas por parte de los psiquiatras durante su vigencia dado su excesivo sesgo jurídico. Fue tildado de símbolo del atraso español en materia de asistencia psiquiátrica, al considerar que retrasaba y burocratizaba el tratamiento manicomial de los enfermos.

En ese mismo año, unos meses después se abrió el Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela. La apertura de este centro inauguró la época de la manicomialización-medicalización de la locura en Galicia (GONZÁLEZ, 1977).

2.1. Espacios de reclusión de dementes en Galicia después de 1885

Analizando datos tanto de Archivos como a través de las referencias obtenidas tanto de fuentes de archivo como de fuentes hemerográficas (prensa de Galicia en el período 1885 hasta 1920) hemos encontrado espacios de reclusión para enfermos mentales en toda la geografía de Galicia, en las cuatro provincias gallegas.

2.1.1. Provincia de Ourense

Hemos analizado la documentación desde finales del siglo XIX en el Archivo Histórico Provincial y hemos encontrado numerosas referencias a las estancias de dementes/locos en las “Celdas para dementes” que estaban en la planta sótano del Hospital Provincial de As Mercedes, situado en el centro de la ciudad (SIMON, 2005). Así en el otoño de 1896, el Doctor Ramón Quesada Borrajo, médico “facultativo encargado del reconocimiento de los dementes”, informa de la situación en el Hospital: de As Mercedes:

“El sujeto que se interesa en esta comunicación ingresó en este hospital como detenido y presunto demente el 17-10-1896, ignorando de quien partió la orden, por cuanto estos sujetos no tienen otro carácter en este hospital que el de detenidos y únicamente cuando están enfermos se les visita, hasta que formado el conveniente expediente pasan a un manicomio para ser observados. Según manifestación del enfermero que lo atiende es furioso, por lo que sólo se acuesta en hoja de maíz por destrozar ropas y camas... A este sujeto acompaña como demente un hermano, Miguel, que ocupa otra celda...” (13-11-1896 *Beneficencia Provincial, AHP OURENSE*)

“para las cinco celdas de escasas condiciones higiénicas y poca comodidad con que cuenta este establecimiento para la Observación de presuntos dementes, existen en tales condiciones siete individuos, de los cuales dos se encuentran calmados, uno en un departamento de malas condiciones de

seguridad y otro en una enfermería...”.(21-10-1896, *Beneficencia Provincial, AHP OURENSE*).

Hay que resaltar que eran enfermos en “Observación”, pero que varios o llevaban más de seis meses de internamiento. En cuanto a la terminología empleada es claramente prekraepeliniana, y claramente influida por la psiquiatría francesa de la época. Casi todos los pacientes tienen diagnósticos acordes con las dos clasificaciones más utilizadas en la época, que eran las de Pinel y Esquirol: monomanía, imbecilidad...

Todos ellos tienen además una valoración: peligrosos, taciturnos, pacíficos... que complementa el diagnóstico, y que corresponde a las divisiones de los pabellones manicomiales de la época: agitados y furiosos, tranquilos, sucios... (SIMON, 2005).

La estancia de estos enfermos dio lugar a problemas variados (fugas, suicidios...) que tenían reflejo en la prensa de la época. Destacamos algunos de ellos:

“En la tarde del viernes se arrojó al río Miño, en las proximidades de la fábrica de energía eléctrica que existe en el Campo de los Remedios, la demente Socorro Casares, mas conocida por “Socorrito”, de 30 años de edad. Había salido a la mañana del Hospital Provincial en donde se hallaba recluida. Por fortuna se encontraban cerca del lugar del suceso algunas personas que tras no pocos esfuerzos consiguieron extraer con vida a la infeliz loca. En una camilla de la Cruz Roja fue trasladada al Hospital”.(*El Correo de Galicia*, 23/07/1917).

“Una demente que vagaba por las calles de Ourense sufre repetidos abusos por hombres desalmados” (*Álbum Literario (Ourense)*, nº64, abril –mayo 1889).

2.1.2. Provincia de Pontevedra

En la capital pontevedresa y a través de fuentes hemerográficas hemos detectado estancias de enfermos tanto en el Hospital Provincial como en la cárcel de la ciudad.

“La Alcaldía de esta capital ha interesado de la Comisión Provincial sea trasladado al Manicomio de Conjo el enfermo Regino Martin, natural de Medina del Campo, y que se haya en el hospital de esta ciudad, por venir sufriendo ataques de enagenación mental”.(*La Correspondencia Gallega*, 01/09/1901)

En Pontevedra “ingresa un demente furioso en la cárcel municipal a la espera de contactar con su familia o ingresar en Conjo”.(*Gaceta de Galicia*, 09/06/1904)

En la villa de Cambados (Pontevedra) internan en la cárcel en junio de 1902 a una mujer aquejada de locura posparto (*El Ancora*, junio 1902). No sabemos destino posterior de esta enferma,

Alguna vez se ha dicho que la historia de la locura en Galicia no podría entenderse nunca sin estudiar qué ocurrió con los emigrantes a Hispanoamérica que marcharon a millares durante el primer tercio del siglo XX. Un caso que refleja la prensa de Vigo (Pontevedra) de 1913 nos trae a primera línea el drama de la emigración y de la locura en el puerto de Vigo, lugar desde donde tantos buques trasladaron gallegos a Ultramar desde finales del XIX:

“Vigo: Un loco: ayer fue desembarcado del trasatlántico Cap Ortegal un desgraciado demente. Embarcó el infeliz en Cádiz hace algún tiempo para Buenos Aires. En la travesía se volvió loco. En esa capital americana las autoridades no permitieron el desembarco y lo mandaron a Vigo en el Ortegal. Varios guardias municipales lo encerraron en el calabozo del Ayuntamiento. Padece el enfermo de locura furiosa, da grandes gritos y arma tremendos alborotos”. (*El noticiero de Vigo*, 21/05/1913).

Pero no solo en las cárceles de las ciudades hubo dementes encerrados, sino en cárceles municipales de pueblos mas pequeños a lo largo de la provincia. Así, en Ponte Caldelas, según la noticia en *El Correo de Galicia* 0(04 de enero de 1910) , en enero de 1910 tenían encerrado en la cárcel del municipio a un demente furioso a la espera de ocupar una vacante en el manicomio de Conxo. Ingresó pocos días después de la noticia y salió de alta entregado a su familia en octubre de 1914.

Los Asilos y conventos fueron otros de los lugares en donde los dementes esperaron su turno para ingreso en el manicomio de Conxo. Así por ejemplo en el Asilo de Hermanitas de los Pobres de Tui, “una demente furiosa que estaba en el Asilo fue internada en Conxo por figurar en el primer turno de ingreso” (*El Correo de Galicia*, 02/05/1913).

2.1.3. Provincia de Lugo

La provincia de Lugo tiene sus peculiaridades en lo relativo a la asistencia a los enfermos mentales pues como ya antes apuntamos lidera diferentes iniciativas desde la Administración local y provincial en este tema, aunque fueron finalmente desechadas para favorecer la instalación del manicomio central de Galicia en Conxo. Estas tensiones explotarán en 1907 cuando en esa fecha la Diputación de Lugo decide trasladar a todos sus enfermos en Conxo al manicomio de Valladolid con el cual firma nuevo concierto y realiza un traslado de sus enfermos en un convoy de vagones que viajan por ferrocarril a lo largo de casi dos días de uno a otro manicomio (SIMÓN y GONZÁLEZ, 2008).

Al igual que en otras localidades de Galicia, volvemos a través de las fuentes hemerográficas, a encontrar a “dementes” y “locos” internados en “calabozos” del Hospital o del Gobierno Civil. Casi siempre son debidos a raíz de sucesos protagonizados por la estancia de los enfermos:

“Lugo: encerrado en un inmundado calabozo de la planta baja del hospital[...] prendió fuego al jergón, muriendo el desgraciado loco por asfixia”. (*La Idea Moderna*, 20/06/1900):

“Lugo: Ha sido detenido un demente que promovió un escándalo en la calle de La Reina, encerrándose en uno de los calabozos del Gobierno Civil, cuya puerta rompió, por lo cual fue preciso ponerle una camisa de fuerza. Trátase de un labrador del Corgo, hombre de unos 30 años”. (*El Correo de Galicia*, 08/06/1918)

Esta deplorable situación asistencial fue denunciada y reflejada en varias de las memorias del Hospital Municipal Provincial de Lugo publicadas entre 1917-1923 por su director, el cirujano (republicano y masón) Rafael de la Vega Barrera (SIMON, 2005):

“La forma en la que están instalados los dementes y enfermos de enfermedades venéreas recuerdan los calabozos de la antigua Inquisición, sótanos húmedos, sin luz ni ventilación, llenos de rejas”. (*Memorias del Hospital 1917-1923*, por Rafael de la Vega Barrera)

El único centro con una aceptable atención a los enfermos mentales fue el llamado “Manicomio de Vilapedre”. Inaugurado por el médico Ricardo Nuñez Rodríguez (1862-1958), construye en su aldea natal de Vilapedre-Sarria (Lugo), un pequeño sanatorio psiquiátrico privado, que recibe enfermos desde 1910 hasta 1950, Este hospital abierto en la casa paterna, será un modelo de manicomio privado sin fines lucrativos que hará las veces de manicomio provincial.

Hemos encontrado también en prensa referencias a otros lugares de Lugo que acogían enfermos mentales, como por ejemplo el Monasterio de san Salvador de Lourenzá (*La Hormiga de Oro*, 23/9/1911), aunque no hemos podido confirmar este hecho con seguridad. A veces las noticias no eran relativas a encierros en calabozos o celdas sino a situaciones de desarraigo o abandono que podían terminar de forma trágica:

“Una demente que vagaba por los montes de Baleira fue comida por los lobos”. (*El Correo de Galicia*, 16/02/1917)

2.1.4. Provincia de A Coruña

En la provincia con mayor población de Galicia y con varios núcleos urbanos o Villegas de importancia comercial y política, aparecen en la prensa local o en datos de archivos, referencias a estancias o encierros de “dementes” o “locos” en varias localidades: Noya (un presbítero demente en la cárcel a la espera de traslado a Conxo, *El Alcance* 04/03/1898), Betanzos (en la cárcel de Betanzos, *Gaceta de Galicia*, 16/07/1913), y por supuesto en Santiago y en A Coruña.

En la capital compostelana además del cercano Manicomio de Conxo (en esos años Conxo (o Conjo) era un pequeño municipio colindante con el de Santiago) a unos pocos kilómetros de la plaza del Obradoiro, hubo durante años muchos enfermos

mentales/dementes/locos, que fueron atendidos/encerrados/custodiados/recluidos en diferentes espacios o enclaves sanitarios o gubernativos. Nuevamente hemos recurrido a la consulta de la prensa local y a algunos trabajos ya publicados para identificar estas prácticas asistenciales.

Ya indicamos antes que la Sala del Hospital Real representó durante más de cuarenta años un recurso asistencial nada despreciable, sin que nunca llegara a oficializarse como Departamento de Observación de Dementes. Así en 1896 un 10% de las camas del Hospital estaban ocupadas por dementes (GONZÁLEZ, 2001; GONZÁLEZ y GONDAR, 1997).

En el cercano Hospital de San Roque y en el Asilo Municipal hubo muchos ingresos y estancias de enfermos porque no había sitio en el manicomio de Conxo...y al igual que en otras localidades aparecen sucesos y problemas por estas estancias (incendios, suicidios, fugas...)

“En el Hospital de San Roque de Santiago se produjo la noche del viernes gran alarma a consecuencia de la iniciación de fuego en la parte que ocupan las mujeres dementes que no tienen cabida en el manicomio de Conjo. Una de esas mujeres encontró en el suelo una cerilla, que sin duda cayó a alguna de las sirvientas, la encendió y la aplicó al jergón de una compañera. El humo era densísimo y nadie se atrevió a entrar. Por fin , un pobre hombre penetró en aquella habitación y sacó a las enfermas, consiguiéndose luego sofocar el incendio”.(*La Correspondencia de España diario universal de noticias 02/04/1890*).

“Existen en este establecimiento cinco recogidos que están tres de ellos continuamente furiosos y los otros dos, aun cuando más calmados tienen también momentos de furor por lo que separados, se hallan recluidos en unas celdas o mejor dicho jaulas oscuras de gruesos portones, de dimensiones reducidas y construidas en el corredor de los retretes por no haber sitio mejor en donde humanitariamente tenerlos recluidos...”. (Asilo Municipal de Santiago, 1909)(citado en SIMÓN, 2005).

Para terminar este periplo, expondremos los datos que hemos encontrado referidos a la capital de la provincia, a la ciudad de A Coruña.

A través de las referencias de la prensa local hemos identificado prácticas de reclusión/encierro de pacientes psiquiátricos (dementes) en diferentes establecimientos sanitarios (Hospitalillo de la Calle de los Huertos, Hospital de Caridad, y cárceles de la ciudad de A Coruña y municipios colindantes (Oza) entre los años 1892 a 1925. En algunos de ellos los enfermos llevaban muchos meses encerrados (y en uno de los casos había estado 4,5 años) antes de proceder a su traslado al manicomio de Conxo.

Ayer fue recogido en La Coruña por la Policía el demente Manuel Couto, de Trazo, que vagaba por las calles. Provisionalmente fue conducido al Hospital de Caridad. (*El Correo de Galicia, 11/1/1917*)

Oficiar al alcalde de Betanzos para que envíe al Hospitalillo de la calle de los Huertos al demente Andrés Roel González, para ser conducido al Gran Hospital de Santiago, donde convenientemente aislado guardará turno para su ingreso en el Manicomio de Conjo. (*El Anunciador*, 14/10/1892))

“Conducidos por un empleado del Manicomio salieron ayer para Conjo cinco dementes de los reclusos en el Hospitalillo”. (*El Noroeste* 1/4/1906).

“Varios vecinos de Oza trajeron ayer a La Coruña aun infeliz demente que residía con su familia en el lugar de Mesoiro, parroquia de San Vicente de Elviña, llamado Vicente Candamio. Diferentes veces se pusiera en conocimiento del Gobernador que era imposible que ese pobre alienado continuase cuidado por sus parientes dado lo excitado que se halla. Ayer, sin duda, al traerlo a la capital fuertemente sujeto quisieron que el Gobernador lo vieses. Este dispuso que interin no se acuerde su ingreso en el Manicomio de Conjo o en el Hospital de Santiago, volviese el demente a Oza e ingresase en el depósito municipal. (*La Correspondencia Gallega*, 17/07/1897)..

Las referencias más detalladas y extensas (dando todo tipo de datos personales identificativos: nombre completo, edad, vecindad, tiempo de estancia.. así como comentarios a veces jocosos o despectivos (“anormales”)) las encontramos en las referencias a las estancias de “dementes” en el Hospitalillo de la Calle de los Huertos en el año 1925. Fueron publicadas en el periódico coruñés *El Orzán* en junio y julio de 1925. En este centro hospitalario, hoy desaparecido y que estaba en los alrededores del cementerio de la ciudad, hemos constatado que en ese mes de junio de 1925 había 15 dementes reclusos a la espera de ser conducidos al manicomio de Conxo. Eran hombres y mujeres, y varios de ellos estaban reclusos desde más de 2 años (uno desde 4,5 años, otro 4 años, 3 años y medio...), superando ampliamente los períodos marcados por la ley de 1885.

“Teresa Camoeiras procede del Asilo Municipal. Esta pobre demente tiene delirios de grandeza y dice a cuantos hablan con ella, que el Palacio Real es suyo, heredado de su padre. Cuenta que es sobrina del general Villa, y dice que el rey Víctor Manuel es primo suyo. Por las noches en la soledad del Hospitalillo, canta creyéndose una artista de ópera [...] Josefa Rey, es muy popular en la Coruña, donde se la conoce por la “vieja del tango”. Esta infeliz está deseando que la trasladen, y cuando le hablan de ello, da palmadas, salta y ríe llena de alegría[...] Con objeto de llevarlos a Conjo, vendrán el lunes cuatro loqueros del manicomio”. (*El Orzán*, 25/6/1925)

“Ayer fueron trasladados a Conjo los dementes que se hallaban reclusos en el Hospitalillo de los Huertos. Son 16 los anormales trasladados, doce mujeres y cuatro hombres, de los cuales dimos ya los nombres y demás circunstancias.A

las cinco de la tarde llegó el automóvil de línea que había de llevar a Conjo a los alienados. [...] Los enfermeros abren la celda donde está el furioso. Éste está desnudo, cubierto solamente por una manta. Intenta acometer a los que entran y lo sujetan fácilmente, acostumbrados ya a tratar con los infelices locos. El demente forcejea y los insulta desesperado. A duras penas consiguen vestirlo y le colocan las trabas en los pies y un cinturón especial al que sujetan las manos. El pobre muchacho dice que están triunfando los ingleses y llama anarquistas a los que lo sujetan. Poco a poco fueron sacados los dementes. [...] Primero las mujeres que fueron acomodadas en el automóvil. Imposible describir la algarabía producida en aquel coche entre las doce mujeres que protestaban, gritando y llorando a la vez. Una de ellas tuvo que ser atada porque se resistía desesperadamente. Quisimos ayudar a subirla al coche y como recuerdo de nuestro servicio voluntario sacamos un siete en la americana al quedar presa entre la portezuela y la loca. El demente furioso dio una cabezada en la cara a un enfermero, y tanta era la fuerza que desarrollaba que por dos veces consiguió dejar libres sus manos y nuevamente fue atado no sin grandes esfuerzos. A la puerta del Hospitalillo se agrupaban muchas mujeres, que lloraban al ver salir a cada uno de los dementes. [...] A las 6 de la tarde se puso en marcha el vehículo. Los gritos de los alienados se oían más que el ruido del motor, y la calle de la Torre abajo pasó el coche llevando en su interior tantos dolores y amarguras. Ojalá sirva el cambio de residencia para alivio de los desventurados. (Camino de Conjo. El Automóvil del Dolor. *El Orzán*, 02/07/1925).

3. Conclusiones

1ª.-Las celdas de “Dementes” y salas de Observación de Hospitales Provinciales y municipales gallegos, así como las cárceles municipales, fueron espacios de primera línea en la atención y reclusión de la locura en Galicia durante el período analizado. Iniciaron la institucionalización de la asistencia psiquiátrica gallega desde mediados del siglo XIX hasta la apertura del Manicomio de Conxo en 1885.

2ª.- Desde el nivel asistencial antes expuesto se realizaba una labor de selección y filtro antes de decidir la derivación a los establecimientos manicomiales (Conxo y otros fuera de Galicia) y esta política se mantiene durante todo el período estudiado y hasta mediados del siglo XX.

3ª.-Hemos encontrado datos de atención/reclusión de locos en hospitales, asilos, cárceles, depósitos municipales... en condiciones asistenciales muy deficientes y precarias, y durante períodos de que excedían claramente lo indicado por el Real Decreto de Reclusión de Dementes de 1885. Estaban repartidos por toda la geografía de Galicia, en las principales ciudades y villas. Hemos encontrado datos inéditos hasta ahora acerca de pacientes en centros sanitarios y carcelarios en A Coruña, Santiago, Betanzos, Noya, Pontevedra, Vigo, Lugo, Ourense, Ferrol, Tui, Mondoñedo, Cambados... Destacar que sorprende la profusión de datos personales y descripción de conductas que se aportan en muchas de las noticias que se daban en la prensa de la época.

Fuentes

Archivo Histórico Provincial de Ourense. AHPOU. Cajas Beneficencia. Cajas 5884. Libro 6519. Movimiento Enfermos de Caridad, 1893-1895. Libro 6520. Movimiento Diario de enfermos de Caridad en el Hospital de Ourense, 1896-1897

Archivo Municipal de Ourense. AMOU. Fondo Sanidad Municipal y Beneficencia. Cajas 48 y 49, 1886-1946. Fondo Beneficencia, Cajas 77 y 78. 1863-1938.

Archivo Diputación de Pontevedra. Fondo Beneficencia. Siglo XIX.

Arquivo de Galicia, Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. 1889-1917. Caja G5812.

Fuentes hemerográficas (consultas a través de Galiciana Digital, Biblioteca Nacional España Digital ; Prensa gallega y española de la época en Biblioteca Diputación de Ourense, AMOU y AHPOU). Periódicos consultados (periodo 1880-1927): *El Orzán (A Coruña)*, *El Correo de Galicia*, *Álbum Literario (Ourense)*, *El Noroeste*, *El Alcance*, *Gaceta de Galicia*, *El Áncora*, *El Eco de Ourense*, *El Anunciador: diario de La Coruña y de Galicia*, *La Hormiga de Oro*, *La Correspondencia de España diario universal de noticias*, *La Idea Moderna*.

Bibliografía

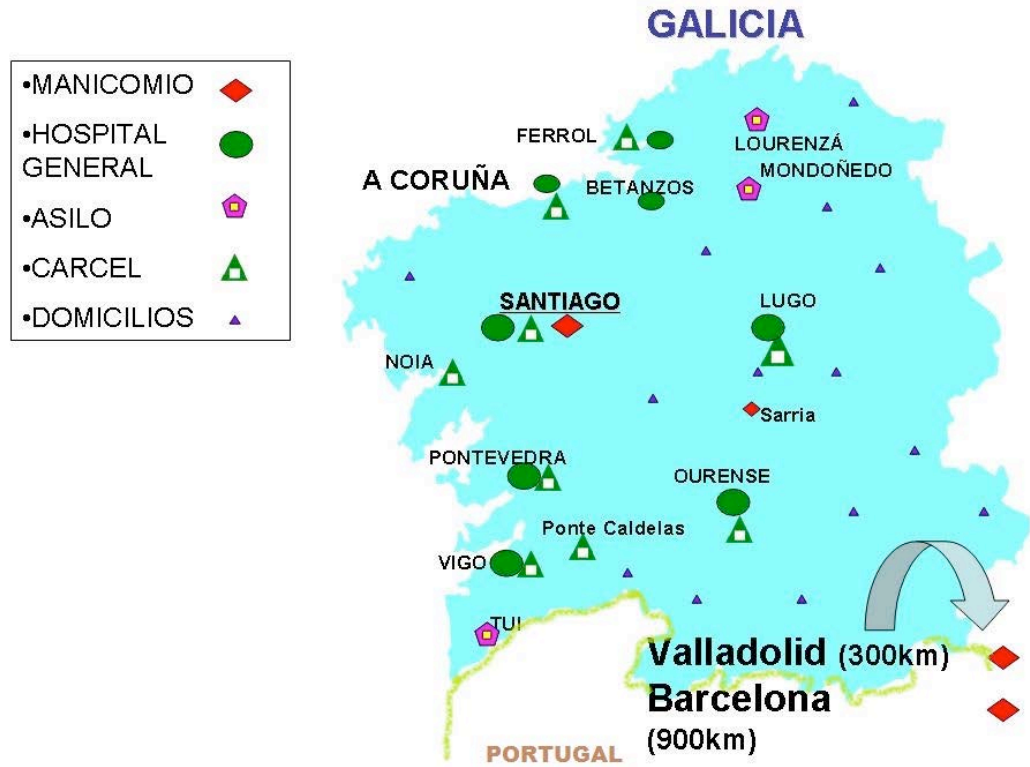
COUSELO, A. — “Una aproximación a la asistencia social al loco en la Galicia del XIX: el sanatorio de Conxo”. In BALBOA, X.; PERNAS, Herminia. (eds.) — Entre Nós. Estudios de Arte, Xeografía e Historia en homenaxe ó profesor Xosé Manuel Pose Antelo. Santiago: Universidade de Santiago de Compostela, 2001.

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Emilio — “La “Sala de dementes” y el “Departamento de locas” del Gran Hospital de Santiago (Espacios Virtuales)”. In ANGOSTO SAURA, Tiburcio; RODRÍGUEZ LÓPEZ, Antonio; SIMÓN LORDA, David (comps.) — Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría, 1924-1999. Ourense: Asociación Española de Neuropsiquiatría-Asociación Galega de Saúde Mental, 2001.

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Emilio.; GONDAR PORTASANY, Marcial. (1997), — “Historia da psiquiatría galega. Entrevista con Delfín García Guerra”. SISO/SAUDE, 29 (1997) 44-59.

SIMÓN LORDA, David - Locura, medicina, sociedad: Ourense (1875-1975). Ourense: Fundación Cabaleiro Goás-Xunta de Galicia, 2005.

SIMÓN LORDA, David.; GONZÁLEZ, Emilio — “Historias del manicomio de Vilapedre-Sarria-Lugo: Ricardo Núñez, un atípico protopsiquiatra de la Galicia del siglo XX”. In MARTÍNEZ PÉREZ, José *et. al.* (eds.) — La gestión de la locura: Conocimientos, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX). Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, 2008. p. 121-142.





Edificio antiguo Hospital As Mercedes, año 1940 aprox. (Dip.Prov.Ourense)



Manicomio de Conxo, vista panorámica. Postal publicitaria, año 1910

ARQUIVO DA MEDICINA LEGAL DE COIMBRA: INTERPRETAÇÃO DE CASOS LIGADOS À PSIQUIATRIA FORENSE (1900-1926)

Inês Pinto da Cruz

Socióloga; Doutoranda FLUC/Investigadora do CEIS20
Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-
CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia)
E-mail:inespcruz77@gmail.com

Resumo

Tendo por base os exames mentais relativos a processos criminais, realizados pelo Conselho Médico-Legal de Coimbra, entre 1900 e 1926, esta comunicação em poster pretende interpretar alguns dos resultados seleccionados, decorrentes do estudo destas fontes.

Os dados provenientes desta investigação foram agrupados em categorias endógenas, onde se inserem variáveis como sexo e idade dos indivíduos sujeitos a exame mental; categorias exógenas, englobando o estado civil, educação, profissão e naturalidade; categorias criminais, cuja análise enreda a tipologia do crime praticado, o tipo de arma mais utilizada, e, por fim, categorias processuais, em que foi apurada a responsabilidade criminal do arguido, o local onde foi realizado o exame, a duração do mesmo e o respectivo diagnóstico efectuado pelos membros do Conselho Médico-Legal.

Palavras-chave: psiquiatria forense; conselho médico-legal, exame mental, responsabilidade criminal, crime

Abstract

Based on the mental exams of criminal cases, conducted by Medico Legal Council of Coimbra, between 1900 and 1926, this communication aims to interpret some of the selected study results arising from these sources.

The data from this research were grouped into categories endogenous, which includes variables such as gender and age of individuals undergoing mental examination; exogenous categories, encompassing marital status, education, occupation and place of birth; criminal categories, whose analysis is focused on the type of crime committed and the kind of weapon most commonly used, and, finally, procedural categories, which includes the verdict of the existence or not of criminal responsibility, the place where the exam was performed, its durability and the defendant diagnosis, carried out by the members of the Medico Legal Council.

Introdução

A presente comunicação pretende dar a conhecer alguns dos resultados decorrentes de uma pesquisa na Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e no Arquivo da Universidade de Coimbra, onde analisei os processos e relatórios de exames mentais efectuados pelo Conselho Médico-Legal entre 1900 e 1926. Estes resultados pretendem revelar dados sobre os indivíduos examinados, nomeadamente no que se

refere ao sexo, idade, estado civil, profissão, naturalidade, tipologia do crime praticado, o tipo de arma mais utilizada, a natureza da relação entre vítima e agressor, o apuramento da responsabilidade criminal dos arguidos, o local onde se realizou o exame, a duração do mesmo e o diagnóstico efectuado pelos membros do Conselho Médico-Legal.

Desenvolvimento do tema

Ao ter recebido autorização de investigação na Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e no Arquivo da Universidade de Coimbra, analisei os processos e relatórios de exames mentais efectuados pelo Conselho Médico-Legal entre 1900 e 1926. A justificação desta cronologia, prende-se com o tema da tese de Doutoramento em curso, História da Psiquiatria Forense em Portugal na I República (1910-1926), sendo que considereei importante fazer um recuo de cerca de dez anos em relação à I República pelo facto da legislação que criou os Conselhos Médico-legais ter sido promulgada em 1899. Esta lei, composta por dezanove artigos, dividiu o país em três circunscrições médico-legais, em Lisboa, Porto e Coimbra, estabelecendo um Conselho Médico-Legal na sede de cada uma. Adicionalmente, criou uma «morgue» junto das faculdades de medicina e escolas médico-cirúrgicas, regulando também os montantes envolvidos nas actividades dos Conselhos.

Deste modo, entre 1900 e 1926, encontrei e analisei 83 casos, dos quais, 67 eram processos criminais (2 dos 67 casos eram reincidentes) e 6 eram civis. Verificaram-se ainda 5 casos em que as informações eram insuficientes para a emissão de parecer do Conselho Médico-Legal, 1 caso de relatório inconclusivo, 2 casos em que não se verificou crime, mas apenas manifestação de possível alienação mental, 1 caso em que os dados fornecidos são extremamente limitados para se poder analisar e 1 caso de uma alegada vítima de violação, a qual foi sujeita a exame mental para apuramento do sucedido.

Embora tenha verificado que alguns relatórios eram mais completos que outros, ao nível de informação e documentos anexos, é de referir que em todos se denotava uma tentativa de expor a história do caso, que implicava o levantamento de aspectos referentes à hereditariedade, infância, puberdade e vida ulterior do(a) examinado(a); o resultado directo do exame, exame físico e psicológico do(a) suspeito(a) de alienação mental; e a opinião dos peritos, fase final, onde ocorria a reunião de todos os factos apurados, a reflexão sobre se tais dados seriam suficientes para afirmar um estado de alienação mental e, em caso afirmativo, identificação da forma mórbida, acompanhada da conclusão e resposta aos quesitos solicitados.¹⁵

Após a recolha de toda a informação, foram criadas quatro tipos de categorias de análise: categorias endógenas, onde se inseriram variáveis como sexo e idade dos indivíduos sujeitos a exame mental; categorias exógenas, que englobaram o estado civil, profissão e naturalidade dos examinados; categorias criminais, cuja análise enreda a

¹⁵ Vide *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1900*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901, p. 16 e 17.

tipologia do crime praticado, o tipo de arma mais utilizada e a natureza do relacionamento entre vítima e agressor, e, por fim, categorias processuais, em que foi apurada a responsabilidade criminal do arguido, o local onde foi realizado o exame, a duração do mesmo e o respectivo diagnóstico efectuado pelos membros do Conselho Médico-Legal.

Debruçando-me nos casos criminais e fazendo uma análise das categorias endógenas dos processos analisados, estes revelaram uma enorme discrepância entre o número de homens e o número de mulheres, pelo que as segundas representam apenas 13% da população analisada e os segundos 87% (gráfico 1). Já no que se refere à idade dos examinados (gráfico 2), verifica-se que a maioria se situa entre os 21 e os 30 anos, sendo possível identificar que a grande concentração dos casos analisados se instala entre os 21 e os 50 anos

Gráfico 1

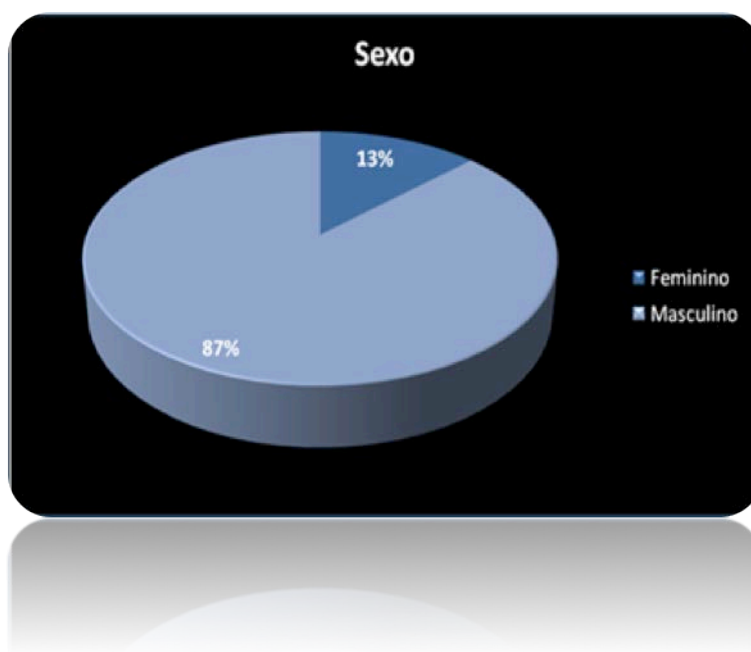
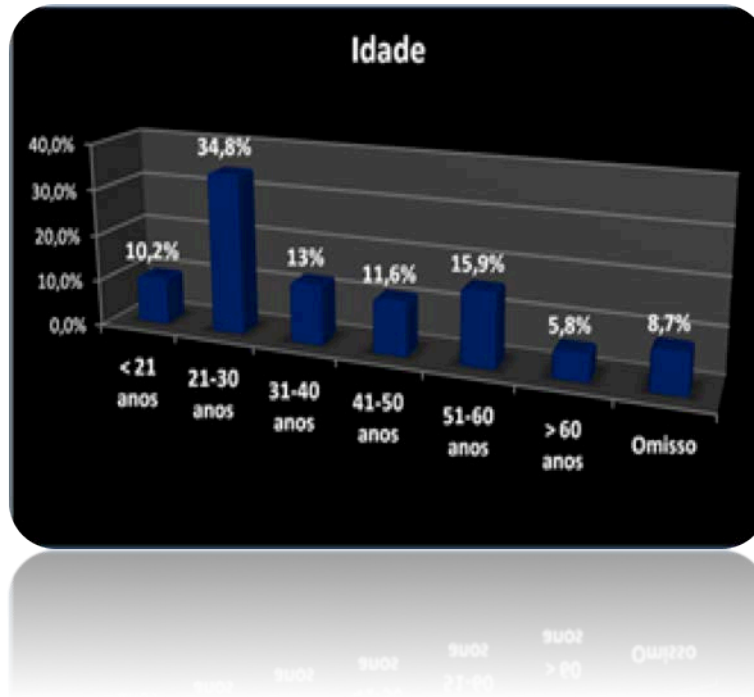


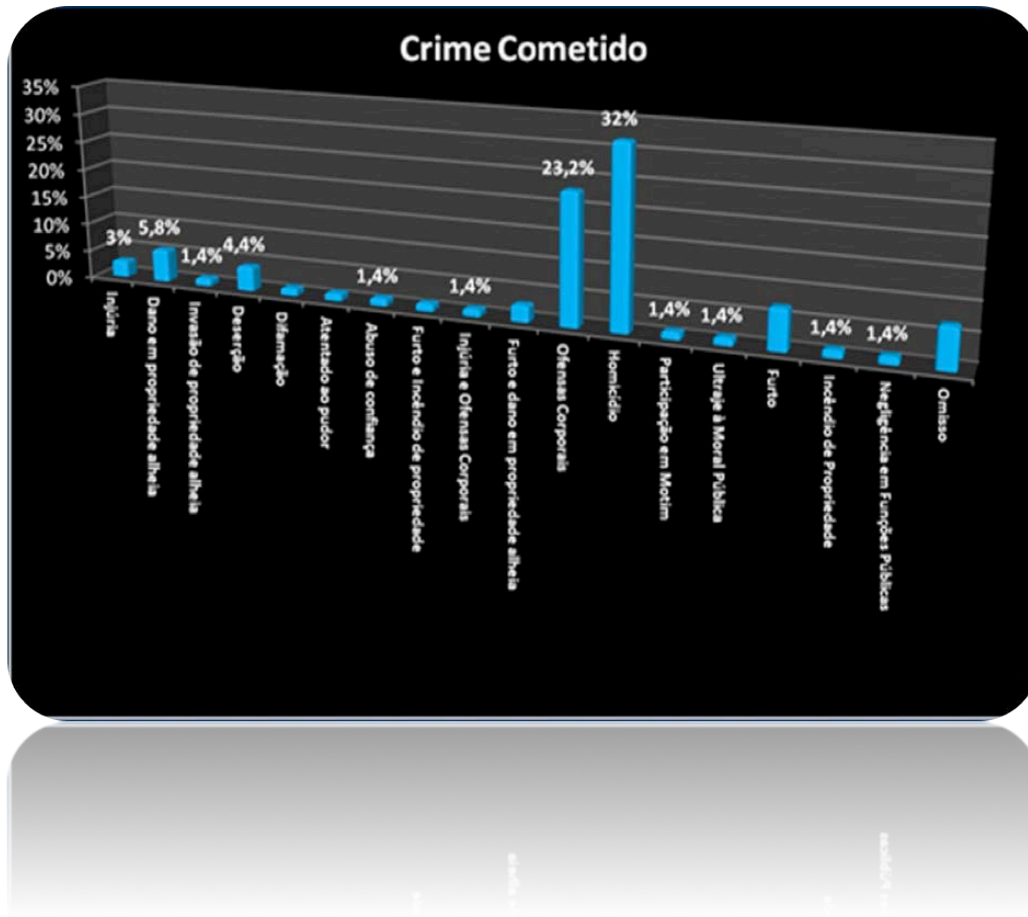
Gráfico 2



Relativamente às categorias criminais, observa-se que dos processos investigados, o crime mais cometido pelos examinados foi homicídio ou tentativa do mesmo (gráfico 3), seguido do crime de ofensas corporais, o que deixa patente que a larga maioria exerceu crimes contra as pessoas. No decurso da investigação e decorrente do cruzamento de dados, constatei que os tipos de crime referidos foram praticados maioritariamente por indivíduos cujo diagnóstico foi epilepsia ou paranóia, facto que se encontra de acordo com o que Júlio de Matos afirma sobre este assunto no seu *Manual das Doenças Mentaes*: “em regra, podemos estabelecer que todo o alienado é capaz de tornar-se, n’um momento dado, um homicida. Entretanto, os epilepticos, os alcoolicos, as maniacas puerperaes, os perseguidos e os lypemaniacos anciosos são os que mais especialmente se encontram aptos ao commettimento de um assassinato”¹⁶.

¹⁶ MATOS, Júlio de, *Manual das Doenças Mentaes*. Porto: Livraria Central de Campos & Godinho – Editores, 1884, p. 359.

Gráfico 3



A arma ou métodos que revelaram ser mais frequentes na execução dos crimes praticados foi o revólver, seguido da enxada e da faca, sendo sobretudo usadas em crimes de homicídio (gráfico 4), o que se coaduna com a informação pautada no gráfico anterior..

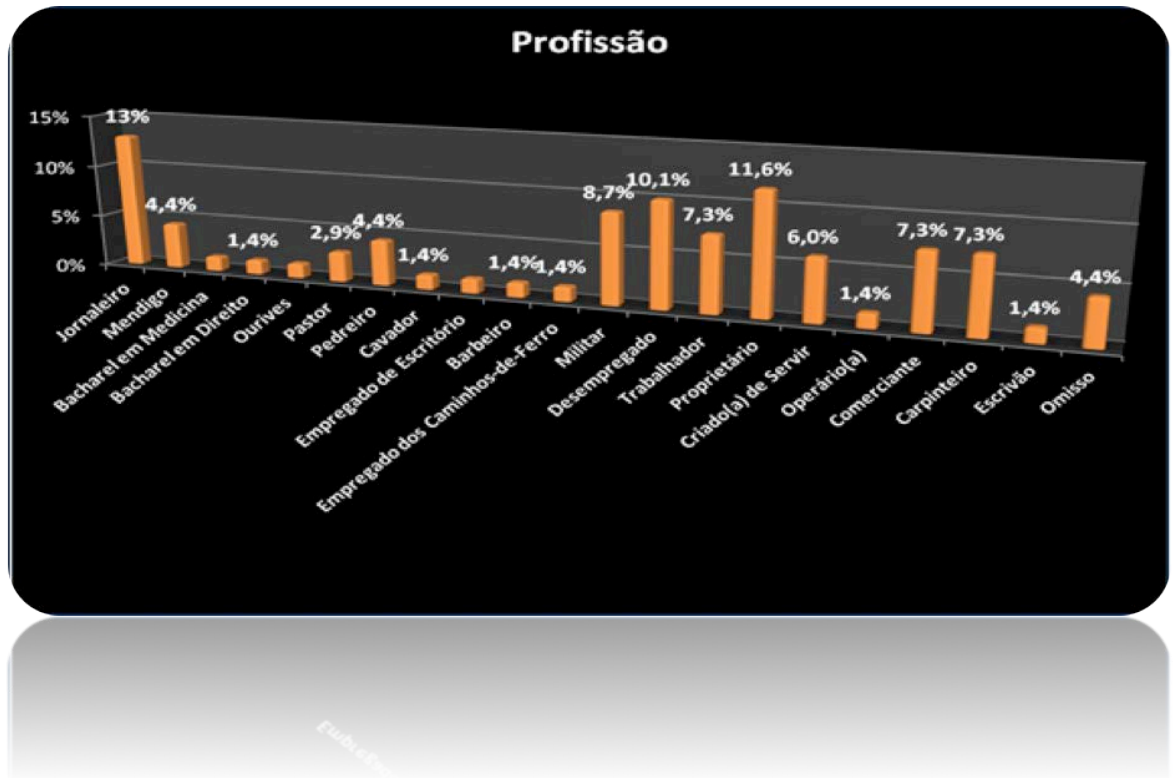
Gráfico 4



No que se refere às categorias exógenas, mais propriamente às profissões (Gráfico 5), é interessante reflectir no que afirma Júlio de Matos: “Profissões há também que predisõem à loucura (...). A profissão de militar é uma dessas em todos os países. Entre nós, as profissões de jornalista e rendeiro dão á loucura um largo contingente, explicam, por ventura, este facto os trabalhos pesados e a miséria que são companheiros da nossa vida agrícola”¹⁷. Nesta pesquisa, as profissões de jornalista e de proprietário foram precisamente as ocupações que se destacaram como pertencentes à maior parte dos examinados.

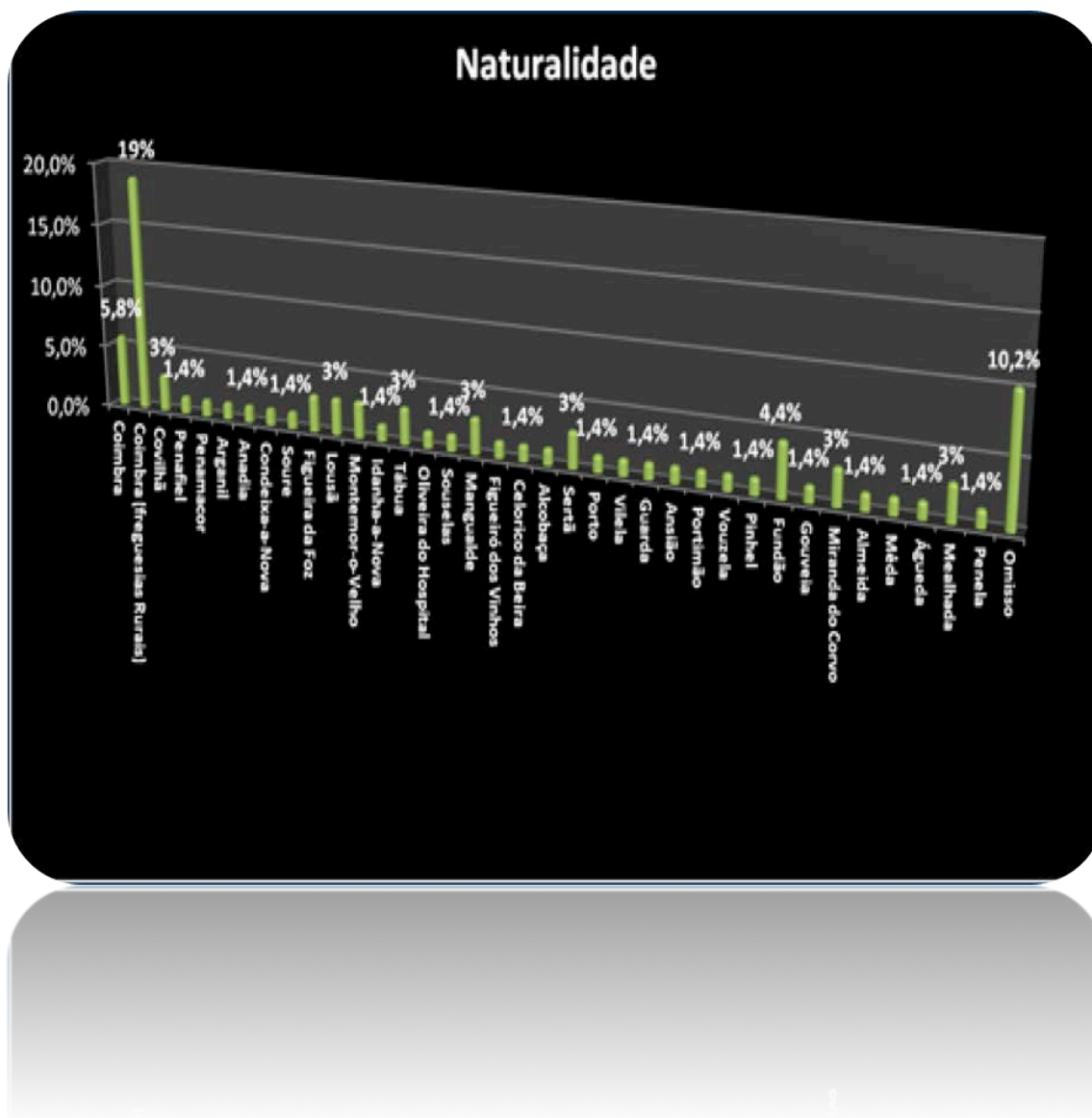
¹⁷Idem, *ibidem*, p. 22 e 23.

Gráfico 5



Tomando em consideração a naturalidade dos indivíduos sujeitos a exame mental pelo conselho Médico-Legal (Gráfico 6), é possível verificar que, na época em estudo, a maioria era proveniente de zonas rurais, o que justifica o elevado número de profissões relacionadas com o trabalho no campo.

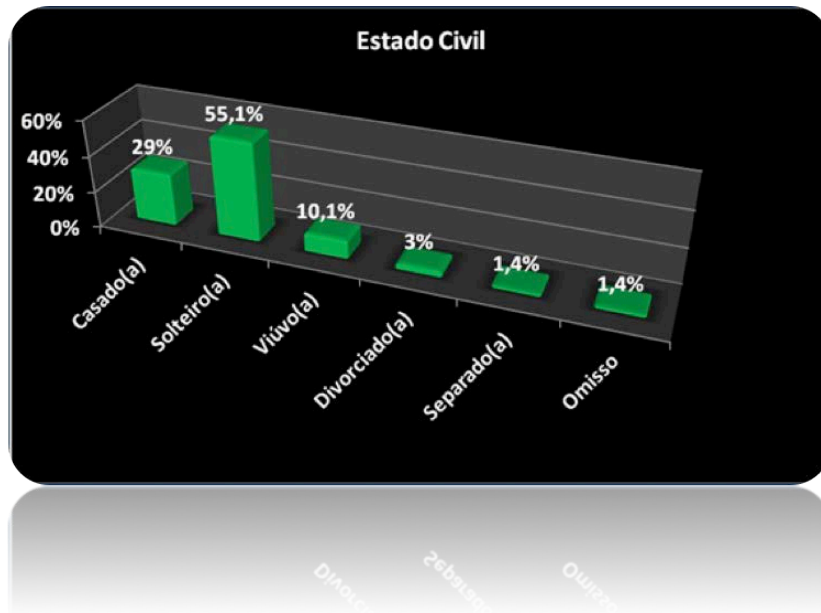
Gráfico 6



Em relação ao estado civil (Gráfico 7), é possível observar que a grande maioria dos examinados era solteira, o que vai de encontro às estatísticas de todos os países da época em análise, como refere Júlio de Matos no *Manual das Doenças Mentais*: “As estatísticas de todos os países denunciam uma cifra muito mais considerável de alienados solteiros e viúvos que de casados”¹⁸..

¹⁸ *Idem, ibidem*, p. 23.

Gráfico 7



Finalmente, no que toca à responsabilidade criminal (gráfico 8), a grande maioria dos examinados foi considerada inimputável (81,2%), tendo sido em grande parte dos casos recomendada a sua sequestração definitiva ou transitória num Hospital de Alienados (gráfico 9).

Gráfico 8



Gráfico 9



É ainda de referir, que os diagnósticos mais frequentes dos examinados foram paranóia e imbecilidade (gráfico 10) e que os exames mentais analisados duraram, maioritariamente, entre 1 a 2 meses (gráfico 11), tendo sido, até Novembro de 1918, quase todos efectuados na Morgue de Coimbra. A partir dessa data passaram a realizar-se no recém-criado Instituto de Medicina Legal de Coimbra. Alguns exames ocorreram nos HUC e na Cadeia de Sta. Cruz (gráfico 12), nomeadamente em situações de doentes perigosos, o que constituía uma tentativa de colmatar a lacuna de, à época em estudo, não existir em Coimbra um Hospital de Alienados .

Gráfico 10

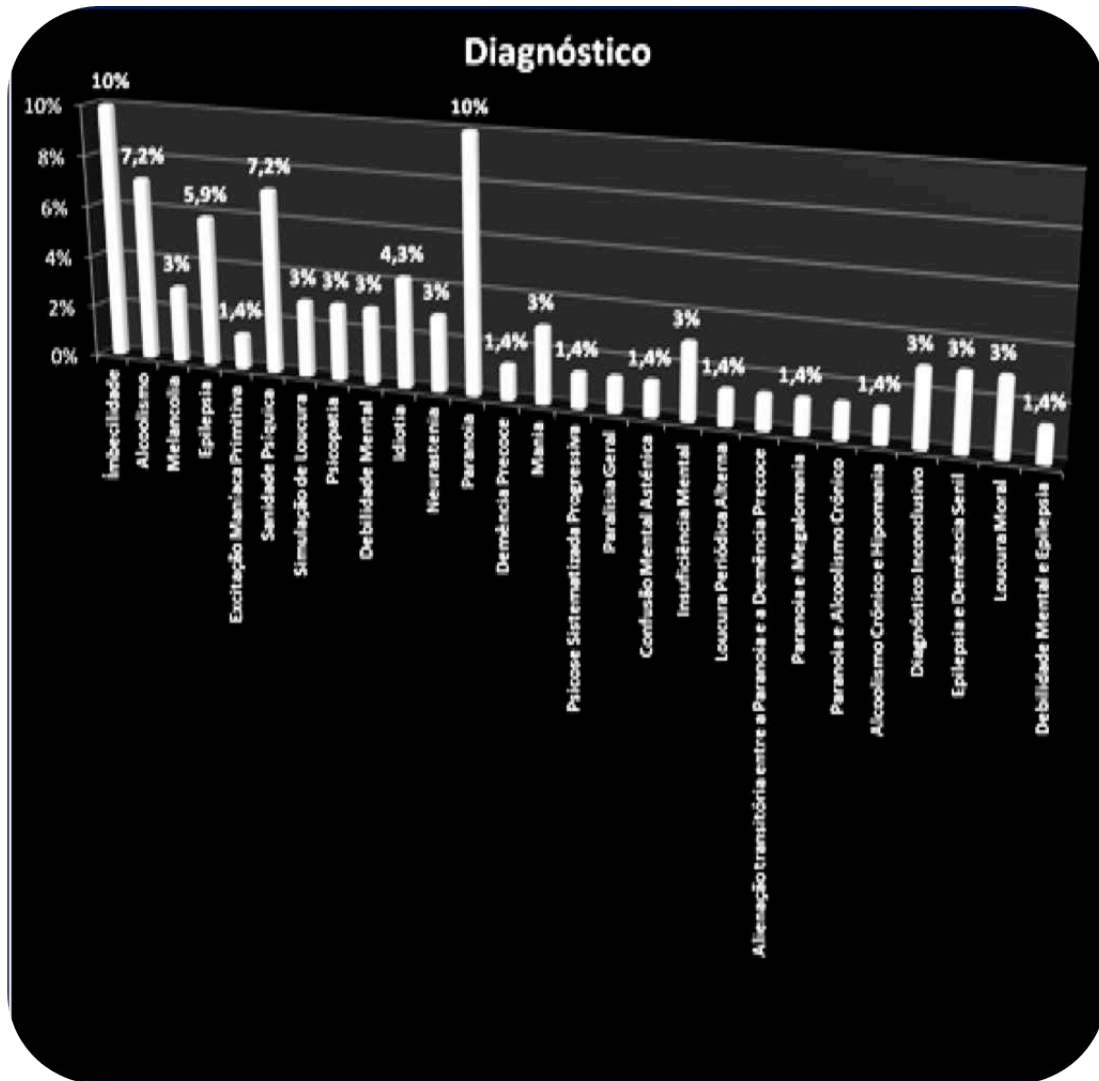


Gráfico 11

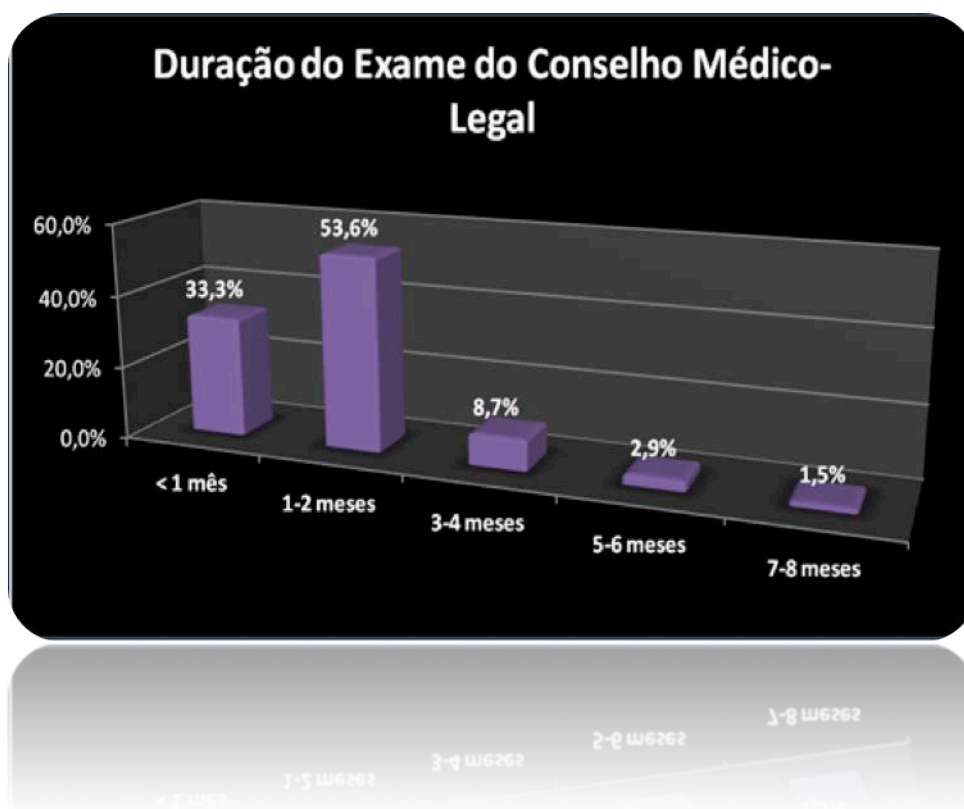
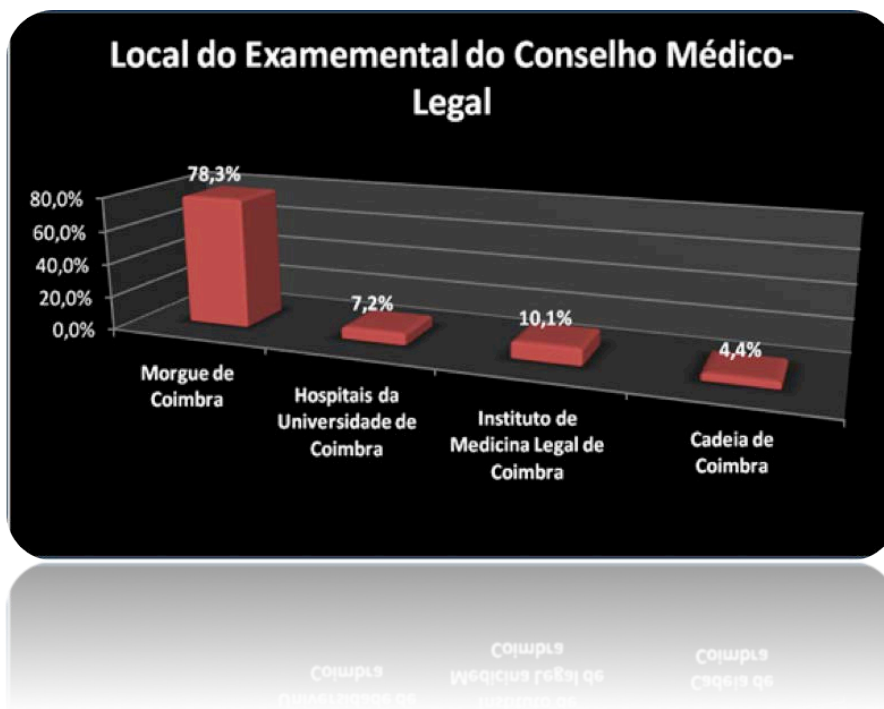


Gráfico 12



Conclusão

Júlio de Matos reconheceu dois grupos de causas da doença mental: causas endógenas (procedentes do indivíduo, ligadas à sua constituição e actuando como factores internos; e causas exógenas (procedentes do ambiente físico e social, relativamente independentes das condições individuais e exercendo a sua acção como factores externos).

A partir desta concepção, foram construídas categorias de análise dos dados recolhidos nesta investigação e foram acrescentadas mais alguns componentes de interesse, tendo resultado daí um estudo cujas linhas gerais foram muito resumidamente apresentados nesta comunicação em forma de poster.

Bibliografia

- MATOS, Júlio de, *Manual das Doenças Mentales*. Porto: Livraria Central de Campos & Godinho – Editores, 1884.
- MATOS, Júlio de, *Elementos de Psychiatria*. Porto: Livraria Chardron, 1911.

Fontes

- Registo de Exames Mentais e Respectivo Parecer do Conselho Médico-Legal*. Instituto de Medicina Legal de Coimbra, *Livro II*, 1900-1911.
- Processos da Morgue de Coimbra*, 1-15. Instituto de Medicina Legal de Coimbra, Série B e C 1912-1920.
- Exames Mentais do Conselho Médico-Legal* – Instituto de Medicina-Legal de Coimbra, 1921-1926.

Trabalho no âmbito da bolsa de doutoramento (Bolsa de doutoramento: SFRH / BD / 77775 / 2011. orientada pelos Profs. Doutores Ana Leonor Pereira e João Rui Pita.

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projecto PEst-C/HIS/UI0460/2011. Ref. COMPETE FCOMP-01-0124-FEDER-022660.

A MISERICÓRDIA E MANICÓMIO CÂMARA PESTANA NA ASSISTÊNCIA AOS ALIENADOS NA MADEIRA ATÉ 1925

Aires Gameiro

Psicólogo

ISJD, CEIS20-UC, IPCDV-FPCE-UC, CLEPUL

E-mail: aires.gameiro@isjd.pt

Resumo

O autor anota o vazio sobre os alienados até serem acolhidos no Hospital de Santa Isabel da Santa Casa Misericórdia do Funchal em 1844. Os alienados passariam por pobres, mendigos, delinquentes e presos; ora explorados e maltratados, ora acorrentados aos troncos prisionais e familiares. No início do século XX é criada a primeira instituição exclusiva para eles, o Manicómio Câmara Pestana. A comunicação descreve algumas vicissitudes para a criação desta instituição e as suas condições insatisfatórias até às mudanças na sua organização e gestão no início dos anos 1920 quando os Irmãos de S. João de Deus e as Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus começaram a assistir, respetivamente, os homens e as mulheres doentes.

Palavras-chave: Misericórdia e a assistência aos alienados na Madeira; Manicómio Câmara Pestana; Irmãos de S. João de Deus e Irmãs Hospitaleiras do S. Coração de Jesus na Madeira.

Introdução

Uma das primeiras referências à assistência aos alienados no Funchal data de 1493 com as diligências junto do Senado Municipal do Funchal para a construção de um *Tronco ou casa de alienados*. O *Elucidário Madeirense* que dá esta informação inclina-se para o facto de não ter havido resposta nem do Governo de Lisboa nem do Grão-Mestre da Ordem de Cristo. Ignora-se que local teria sido indicado para essa construção e onde eram detidos os alienados nessa data. A hipótese mais provável é a de que o abandono, maus tratos e exploração dalguns mais úteis para a família continuou a ditar a sua sorte. A mendicidade para grande número era o meio de sobreviver para aqueles que não fossem violentos por doença e por reação aos maus tratos da população. Alguns destes seriam amarrados em *troncos* improvisados em palheiros e em calaboiços, como presos de delito comum. Para além da mendicidade, prisões, troncos privados haveria outros os trabalhos de escravos.

A Santa Casa da Misericórdia e os seus hospitais

A Santa Casa da Misericórdia pode ter dado assistência a algum doente mental menos problemático após a sua criação em 1511 mas não se dispõe de documentação que o prove. Por 1515-1520 foi construído o Hospital “novo” da Santa Casa da Misericórdia

em que foram incorporados os hospitais existentes¹. O Hospital “Novo” veio a suceder ao hospício de Santa Catarina, ao hospital de S. Paulo (junto da Capela de S. Paulo em 1454 e transferido para Santa Maria Maior em 1484), e ao hospital de Santa Isabel ou Hospital “Velho” de Santa Maria Maior de 1483. Não há referência de assistência a alienados ou doentes de categoria equivalente neste Hospital Novo. E continua a não haver nos séculos XVII e XVIII. Nos inícios do século XVII começaram as diligências para transferir a Misericórdia e o seu Hospital de Santa Isabel, de Santa Maria Maior para local mais central, junto da Sé. A mudança só se completou nos inícios de 1800, construindo-se ao seu lado o Recolhimento das Orfãs e a Enfermaria Britânica do hospital em que funcionou a nova Escola Médico-Cirúrgica a partir de 1837 a 1910 (EM)².

Nos Regimentos deste Hospital da Santa Casa da Misericórdia de 1816 há referências à assistência de órfãos, pobres e presos mas não se explicita qualquer assistência aos alienados³. Na lista das Enfermarias por moléstias específicas: *S. Joaquim* para as febres; *Visitação* para as moléstias crónicas; os feridos para *S. Amaro*, feridos; *S. Roque*, mal venéreo; *S. Sebastião*, militares. Para as mulheres, *Nossa Senhora do Socorro*, e se de mal venéreo, *Santa Maria Madalena*. Anota mais duas enfermarias para incuráveis, *S. Lázaro* para homens e *Senhora da Misericórdia* para mulheres. *S. Patrício* é a Enfermaria dos Ingleses, e para os “partos ocultos”, *S. João Nepomuceno*. Não aparece nenhuma atribuída ao acolhimento dos alienados ou loucos. No Regimento de 1834 continua a não haver referências à hospitalização ou detenção de loucos. É preciso esperar pelo Regulamento de 1844 em que refere que “há alguns quartos seguros para loucos os quais devem ser separados das outras enfermarias” (EM). Não esclarece se alguns foram transferidos nem de donde. Parece que só poderiam estar na rua, nos palheiros e em *troncos* improvisados.

Condições sociais de crise

Por meados do século XIX a Madeira passou por uma situação de carestia e pobreza agravada por problemas de álcool que levaram a atribuir à Madeira o nome de “*Ilha da aguardente*”. Alguns quartos do hospital dificilmente seria resposta adequada para todos os perturbados mentais. O Elucidário Madeirense refere precisamente: “A percentagem dos indivíduos atacados de alienação mental foi-se tornando assustadora.

¹ Ver: *Elucidário Madeirense (EM): Misericórdias*, e Maria Dina dos Ramos Jardim: *A Santa Casa da Misericórdia do Funchal século XVIII. Subsídios para a sua história*, Região Autónoma da Madeira, 1995, pp 12-15: “Os doentes” p. 122-126, o Recolhimento das Orfãs p.130-133 e A assistência aos presos¹³⁷.

² Pe. Fernando Augusto da Silva, *A Antiga Escola Médico-Cirúrgica do Funchal, Breve Monografia Histórica*, Funchal Typ. Esperança, 1945 in

<http://www.bprmadeira.org/imagens/documentos/File/bprdigital/ebooks/AntigaEscola1945.pdf>

³ *Regimento ou Regulamento do Hospital Real de Santa Isabel da Cidade do Funchal Ilha da Madeira*, sendo provedor da mesma Santa Casa o Excellentíssimo e Reverendíssimo Senhor Bispo Vigário Apostólico D. Fr. Joaquim de Menezes Attaíde, Anno de 1816, Confirmado por Provisão Régia de 19 de Outubro de 1819. Cf em EM, 1922, a entrada *Junta Agrícola e Manicómio Câmara Pestana*; e em Rui Nepomuceno, *Uma perspectiva da história da Madeira*, Editora O Liberal, Câmara de Lobos, 2010, pp357-359

As condições sociais degradaram-se com o aumento dos expostos, prostituição, criminalidade, aumento dos miseráveis e dos afetados pela fome e pelo álcool¹. Este artigo apresenta uma síntese do problema alcoólico na história da Madeira como causa decisiva do número de pessoas com perturbações mentais. A fome e a miséria eram outras causas que levaram o governador José Silvestre Ribeiro a adquirindo cereais para mitigar a fome da população em 1847-1848, e a fundar o Asilo da Mendicidade 1848 e outras instituições de beneficência e de escolarização por a alfabetização ser muito reduzida².

Rui Nepomuceno³ cita o “Registo Geral da Câmara” de 1836 ao referir que faltava tudo no Funchal. E segundo refere Sérvulo Drummond Meneses⁴, «uma inumerável multidão de mendigos vagueia pelas ruas da Cidade, e oferecendo um espetáculo sobre maneira em estado repulsivo e lastimoso, o que em verdade exacerba os inconvenientes do tristíssimo estado de coisas...». Nepomuceno acrescenta que “os próprios presos da cadeia do Funchal foram autorizados a vir à praça pública pedir esmola para mitigar a fome...”⁵. Em 1847 no Asilo recém aberto nas instalações do extinto Convento de S. Francisco deram logo entrada 400 mendigos entre adultos e menores de ambos os sexos⁶, entre os quais não faltariam alguns com perturbações e deficiências mentais. Houve por esta altura também diligências para “a construção de um edifício apropriado à hospitalização dos alienados” mas não sortiram efeito (*EM, Manicómio Câmara Pestana*).

A estes problemas se vieram misturavam outros socio-políticos e religiosos complexos⁷, entre os quais em 1847 a revolta militar e proclamação da Junta Governativa da Madeira. Neste clima de crise, pobreza e miséria estariam associados

¹ Cf em *EM, 1922*, a entrada *Junta Agrícola e Manicómio Câmara Pestana*; e em Rui Nepomuceno, *Uma perspectiva da história da Madeira*, Editora O Liberal, Câmara de Lobos, 2010, pp357-359.

² Em 1846, no Curral das Freiras, já havia uma escola mas só o pároco e o regedor sabiam ler e escrever...

³ Rui Nepomuceno, o.c. p.359: «Não há molhe, não há um cais onde saltem os estrangeiros a pé enxuto, não há iluminação na cidade, não há cemitério, não há teatro, nem há caminhos transitáveis nem mesmo os vicinais; estão completamente arruinadas as calçadas das ruas e nem dinheiro temos para tapar os buracos mais perigosos; não há depósito de mendigos que andam em bandos pelas ruas, não há uma polícia municipal eficiente; enfim, todas as coisas, e todos os belos estabelecimentos, que nenhuma cidade, ou aldeia dos países civilizados deixa de possuir, todos aqui desconhecemos por falta de meios».

⁴ <http://madeira600anos.blogspot.pt/2009/08/madeira-e-o-funchal.html> (21.04.2012).

⁵ “como colhemos da leitura do Defesa da Liberdade de 1 de Agosto de 1827, onde era dado a «conhecer ao público, o benefício que lhes fez o Exm^o. General, em que saiam dois presos ao peditório. É de esperar que os bons e caridosos patriotas continuem a aliviar quanto puderem a triste sorte dos infelizes que se acham a ferros».

⁶ Cf José Vieira Gomes (Coord) *Abrigo Infantil de Nossa Senhora da Conceição*. Inventário 2012. Arquivo Regional da Madeira, pp. 5-6.

⁷ O médico escocês e missionário calvinista Robert Reid Kalley estava aliciando inúmeros católicos a abandonar a Igreja Católica e a provocar desassossego e intolerância religiosa levando dois mil madeirenses a emigrar para as Caraíbas e Norte dos Estados Unidos. A guerra civil conhecida por Patuleia teve repercussões na Madeira (29.04.1847) levando à destituição revolucionária do governador José Silvestre Ribeiro por não aderir, logo repostos sob intervenção de barcos ingleses e franceses no dia 26 de Julho do mesmo ano. Este governador melhorou os acesos, pontes e abrigos (Poiso); e promoveu os bordados (http://pt.wikipedia.org/wiki/Jos%C3%A9_Silvestre_Ribeiro).

distúrbios psíquicos, problemas ligados ao álcool e à deficiência e doença mental resposta ao número de alienados e a situação continuasse a suscitar preocupação. Os alienados mentais continuaram a crescer devido aos excessos do álcool com que cinquenta fábricas inundavam o mercado e levavam ao “definhamento da raça” na estatura, constituição orgânica, nas forças musculares” e numa decadência que os médicos verificam na seleção para o serviço militar (cf Junta Agrícola in *Elucidário Madeirense*). Estes sintomas quase antecipam os estudos e sintomas do SFA, e do Espectrum das Desordens Fetais Alcoólicas e ainda dos Défices de Atenção e Hiperatividade.

Pressões sobre o Hospital Santa Isabel

As críticas e pressões às condições dos alienados nas enfermarias do Hospital Santa Isabel da Misericórdia deixavam muito a desejar, e a sua insuficiência mantiveram na imprensa a preocupação e as pressões a remediar essa situação dos doentes alienados da Madeira. Também não era solução enviá-los para o Manicómio de Rilhafóis em Lisboa além de só o barco *S. Miguel* aceitava transportá-los quando tinha lugares; e o Manicómio os recusar por falta de espaço. O hospital de Santa Isabel do Funchal já os recusava pela mesma razão como veremos abaixo. A alternativa era estes “desgraçados” irem sendo amontoados nos infetos calabouços do comissariado da polícia, diz Manuel José Vieira da Misericórdia e o *EM*.

Dr. Miguel Bombarda passa pelo Funchal e gera polémica

No verão 1898 o Dr. Miguel Bombarda passou pelo Funchal, quando da sua deslocação a S. Miguel para participar no planeamento do Manicómio naquela Ilha. No *Diário Popular* nº 666 de 12.09.1898 e no *Portugal, Madeira e Açores* o Dr. Miguel Bombarda refere-se à falta de manicómios e terá feito críticas à assistência aos alienados. No dia 29.09.1898 Manuel José Vieira presidente da Santa Casa da Misericórdia do Funchal reage às críticas com carta para esses dois jornais. O Presidente da Santa Casa esclarece quão precária é a resposta que esta dá aos alienado da Madeira. “Numa casa pequena, casa separada do edifício” com inconvenientes, “ há uma estância, onde, a pedido da autoridade administrativa, são *provisoriamente* recolhidos alguns indivíduos que sofrem de suas faculdades intelectuais, alegando-se sempre (...) que o pedido é enquanto não seguem ao seu destino (...) para Rilhafoles que muitas vezes quase deles se esquece”. E acrescenta: “ Idêntica estância há junto do comissariado de polícia, pois aquela apenas tem três divisões para três indivíduos do sexo masculino e três do sexo feminino, mas ainda ninguém se lembrou também de a designar de hospital de alienados”. O que pretendo “ é afirmar que nesta cidade e distrito não há hospital algum de alienados, e que essa obra está toda por fazer como o reconhece o ilustre diretor do manicómio de Rilhafoles”. Na carta ao jornal *Portugal, Açores Madeira* é ainda mais explícito negando que o hospital de Santa Isabel tenha hospital de alienados.

Pelo início do século XX alguns Irmãos de S. João de Deus percorriam o país e as Ilhas da Madeira e Açores como esmoleiros para angariar apoios para os doentes pobres assistidos na Casa de Saúde do Telhal. Há notícias que percorreram a Madeira por 1902

e anos seguintes. No *AHDF- Arq.dos Bispos* o autor examinou correspondência com os Irmãos do Telhal que indicia *que D. Manuel Agostinho Barreto (1876-1911), bispo do Funchal*, terá feito diligências por 1902-1904, antes de existir o Manicómio Câmara Pestana, para os Irmãos de S. João de Deus fundarem um manicómio no Funchal, indícios aliás confirmados pelo Padre Fernando Augusto da Silva¹. O bispo enviou para o Telhal alguns dos sacerdotes e outros doentes que lhe recomendavam. O clima político maçónico hostil aos religiosos e ao chamado “jesuitismo” não facilitou as diligências da vinda dos Irmãos.

Fundação do Manicómio Câmara Pestana

Entretanto perante tantas pressões era urgente de avançar com o manicómio tendo um grupo de beneméritos, encabeçado pelo o 1º Visconde de Cacongo, João José Rodrigues Leitão², agora a viver na Madeira, comprado a Quinta do Rochedo em 1904 em S. Gonçalo para homenagear o médico bacteriologista Dr. Luís Câmara Pestana (1863-1899), não apenas com um busto, como estaria previsto, mas com o manicómio com o seu nome para assistir os alienados com mais humanidade.

Dr. Magalhães Lemos na Madeira?

O Irmão Manuel Maria Gonçalves (*Hospitalidade n.º 107, Julho-Setembro de 1962, pp. 26-30*), refere que a Junta Geral convidou o Dr. Magalhães Lemos, Diretor Hospital Conde Ferreira do Porto, para vir à Madeira ajudar a planear o Manicómio³. A

¹ «A ideia do estabelecimento dum hospital para alienados, nas casas do Trapiche, é anterior à fundação do Manicómio Câmara Pestana. Essa concepção partiu do bispo diocesano D. Manuel Agostinho Barreto, que empregou os mais diligentes e aturados esforços para a sua realização, conseguindo que a sua proprietária fizesse a cedência da quinta destinada àquele fim e insistindo junto dos irmãos de São João de Deus para que estes tomassem a direção do manicómio a fundar. As suas diligências não foram então coroadas de bom êxito, tendo surgido graves dificuldades que não puderam ser vencidas» (*PSA, p.201*).

² O Visconde de Cacongo (n. Ponte da Barca, 1843-Funchal, f.15.07.1925), filho de Manuel Antonio Rodrigues Leitão e de D. Maria Joaquina de Oliveira. Veio muito novo para a Madeira com seu tio João José Rodrigues Leitão, que teve casa bancária nesta cidade, e daqui se dirigiu para a África Ocidental, onde alcançou grande fortuna em Cabinda (cf F.Jardim, www.geneall.net/P/forum_msg.php?id=7104&fview=e) (3.04.2012). Segundo o volume IX da Enciclopedia Portuguesa Ilustrada, de Maximiliano de Lemos: "... solicitou do então governador geral de Angola, conselheiro Ferreira do Amaral, que mandasse fazer a ocupação do Cacongo e Massabi, e foi devido às suas reiteradas instâncias que aquele governador mandou a Luanda a corveta Rainha de Portugal comandada pelo distinto oficial Guilherme de Brito Capelo, que era então capitão-tenente, a fim de a efectuar. "A ele se deve, pois, a ocupação do Cacongo e Massabi, e, como consequência deste facto, a posse por parte de Portugal do enclave de Cabinda, ao norte do Zaire, que o congresso de Berlim nos concedeu devido ao Cacongo já ser português". Por este grande serviço prestado ao seu país foi agraciado com o título de visconde de Cacongo, por carta regia de 1 de Agosto de 1884 de D. Luis rei de Portugal (l.c.).

³ Não indica a fonte enquanto o *EM* diz que “um distinto médico alienista que esteve de passagem nesta cidade, verberando energicamente a desoladora situação dos pobres loucos, veio pôr em mais saliente relevo a necessidade da fundação” do manicómio. Terá sido o Dr. Miguel Bombarda que no verão de 1898 se deslocou a S. Miguel para estudar e apoiar do projeto do Manicómio nessa ilha onde existia o mesmo problema da Madeira em relação aos alienados (Ver Aires Gameiro, *História Casa de Saúde de*

Comissão comprou a Quinta do Rochedo em 28 de Março de 1904 entregando o edifício à Junta Geral para acolher os alienados homens, mulheres e jovens, a partir de 4 de Abril de 1906. Para Diretor foi nomeado logo em 6 de Junho o médico Dr. João Francisco de Almada (n. Santana, 1874, f. Funchal 1942) e formado em Coimbra, 1899. A quinta do Rochedo tinha uma casa que foi preciso adaptar, e foi preciso construir outra, mobilá-la, adquirir o busto de Câmara Pestana e tudo isso acarretou despesas que deram preocupações à comissão, pois a subscrição pública rendeu cerca de 10.500 reis que apenas cobriram os custos iniciais. Da Comissão faziam parte cerca de uma dezena de personalidades do Funchal. Dado o pouco espaço logo em 1908 foi preciso adquirir mais uns terrenos para um novo pavilhão refere o *Elucidário Madeirense* que estamos a seguir. E como o número dos alienados ia sempre aumentando em 1915 foi preciso construir outro edifício. O fator álcool concorria para o aumento de pessoas com distúrbios psíquicos a par do repatriamento doutros perturbados das comunidades madeirenses emigrantes. Em 1919 já estavam internados 54 alienados no Câmara Pestana e as despesas anuais eram cerca de 28.000 reis.

Deficiências apontadas na imprensa

Já em 3.01.1907 o *Heraldo da Madeira* escrevia que o louco Domingos José Garcia fora posto no calaboiço da polícia “por não haver lugar disponível no Manicómio Câmara Pestana”. No mesmo ano *O Jornal* noticiava a dia 22 de Agosto de 1907 que o Dr. Almada requisitou o alteamento dos muros por se ter evadido o alienado José de Sousa e Sá para evitar o contacto entre os doentes com os “transeuntes que levava a uma excitação prejudicial”. Pediu o preenchimento do lugar do 2º enfermeiro e alguns artigos para uso dos doentes. Mais tarde a qualidade da assistência foi mais crítica e o manicómio designado com uma prisão à maneira da *Bastilha*.

As deficientes condições foram-se agudizando. Numa reportagem do *JM de 12.08.1924* o Irmão Manuel em resposta ao jornalista reconhece que foi difícil acostumar os doentes transferidos do MCP para o Trapiche a estar à mesa «porque lá no manicómio, ao que parece, não havia refeitório»: E na mesma reportagem o paciente Freitas responde à questão do jornalista: -Então, você como vai, sr. Freitas? – Ah! Isto agora vai bem, graças a Deus! Já se tem liberdade, já temos roupinha, já temos lençóis... e até já se faz a barba, ora veja lá o sr. – E no manicómio, não se barbeavam nunca? – Nem pensar nisso!

Proposta alternativa

Por o Manicómio não resolver cabalmente o problema o Bispo do Funchal D. Manuel Agostinho Barreto, bispo do Funchal, continuou a julgar necessária outra instituição hospitalar¹. Entrou em contacto com os Irmãos de S. João de Deus, por 1907 para

S. Miguel da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, 2010 (no prelo), p.29); e Diário Popular, e jornal Portugal, Madeira e Açores, 29.09.1898.

¹ «D. Manuel Barreto continuou a julgar necessária a fundação do Trapiche [...] Por essa altura e talvez ainda anterior a ela, alguns irmãos de S. João de Deus, que por mais de uma vez tinham vindo à madeira fazer peditério para as obras de hospitalização que mantinham no continente, reconheceram quanto seria útil e frutuoso a sua ação nesta ilha, atendendo ao número considerável de doentes, que precisavam de

instalarem uma casa de saúde na Quinta do Trapiche para assistir os doentes “nas condições exigidas pela ciência e de harmonia com os preceitos da verdadeira caridade cristã” (PSA, 1^a ed. 1929, pp 201-202; e FSA 2^a ed. 1997, p130; e *Cartas do AHDF-Bispos*). Vieram à Madeira por essa altura o P. Cosme Millan, superior do Telhal e o P. Augusto Carreto de Barros, para «in loco» estudarem as possibilidades dessa fundação. O Irmão Augusto diz (*Hospitalidade, n.º 19, I Trimestre, 1943, p.36*) que o Irmão Cosme partiu para a Madeira em 6 de janeiro de 1906 [será antes 1908¹], com ele, mestre de noviços; e lamenta a indiferença da doadora da Quinta. Esta, segundo o Ir. Manuel Maria Gonçalves, terá respondido: «Realmente estive resolvida a isso [doar a quinta]...mas desisti...de levar essa ideia por diante...». Teria sido pressionada a não a doar pelas forças anti-clericais e maçónicas.

Diretor do MCP propõe melhor método de assistência e divisão

Além das más condições do MCP o número dos pacientes, homens, mulheres e crianças ia crescendo. Uma minuta de um relatório N.º 134 do Diretor de 30.-04-1921² dirigido ao Presidente da Junta Geral refere que em 1919 os internados já eram 54 de ambos os sexos e que em 1920 entraram 44, saíram 34 e faleceram 8 ficando 56.

O Dr João de Almada propõe nessa minuta alteração ao método de assistência segundo se tratasse de alienados a vigiar bem, alienados que poderiam usufruir de liberdade relativa, até em colónias familiares ou mesmo em “processo de *open-door*”. Os inofensivos poderiam “ passear ou mesmo trabalhar”. Uns, dizia, precisam de tratamento médico e os convalescentes e crónicos um melhor regime de higiene e trabalho. E acrescenta que a maior parte dos alienados da ilha pertencem a esta última categoria, e daí a conveniência de procurar pô-los a trabalhar. E conclui que o estudo das suas aptidões indica que o trabalho que mais lhes convém é o agrícola. Este trabalho, explica, além de ser exercício higiénico feito ao ar livre, não exige grande esforço de inteligência, “auxilia a cura, distrai e suaviza a triste sorte dos incuráveis”. Propunha, afinal, o método das ocupações ergoterapia muito em voga e que o Dr. Luis Cebola e os Irmãos tinham implementado na Casa de Saúde do Telhal.

ser internados nas condições exigidas pela ciência e de harmonia com os preceitos da verdadeira caridade cristã». (PSA, p. 202)

¹ O Padre Augusto Carreto de Barros em carta de 15.11.1907 (*AHDF-Bispos*), dirigida ao Senhor Bispo, diz que “desejam fundar uma Casa da nossa Ordem nessa diocese que V. Exa. Rev. ma tão acertadamente governa, manicómio ou asilo, segundo for mais conveniente»; e acrescenta que «os Irmãos que aí foram pedir disseram que havia uma senhora de nome D. Maria Paula do Rego que oferecia certas garantias para a fundação, desejávamos saber se V. Exa. Rev.ma julga isto conveniente e auxiliando-nos para alcançar as competentes licenças civis. Desejamos ir aí, e sobre o terreno falar no assunto, se isto for do agrado de V. E. Rev.ma... Caso nos diga que não será mau o nosso intento iremos o Ir. Superior e este creado de V. Rev.ma aí tratar do assunto brevemente». Este “brevemente” terá sido por Janeiro de 1908 e não 1906. O P. Augusto continua: «Ainda que aí já tem manicómio, creio que isso em nada prejudicará o funcionamento do que nós fundarmos, como próprio da [nossa] Associação, pois está autorizada a fundar novas casas em conformidade com os Estatutos legalmente aprovados. Desejamos conhecer a vontade e desejos de V.E. Rev.ma».

² Agradeço a consulta deste e doutros documentos do Arquivo Familiar Dona Maria Almada à sua proprietária. Serão referidos com a sigla *Arq. Almada*.

O Diretor propunha ainda o alargamento da área da quinta e se não for possível a aquisição de outra para os homens nos arredores do Funchal; ficando aquela só para as mulheres mas mudando a sua estrutura de penitenciária em hospital. As despesas seriam cobertas pelo trabalho dos doentes e diárias dos pensionistas que agora vão para o continente por não encontrarem as condições indispensáveis. Por fim propõe a necessidade de admitir melhores enfermeiros aumentando os ordenados para conseguir os de melhores qualidades que seriam, para ele, «doçura, paciência e sangue frio, delicadeza, discrição profissional, espírito de observação, etc.».

Um inquérito polémico

As queixas sobre as condições do Câmara Pestana continuaram e terão provocado um inquérito da Junta Geral nos finais de 1923 durante o gozo de licença do Diretor, inquérito que foi interrompido. O Presidente da Comissão Executiva da JG deu conhecimento oral ao Diretor da parte realizada o que levou este a reagir. Na cópia de resposta, não assinada, de 29 de maio de 1924 (*Arq. Almada*), o Diretor dá os esclarecimentos em tom defensivo: Resumimos os dados factuais. Segundo o Regulamento do Manicómio o Diretor é apenas um intermediário: nem admite os doentes, nem o pessoal, não escolhe os fornecedores; tudo isso é da competência direta dos vogais da JG. Os pedidos e as reparações urgentes que pediu há um ano não foram atendidas. Foram “suportados péssimos enfermeiros e fornecedores” por não haver quem os substituísse. Os doentes estão “pessimamente instalados”. Há quatro anos que descrevemos à JG o “quadro horroroso de um pavilhão sem esgotos e sem ventilação e em seis celas aproveitáveis conter vinte doentes do sexo feminino, algumas vezes tiradas dos canos de esgoto para os calabouços do comissariado da Polícia”. A penúria da roupa de cama explica-se pelas tendências destruidoras dos doentes. A retenção nas celas de doentes com ideias fixas de evasão são devidas ao facto de os muros estarem “em completa ruína”. Alguns doentes em estado de nudez e com chagas é devido a falta de pessoal “numeroso e competente” ao seu lado. A nutrição dos doentes não é suficiente embora a economia obrigue a reduzir a qualidade. Os fornecedores com demora de pagamentos ameaçam suspender os fornecimentos. Alguns maus tratos têm existido e temos sido o primeiro a chamar a atenção para eles, mas houve exagero nas informações e afirmações falsas para saciar ódios entre os denunciadores. Por fim diz que tem feito o que pode e que para melhorar só entregando os doentes a “enfermeiros competentes, dedicados e carinhosos”.

No *Arq. Almada* há cópia de pedido dirigido ao Presidente da Junta Geral do Dr João de Almada a pedir aposentação extraordinária com a data de 23 de agosto de 1924 que pode ter relação direta com este inquérito. Não conhecemos qual o desfecho desse pedido.

O Manicómio Câmara Pestana continuou muito “prisional” ao ponto de quando as Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus tomaram conta dele já só com as mulheres em 9 de março de 1925 terão encontrado quartos de segurança em que as fechaduras das portas já não funcionavam por falta de uso e ferrugem. Tiveram que ser arrombadas a golpes de machado que evidenciaram parasitas nas brechas da madeira...

Entregar o Manicómio Câmara Pestana aos Irmãos de S. João de Deus?

O desejo de ter os Irmãos a assistir os doentes mentais na Madeira por 1902 fora adiada em virtude das convulsões políticas da República mas não houve desistência. “Por 1920 pensou-se [de novo] na entrega da direção do Manicómio Câmara Pestana aos irmãos de São João de Deus, levantando-se então uma grande celeuma na imprensa e nas sessões da Junta Geral” (PSA, 1929, p.202) que se terá oposto a essa ideia. Tomou novamente “corpo a antiga ideia da fundação de um hospital no Trapiche” com “apoio incondicional do prelado da diocese, D. António Manuel Pereira Ribeiro e a dedicação do Dr. João Francisco de Almada” e os esforços dos Irmãos.

Era uma ideia mais de alternativa sem relação direta com as suas condições mas acabou por envolver o Manicómio Câmara Pestana. O Bispo D. António Manuel Pereira Ribeiro pelo final de 1920 inícios de 1921, segundo a carta do Irmão Elias Pereira de Almeida de 30 de abril de 1921, escrevera aos Irmãos do Telhal carta com data de 8 de março, indicando as condições para a fundação. O Irmão Elias respondia que o Trapiche oferecia mais vantagens “se a política do Funchal não obstar a isso” e lamenta não se ter encontrado com o Dr. Vasco Marques em Lisboa para troca de impressões.

E logo a 31 de Maio de 1921 o Irmão Elias solicita a D. António que formalise o pedido ao Provincial manifestando o desejo que os Irmãos se estabeleçam na Quinta do Trapiche que põe à sua disposição para a fundação de um manicómio; essa carta provará junto dos superiores maiores que os Irmãos vem para o Funchal a pedido do bispo da diocese. No Arquivo dos Bispos existe a minuta da resposta de D. António com a data de 11 de Agosto de 1921 em que este relata a doença e confusão da dona da Quinta do Trapiche e o seu testamento indefinido em favor de três herdeiros. E concluiu logo que as casas do Trapiche pertencerem à diocese e as porá à disposição dos Irmãos para dotar a diocese de tão excelente obra de caridade do manicómio.

Resumindo

No mês de Junho os Irmãos ocupam a Quinta do Trapiche e em 1923 são internados os primeiros doentes mas nada fazia prever o desfecho seguinte e é relatado a cura mediática na Casa ainda não inaugurada de um doente passageiro a caminho da África que agradeceu no jornal. “Em maio de 1924 agitou-se na Junta Geral a questão da transferência dos alienados do Manicómio Câmara Pestana para a Casa de Saúde do Trapiche”. As razões, diz a fonte que seguimos¹, eram três: insuficiência da enfermagem, instalações acanhadas e tratamento brutal e desumano, e ainda “os escândalos no interior daquela Bastilha” e por isso a transferência impunha-se. Havia certamente os que se opunham e os que eram favoráveis. De entre estes o paladino era o Dr. Domingos Reis Costa, apoiado pelo Dr. Vasco Gonçalves Marques e por outros vogais. O Dr. Domingos advogou a causa nas sessões e na imprensa local, sendo o chefe de redação do Diário de Notícias.

O facto é que a transferência dos 38 homens do Câmara Pestana para o Trapiche realizou-se logo no dia 21 de maio de 1924 e no dia 10 de agosto celebrou-se a

¹ PSA, 1929, p.203.

inauguração. No ano seguinte, em 4 de março de 1925 o DN dá a notícia da chegada das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus que vêm tomar conta do Manicómio Câmara Pestana, assumindo a assistência das mulheres no dia 9, sendo a Casa benzida pelo Bispo no dia 28 de junho do mesmo anos.

Uma questão final

Perante tantas resistências aos Irmãos no início do século, em parte compreensíveis pelo clima maçónico pré-republicano anti-jesuitismo; e por 1920-1924, após grandes resistência foi aprovada a transferência dos homens doentes para o Trapiche e a entrega do Manicómio Feminino às Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus ainda continua a estimular a pesquisa histórica para melhor esclarecimento da sua dinâmica.

Bibliografia essencial

- AHDF, *Arq. Dos Bispos*.
- Arq. OH, Funchal*
- [EFE-ESSE, *Casa de Saúde do Trapiche (Ilha da Madeira) – Subsídios para a sua História – in Hospitalidade, n.º 106, Abril-Junho de 1962, pp. 56-59*].
- EM= Elucidário Madeirense –I Vol. 1921 -1ª edição; II Vol. 1922; 2ª edição
- FSA = “*Freguesia de Santo António*” 2ª ed. 1997 do livro de Pe Fernando Augusto da Silva: “*Paróquia de Santo António*”.
- Gameiro, Aires: *Papel do Dr. Miguel Bombarda no planeamento do manicómio dos Açores no dobrados séculos XIX-XX*, II Jornadas de história da psiquiatria e saúde mental, Ana Leonor Pereira João Rui Pita (Eds) in livro CD-ROM, CEIS”, Coimbra 2011 pp.57-63.
- Gonçalves, Irmão Manuel Maria ,“*Casa de Saúde do Trapiche (Ilha da Madeira) – Subsídios para a sua História – in Hospitalidade n.º 107, Julho-Setembro de 1962, pp. 26*.
- _____, *O Irmão Emetério Francisco da Silva in Hospitalidade, n.º 9, III Tr., Jul-Set.1938, pp.14-16*).
- Lavajo Chorão, *Ordem Hospitaleira de S. João de Deus em Portugal, 1892-2002*, Ed. Hospitalidade, 2003, p.91.
- PSA =Livro “*Paróquia de Santo Antonio da Ilha da Madeira*” de Pe Fernando Augusto da Silva 1ª ed.1929.
- *QR, Quinzena Religiosa, n.º149, 15.04.1907, p128; e outro jornais locais*.

LA ESPIRITADA DE MANUELA EN MOECHE

A. Espandian Nojavan Pana, A*, David Simon Lorda**,
L. Delgado Charo, M.A. *** López López****

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

*MIR III de psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense,

**Psiquiatra Complejo Hospitalario Universitario de Ourense,

*** MIR IV, ****PIR III

E-mail: aespandian@yahoo.es

Resumen

We make a reconstruction and analysis of a possessed woman (ocurred in 1925) from today's perspective. It was well documented in local and regional newspapers and we also use an article by a medical doctor, Urbano Losada, in "Revista Nós" (the most important journal linked to the cultural nationalist movement in those years). The young peasant Manuela Rodríguez Fraga surprised the residents of an little village in Moeche-Ferrol-A Coruña (Spain) where she lived, with signs of possession (Manuela started to speak with the voice and accent of a Cuban priest who had died years ago in La Habana and also showed great knowledge of dogma and philosophy). She was called La "Espiritada de Moeche". It was diagnosed and analyzed by the perspective of the local and regional contemporary medicine as a hysterical phenomenon.

Palavras Clave: Manuela, Moeche, La iluminada, El Orzán, Histeria

Introducción.

El caso de manuela en Moeche:

El día 28 de Enero de 1925 el periódico coruñés *El Orzán: diario independiente* se hacía eco de un caso que tenía conmovida a toda la comarca de Moeche, zona situada al noroeste de la provincia de A Coruña. La prensa comienza a hablar de "El caso de Moeche" o de La "iluminada" de Moeche.

Manuela era una mujer joven de 22 años, labriega, que desde hacía 4 años, padecía una enfermedad de tipo tuberculoso, que le mantenía postrada en su cama y le llevaba a un progresivo, debilitamiento, y deterioro físico – orgánico. Fue restringiendo en grado extremo su alimentación. Había sido ya visitada por algún médico, el cual no pudo ayudarla a sacarla de ese estado, y la había diagnosticado de *neurastenia aguda*.

Desarrollo del tema.

Ella vivía en la parroquia de San Jorge, municipio de Moeche, pueblo cercano a Ferrol en una casa labriega con sus padres, que trabajaban las tierras propiedad del Marqués de Cavalcanti. Era hija de un labrador que también había sido "santero".

El 12 de Enero de 1925 se operaron una serie de cambios repentinamente; la enferma empezó a hablar en tercera persona, dirigiéndose a sí misma como la "niña", comentando que quien hablaba por su boca era un clérigo de Ortigueira muerto en La

Habana. A partir de ese momento comienza a hablar con acento cubano y voz ronca, da consejos, moraliza con tino, predica y sabe la liturgia de la misa. Muestra además conocimientos de dogmática y de filosofía que no se le presuponían... y parece que todo ello con la aprobación y beneplácito del cura del lugar ante la oleada de seguimiento y veneración que despierta en las gentes del lugar. Comienzan a acudir peregrinaciones a la aldea de Manuela para escuchar sus “misas”. Además ésta recupera un apetito, y come vorazmente, e incluso se dirige a las gentes desde el balcón de la casa para un sermón dominical...

Desde el periódico *El Orzán* se organiza un viaje para entrevistar a la afectada en su propia casa y para recoger impresiones¹. Visitan a la enferma en su cama, generándole la impresión que estaban ante una enferma de aspecto frágil aunque elegante, y que se mostraba locuaz. Durante la entrevista, la afectada cuenta que el espíritu del clérigo entró mientras bebía agua en un arroyo, también que el espíritu estaba purgando por unas faltas cometidas en vida, y que profetizó que la “niña” contraería matrimonio.

Se recogen así mismo una serie de incoherencias, que no se corresponden con la veracidad del caso como fue al principio contado, por ejemplo de sus conocimientos de latín o con la celebración de la liturgia. Tampoco nunca se llegó a tener noticia del supuesto cura. La impresión que deja en los que allí acudieron es que están ante un caso de *histerismo* con una enferma con la sensibilidad exaltada, y también ante un hogar colapsado por tanto ir y venir de gente.

A partir de la primera publicación en prensa acerca del caso se suceden en los siguientes días diversas opiniones de expertos. Aparecerán tanto en *El Orzán* como en algún otro de ámbito más estatal como por ejemplo el *ABC*, diario madrileño de tirada nacional. Así, Wenceslao Fernández Flórez², escribe una columna en *ABC* (4-2-1925) sobre el caso y la titula “Un reclamo gratuito” contextualizándolo en una llamada de atención de la prensa del momento para tener publicidad.

Pero otras voces de la época opinaron también sobre el caso a petición del diario *El Orzán*. El prestigioso médico Eduardo Pérez Hervada³ en el artículo de prensa “Sobre el caso de Moeche” (*El Orzán*, 4 de febrero de 1925) cree que el caso entra de lleno en el terreno del *histerismo*. Señala desde Madrid que la tradición popular gallega con sus supersticiones y “meigallos”¹ constituyen un terreno propicio para que surjan estos casos de *histerismo* que reflejan temores y deseos que anidan en forma de ideas fijas subconscientes.

Sigue el diario coruñés tratando del caso, y así en primera página de *El Orzán* del 6 de febrero de 1925 se da amplia cobertura al caso con declaraciones de médicos, teólogos y teósofos en un artículo titulado “Lo que dicen los doctos”.

Así, el doctor Sergio Álvarez Rodríguez Villamil, médico de Madrid, ciudad de la que será alcalde en 1935-1936, y que en 1925 era director de la revista *Anales Españoles de la Beneficencia Municipal*, se muestra muy escéptico ante el caso. Refiere además que el caso de Moeche le recuerda a otros muy polémicos, como el de las mediums Catalina y Margarita Fox⁴.

El teólogo Amor Ruibal destaca que estamos ante un caso de Mediumnismo, en que la personalidad “mediánica” se superpone a la personalidad principal, y que en estos casos no es fácil separar lo patológico de lo sobrenatural, pues en estados morbosos de

descentralización cognoscitiva pueden producirse fenómenos del tipo referido, considerándose como algo extranatural.

Muy interesante es la intervención del teósofo y masón extremeño Mario Roso de Luna (1872-1931), quien estaba en los años 1911 a 1920 muy relacionado con grupos de intelectuales gallegos interesados en el espiritismo y la teosofía (Matías Usero, Waldo Álvarez Ínsua, Vicente Risco –uno de los fundadores y pilares de la revista *Nós*-). Roso de Luna indica a El Orzán que el caso de Moeche es un caso de doble personalidad, similar al caso Félica (de Azam), a Blavatsky... El médico y profesor de la Facultad de Medicina de Santiago, Roberto Nóvoa Santos, no se mostró muy colaborador al ser inquirido por *El Orzán* a pronunciarse sobre el caso e indica que lo que más le sorprende es la reacción de las personas que acuden a visitar a Manuela a su casa de Moeche.

El caso de Moeche llega a tener repercusión en la prensa internacional. Así en el periódico *El Orzán* del día 10 de febrero de 1925, se hace referencia a que los periódicos *The Chicago Tribune* y *Le Petit Parisien* han reflejado el caso en sus ediciones aunque señalan el diario coruñés que se habían armado un “no pequeño lío con nombres de personas y de lugares”.

La Espiritada de Moeche en la revista *Nós* (1926)

Un año más tarde, en 1926, en el número 29 de la revista *Nós*, se publica² un fragmento de la conferencia “A espiritada de Moeche e o poseso Antón Ramilo”, impartida por el médico coruñés Urbano Losada Martínez en una sesión científica celebrada en el Seminario de Estudios Gallegos La revista *Nós* y el Seminario de Estudios Gallegos fueron dos de las instituciones más importantes en el galleguismo intelectual de los años 1920-30 y tendrán fértil actividad hasta el estallido de la Guerra Civil en verano de 1936.

Es curioso que el Dr. Losada se refiera al caso como el de la Espiritada de Moeche, y no como el de la “Iluminada” o “Alumeada”, que era como se habían referido a ella en lo publicado en prensa. El primero que introduce el término Espiritada es el Dr. Losada. Pensamos que lo hace por la similitud que comparte en muchos aspectos con otro famoso caso que dio lugar publicaciones y dictámenes de médicos y religiosos en el siglo XIX. Nos referimos al caso de la Espiritada de Gonzar, que fue estudiada por el gran galeno compostelano Varela de Montes. A este caso, que parecía corresponder a un caso de inedia, se le dedicaron unas jornadas monográficas en el Museo do Pobo Galego en Santiago de Compostela ya hace unos años.

En la explicación del caso de Moeche, el Dr. Losada se centra especialmente en la tesis de la autosugestión “acción de sugerir en la mente... determinadas representaciones sobre las que no puede o no sabe influir y que exterioriza y efectúa de una manera más o menos automática...” Se acude a la tesis del polígono de Grasset (1903), para explicar como por determinadas impresiones que luego se exteriorizan. Resalta el papel de la misma como causa de la histeria y afirma que se puede destacar el de la libido reprimida, de Freud.

Recurre a Babinsky para reafirmar su argumentación “en la histeria la sugestión lo es todo” en contra de Raymond, Dejerine, Janet y Bernheim, que traen al campo el papel de la emoción sin entrar en esas diferencias.

Se apoya también en Claude y en su tesis del origen de los actos automáticos, originada en el plano subconsciente, donde se almacenan todas nuestras adquisiciones: “Cuando el control de la conciencia sobre ella se debilita una idea falsa almacenada se realizará automáticamente”.

Con respecto a Freud habla de un factor sexual en la influencia de estas manifestaciones: la represión sexual relega “las emociones de la sexualidad a el plano subconsciente, que luego resurgen formando parte de un círculo neuropático”.

Es de destacar cómo está presente en el artículo, a principios del siglo xx, la confrontación entre las teorías de la escuela de Nancy (Hippolyte Bernheim, 1889), para quien la sugestión prueba el carácter psicológico-relacional de las afecciones nerviosas, separándolas de lo neurológico; en contraposición a Charcot, en la Salpêtrière, que libra a las crisis histéricas de la acusación de simulación, poniendo su origen en un trauma vinculado al sistema genital, y demostrando la histeria masculina. Pero Freud aprecia el error de ambos y avanza por el camino del inconsciente y de la transferencia. Así, en 1893, “la escucha se convierte en una herramienta de una nueva clínica de la neurosis. Sin embargo en 1925, el Dr. Losada, apenas entra muy superficialmente en esta nueva tesis del “saber del enfermo” y permanece mayormente a la teoría poligonal de Grasset, sin correlato neuroanatómico conocido hoy. Éste lo pone como ejemplo para explicar el proceso de la sugestión en la histeria. Además se cita que la paciente antes de su sintomatología más aguda, ya sufría de parálisis psicógena en sus miembros inferiores, dando mayor veracidad a la entidad morbosa de la personalidad de la paciente

¿Qué ocurrió con Manuela?

Muy poco se sabe del destino de nuestra protagonista, más allá del impacto inicial que tuvo su caso. Una visita realizada a Moeche en el verano de 2012, lugar en donde vivió Manuela, nos permitió obtener algún testimonio de memoria oral del caso además de poder visitar la casa en la que vivió y fue visitada por médicos, periodistas, curiosos y creyentes. Según los lugareños, parece que tuvo muerte temprana, pues era una mujer de delicada salud, postrada en su lecho, durante largas temporadas sin alimento. No queda en Moeche descendiente alguno que se sepa, solo queda el lugar en el que moraba y desde el que asombró a lugareños y expertos de la prensa y la medicina del momento. Su familia se vio desbordada ante tanta atención recibida y según la memoria oral de la zona parece prevalecer la hipótesis de que la figura paterna zanjó el caso de forma contundente, cerrando el paso a la casa a las visitas y curiosos.

El caso de Manuela sí que, sin embargo, no ha sido olvidado en la literatura gallega de los últimos años. Así, Xosé Luis Méndez Ferrín en su cuento “Lobosandaus” de su libro “Arraianos” parece inspirarse en el caso para una de sus protagonistas principales... También el escritor y columnista Manuel Rivas ha retomado y usado el caso para sus trabajos tanto en una de sus columnas de prensa en *El País* (12-2-2005)

como en uno de los capítulos de su novela “Los libros arden mal” y que titula “El cuerpo abierto”.

Discusión psicopatológica

A través de datos de los documentos que narraron aquellos hechos, pensamos que el caso de Manuela, tendría un diagnóstico de la esfera de la histeria. Todo ello con las debidas reservas que deben guardarse en un análisis realizado en la distancia temporal y a través de documentos no clínicos e interpretaciones parciales por testigos no versados, cuando no por versiones sensacionalistas de la prensa de la época.

La permanencia en cama, postrada durante años, sin un diagnóstico fiable, seguida de una recuperación mágica acompañada del fenómeno de la “posesión” y exposición a la mirada de aquel público crédulo y atónito, seguido del cese brusco de las mismas ante la intervención del padre de Manuela, alarmado por el cariz rocambolesco que iban tomando los acontecimientos, así nos inclinamos por esta hipótesis psicopatológica.

Las teorías etiológicas de la histeria se han agrupado en tres perspectivas:

1.La orgánica-biológica: Janet (1892). Postulaba que los síntomas histéricos derivaban de una debilidad del tono de la conciencia. Esta debilidad llevaba a un estrechamiento del campo de la conciencia y la atención y a una dificultad para integrar y sintetizar los fenómenos psicológicos.

2.La psicoanalítica: (Freud, 1895-1905).Inicialmente Freud hacía derivar los síntomas histéricos de un hecho traumático y el desplazamiento corporal de sus afectos. Posteriormente cambió su teoría e hizo derivar los síntomas histéricos del conflicto edípico en el contexto del desarrollo psicosexual. El síntoma histérico sería una solución de compromiso entre el deseo y lo prohibido. A través del síntoma el sujeto logra una satisfacción parcial de su deprime inconscientemente las pulsiones sexuales

3.La conductista. De los síntomas histéricos a partir de experiencias de tensión aversiva (traumas, conflictos mantenidos, etc.) que producen respuestas condicionadas distinta a la ansiedad (aunque también puede condicionarse ésta).

La neurosis histérica se caracterizaría por la expresión somática de ideas, imágenes y afectos inconscientes. Los aspectos fundamentales del carácter histérico o neurosis histérica son la sugestibilidad, mitomanía y alteraciones sexuales. El DSM-IV elimina el término "histeria" y se refiere a estos trastornos agrupándolos en dos grandes grupos: los trastornos disociativos y los trastornos somatomorfos.

No menos interesante resulta en este caso al igual que en otros ya estudiados⁵, la participación de un público que asiste atónito a un fenómeno de carácter mágico-religioso inusual. Sin embargo, a diferencia del de Ezkioga y otros conocidos de apariciones marianas, aquí se deduce de los testimonios de la época una actitud más curiosa que de fe ciega en el fenómeno sobrenatural, y más allá de una supuesta creencia en el “don de lenguas y de metafísica o teología” de Manuela, que pronto se desvela como fraudulento, no se apreciaron en Moeche fenómenos de histeria colectiva entre los asistentes, tal vez por la corta duración de la sintomatología del caso.

Para Freud “la religión es una psicosis colectiva”, como una alucinación que afecta a toda la sociedad, causante de razonamientos anómalos y conductas inadecuadas:

tergiversa hechos, produce desvaríos, que escapan a lo natural en los humanos, y que es de carácter colectivo. La creencia que generan este tipo de acontecimientos se gestiona en lo colectivo en función de una serie de factores: la ansiedad y el número de personas propagadores del rumor, la incertidumbre general y la credibilidad; también se citan como precondiciones básicas para el modelo de conducta histérico: un estado general de tensión y la percepción, por otros de que la respuesta histérica es adecuada a la situación en que se produce (refuerzo).

Varios factores parecen no estar presentes en aquel momento en Moeche necesarios para que se produjera la respuesta colectiva histérica totalmente conformada que sí se produce en otras situaciones: no hay un clima de tensión social claro aunque hay que señalar que estábamos en la Dictadura de Primo de Rivera y que la emigración a Hispanoamérica por motivos socioeconómicos llevaba años en pleno apogeo...

Por otro lado asistimos a una religiosidad más animista que mariana por la influencia de los mitos célticos en Galicia. El artista gallego Luis Seoane escribía así al comienzo del libro “Supersticiones de Galicia y Preocupaciones Vulgares” del Dr. Jesús Rodríguez López que “la tendencia a lo sobrenatural se manifiesta en Galicia de mil maneras como en la Santa Compañía y en el supuesto popular de a transmigración de almas, que establece una identidad del hombre con la naturaleza y pervive en alguna romería sin que la Iglesia pudiese hacer otra cosa que adaptar estas creencias con más o menos suerte y disimulo...El fin del mundo, la muerte, las campanas, el diablo, las ánimas dieron lugar a preciosas leyendas y de ellas se desprende el sentido religioso de este pueblo, en el que estos se funden con otros de con otros de índole cósmica, con la fuentes, los ríos, los montes, el mar, que perviven cristianizados y son de clara procedencia pagana³”.

Sin querer entrar a analizar lecturas antropológicas que nos desbordan y que no es el objetivo inmediato del trabajo, sí dejar apuntada la cuestión de si el caso de Manuela sería un “meigallo” o un “corpo aberto”, tema que está muy claro para los literatos como Manuel Rivas. En el “Diccionario dos seres míticos galegos”⁴ se define que un “corpo aberto” es el de una persona en el que entra o puede llegar a entrar un espíritu extraño debido a una especial predisposición, y que dicho espíritu es a menudo el alma de un difunto que escoge un cuerpo para hablar y manifestarse. Queda abierta la

Conclusion

Aplicar diagnósticos de hoy en día a pacientes de hace un siglo puede adolecer de ser una falacia categorial⁵...Sin embargo, los datos del caso, así como lo que podemos inferir de los informes de la prensa y de los médicos que la examinan, podríamos pensar que estamos ante un caso de la esfera de la Histeria⁶. Nuestro caso recuerda en muchos aspectos a otros famosos casos ya estudiados (Ezkioga, Gonzar, Balazar...) ¿Estamos ante una más de las “Hystorias” de la “Hysteria”, tal y como lo plantea Elaine Showalter?

Hasta aquí todo lo que hemos recogido de este llamativo caso que ha llegado hasta nuestros días, envuelto en un entramado de datos un tanto inconexos, pero del hoy sabemos ya algo mas gracias al esfuerzo de cronistas e intelectuales de la época. *More studies are needed...*

Notas

- 1.El Orzán, diario independiente: Todo ello se publica el 3 de Febrero de 1925.
- 2.Wenceslao Fernández Flórez: autor de “El bosque animado”
- 3.Eduardo Pérez Hervada: coruñés pero afincado en Madrid en ese momento
- 4.Las mediums Catalina y Margarita Fox: unas hermanas de Estados Unidos que comenzaron a protagonizar con fenómenos de este tipo en 1848.
- 5.Otros ya estudiados: El de las visionarias de Ezquioga, en junio de 1931 en Guipúzcoa o como el de la llamada “doentinha” Alexandrina de Balazar en Portugal también en esos años (1928-1948 aproximadamente).
- 6.La historia: es una de esas entidades que se reinventa a lo largo de los tiempos y tiene una enorme maleabilidad cultural (Emilio González , Lisa Appignanesi o Elaine Showalter)

Bibliografía

- (1) González Fernández E Medicina popular: Racionalidad de las crisis histéricas y de la respuesta a las mismas. En: Gondar M, González E , editores. Poseídos. Ensayos de Etnopsiquiatría Gallega”. Santiago: Laidvento, 2003; p.207-225.
- (2) Losada Rodríguez U. A Espiritada de Moeche e o Poseso Antón Ramilo: Fragmento da Conferencia no Seminario de Estudos Galegos sobre Superstición, Suxestión e Meiciña. Nós 1926, 29.
- (3) Seoane L. Limiar. En Rodríguez López J. “Supersticiones de Galicia y Preocupaciones Vulgares” Buenos Aires: Editorial Nova, 1943.
- (4) Reigosa A. Diccionario dos Seres Míticos Galegos. Vigo: Edicións Xerais de Galicia, 2004.
- (5) Livianos-Aldana L. et al. Inmates of the mid nineteenth century Valencian asylum “Hospital dels Ignoscents, folls e Orats”. Is their illness diagnosable?.History of psychiatry 2001: XII: 387-404.

A DESCIDA DE LUÍS CEBOLA AO INFERNO: UM RETRATO IDEOLÓGICO E CLÍNICO DA DOENÇA MENTAL NO PORTUGAL DE MEADOS DO SÉCULO XX

Denise Pereira

Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, Centro
Interuniversitário de História das Ciências e Tecnologia (CIUHCT)

Estudante de Doutoramento

E-mail: denise.b.pereira@gmail.com

Resumo

Luís Cebola (1876-1967) psiquiatra e director clínico da Casa de Saúde do Telhal (1911-1948) foi também um prolífico escritor publicando mais de duas dezenas de obras multifacetadas. As suas ficções baseadas na análise clínica e psicológica dos seus doentes apresentam retratos da loucura que ultrapassam a simples enumeração sintomatológica. Cebola possuía uma enorme empatia para com os estados mentais dos pacientes aliando-a a uma forte retórica propagandista de ideologias de reforma social e política, o que confere a estas obras elevado valor no esclarecimento de questões relacionadas com percepção social e clínica da doença mental durante a primeira metade do século XX em Portugal. Esta apresentação analisará alguns contos da obra *Quando descí ao Inferno: Contos psicopatológicos* (1956) procurando compreender quais os perfis psicológicos, comportamentais e sociais apontados por Cebola como caracteres mórbidos e relacionando esta categorização com a sua extensa prática clínica e as suas ideologias sociopolíticas.

Palavras-chave: Luís Cebola, doença mental, contos psicopatológicos, teoria da degenerescência, crítica sociopolítica

Abstract

Luís Cebola (1876-1967), psychiatrist and clinical director of *Casa de Saúde do Telhal* (1911-1948), was also a prolific writer publishing more than two dozen multifaceted books. His works of fiction, inspired by the clinical and psychological observation of his patients, display portraits of mental illness which go beyond sheer symptomatological enumeration. His prose, marked by strong propagandist rhetoric for socio-political reform, also reveals his great empathy towards the mental states of his patients, making it highly valuable for investigating the social and medical perceptions concerning mental illness during the first half of the twentieth century in Portugal. In our paper, Cebola's fictional work *Quando descí ao inferno: contos psicopatológicos* (1956), will be analysed in order to better understand which psychological, behavioural and social profiles were classified as morbid by him, and relate this classification to his long clinical practice and his socio-political ideology.

Introdução

O presente artigo, baseado numa análise da obra *Quando descí ao inferno: contos psicopatológicos* (1956), pretende identificar os objectivos subjacentes à mesma, e confrontá-los com os motivos identificados pelo autor para justificar a sua publicação. Defendemos neste artigo que a colectânea de contos em análise constitui um exercício literário de funções moralistas e de crítica sociopolítica, endereçado a leigos, mascarado de livro de divulgação científica. Embora Cebola o apresente como tratando-se de um livro de “*curiosidade e ensinamento*”, consideramos que, na verdade, esta obra, baseada num modelo etiológico da doença mental fundado, por sua vez, na teoria da degenerescência, pretende de facto elaborar uma crítica ao regime político do Estado Novo e à Igreja Católica, empregando para tal uma distinção de base moral entre normalidade e loucura, e ainda propagandear a autoridade da figura do médico, representando-o como personagem basilar na manutenção da ordem social e moral da população portuguesa.

Desenvolvimento do Tema

Luís Cebola, psiquiatra português que assumiu a direção clínica da Casa de Saúde do Telhal (CST), (instituição de assistência aos alienados pertencente à Ordem Hospitaleira de S. João de Deus) desde 1911 até 1949, foi simultaneamente um prolífico escritor, publicando vinte e três obras multifacetadas.

Quando Desci ao Inferno foi publicado em edição de autor no ano de 1956, quando Cebola tinha oitenta anos. Embora tenha sido dada à estampa numa idade tão avançada, esta não foi a sua última publicação. Durante as duas últimas décadas de vida Cebola editou catorze obras.

O facto de Cebola não divulgar nesta obra quaisquer propostas de alteração classificativa ou novas terapêuticas, de não pretender contrariar teorias médicas vigentes, e de não usar linguagem médico-científica, permite-nos afirmar que os seus pares de profissão não constituíam o seu público-alvo. Este era um exercício literário de funções moralistas e de divulgação clínica endereçado a leigos. A vertente de vulgarização de temas médicos havia já sido explorada pelo clínico em livros anteriores, como *Almas Delirantes* (1925), *História de um louco* (1926), e *Psiquiatria Social* (1931).

A compilação, constituída por doze contos, ilustrava diversas psicopatologias, não apenas através da mera enumeração sintomática, mas recorrendo a uma narrativa biográfica dos personagens. Estes retratos permitiam-lhe descrever os estigmas mórbidos que desde a infância pressagiavam a doença mental em desenvolvimento, revelar a história ancestral dos personagens, avançar o diagnóstico psiquiátrico, e destacar quais as consequências familiares e sociais nocivas resultantes de uma doença mental não tratada.

Para o título e nota preliminar Cebola optou por usar linguagem e simbologia de cariz judaico-cristão, para representar a ameaça da loucura na sociedade portuguesa. Esta escolha lexical e simbólica, onde a loucura era associada ao inferno e ao mal, permitia-lhe assegurar que os leitores, independentemente do seu nível cultural, pudessem compreender a dimensão dessa mesma advertência. Cebola dizia ter sido inspirado, na

escrita dos contos, por um sonho apocalíptico, no qual se viu no inferno presenciando a incineração de uma sociedade amoral pelo próprio Diabo.

Uma sensação de alerta e presságio percorria o livro desde o primeiro conto até ao último, já que, com excepção de uma, todas as histórias são trágicas. A doença mental e a sua proliferação incontrolada eram apresentadas não apenas como constituindo uma ameaça à felicidade individual e familiar, mas igualmente como possíveis fontes de destabilização e ruptura do tecido social.

Que personagens constituíam este desfile psicopatológico? A marcha inicia-se com Salema, personagem excepcional pelo facto de Cebola não explicitar o seu diagnóstico; Seguiam-se D. Juan de La Torre, aristocrata excêntrico; o Bentinho, jovem distímico congénito suicida; as duas manas, gémeas débeis mentais e beatas; um alcoólico apresentado como “o morto vivo”; Belmira, uma perversa moral; o “gentilhomem”, cavalheiro de moral irrepreensível com demência senil; Maria Pulquéria, jovem histórica; Paulo, vítima de toxicomania; Adolfo, megalómano inspirado na figura de Hitler; o “Leão da Picheleira”, um paranóico; e, por último, encerrando o cortejo encontrava-se Damião de Barros, psicopata amoral.

Embora a obra fosse apresentada como uma sucessão de histórias repescadas às suas memórias clínicas e subconscientes com o objectivo de divulgar a sua experiência enquanto psiquiatra, os principais objectivos ideológicos parecem-nos ser na verdade outros de natureza propagandística.

Aquela que apontamos como motivação central do autor era a censura ao regime do Estado Novo, por oposição a um claro elogio à República. Cebola era apoiante dos ideais republicanos, e desde os tempos de juventude o elogio a estes valores constituiu parte fulcral dos seus escritos, mantendo-se como tema essencial das suas publicações posteriores. Cebola não estava sozinho nesta defesa ideológica. De facto, a conspiração republicana em Portugal teve um enorme apoio por parte da classe médica. Grandes nomes da psiquiatria e neurologia portuguesa como Miguel Bombarda (1851-1910), Egas Moniz (1874-1955), e Júlio de Matos (1857-1923), estiveram envolvidos na revolta republicana, e muitos deles nutriam sentimentos anticlericais.

Após a implantação da república, os médicos transformaram-se numa classe influente no parlamento, assistindo-se à criação das primeiras cadeiras universitárias de ensino de Psiquiatria e Neurologia ¹, e sendo aprovado o decreto redigido por Júlio de Matos, em 1911, ditando que qualquer pessoa tinha o direito legal de requerer a hospitalização psiquiátrica de outro indivíduo, bastando-lhe a obtenção de dois atestados médicos comprovando a alienação mental desse sujeito. Este decreto de feições eugenistas defendia que apenas a hospitalização poderia salvar a nação da desordem pública, já que grande parte dos alienados possuía personalidade violenta e criminosa ². Este tipo de discurso realçava sem dúvida o papel da psiquiatria no estabelecimento e manutenção da segurança nacional.

¹ RAMOS, Rui – História de Portugal: A Segunda Fundação (1890 - 1926), Vol VI, José Mattoso (Dir.), Lisboa: Edições Estampa, 1994, p. 476.

² Diário do Governo: 13 de Maio de 1911, 111, Série I, Imprensa Nacional, pp. 1945-1950 <<http://dre.pt/pdfgratis/1911/05/11100.pdf>>.

Segundo Gameiro *et al.*, a nomeação do próprio Luís Cebola para director clínico da CST terá tido motivações políticas, tendo sido o governo republicano a apontá-lo para o cargo, de forma a “*ter um vigilante de confiança*” naquele hospital dirigido por religiosos¹. O próprio Cebola afirma na sua autobiografia, ter sido Afonso Costa (1871-1937) a sugerir o seu nome para ocupar esse cargo, o que ele prontamente aceitou por o encarar como um serviço prestado à República².

Esta crítica sociopolítica encontrava-se presente na notória aproximação do conceito de normalidade ao de virtude moral, e do conceito de loucura ao de imoralidade. As personagens caracterizadas como normais eram homens republicanos e democratas, de elevada cultura e de espírito científico, leais aos seus valores. Ao invés, os degenerados eram associados ao regime do Estado Novo, apresentando personalidade autoritária e manipuladora, e apenas preocupados em servir a ganância pessoal. Não será por acaso que a colectânea iniciava e finalizava com o retrato de dois personagens cuja doença era identificada com a ausência de valores morais.

No conto "O “Gentilhomem”", Cebola apresentava a história de um republicano que era subitamente atacado de demência senil. Este doente, por oposição aos restantes, era descrito como sendo um homem moralmente superior. A sua doença não se encontrava em desenvolvimento no cérebro desde o nascimento, mas ao invés surpreendia-o na velhice. Tinha convicções fortes, às quais era leal, ao contrário dos degenerados oportunistas. Esta história permitiria a Cebola referir-se de forma indireta aos traidores da república apelidando-os de dementes senis, sugerindo sarcasticamente que apenas uma epidemia desta doença degenerativa, incurável e danificadora da memória poderia explicar o facto de uma sociedade republicana e democrática ter abdicado dos direitos conquistados, apoiando uma ditadura. Apenas uma onda de demência conseguiria converter muitos dos seus correligionários de juventude, homens que ele havia admirado, em traidores da democracia.

A escolha de um tema com conotações clínicas possibilitar-lhe-ia esboçar estas críticas de forma figurada. Embora as metáforas por ele escolhidas sejam bastante transparentes, teriam decerto como objectivo escapar à censura do regime fascista.

Encontra-se subjacente a toda a obra um enaltecimento da figura do médico e um elogio ao pensamento científico-natural. Ao longo dos vários contos Cebola defendia a autoridade do médico nas questões sociais fulcrais, apresentando-o enquanto figura vigilante da moral e do bem-estar social, que devia ampliar as suas funções cívicas para além do domínio clínico. Os méritos dos clínicos aqui apresentados não se cingiam à sua experiência profissional, eles eram igualmente personagens de elevada sagacidade e de alta cultura, que estendiam os seus conhecimentos científicos à análise sociopolítica e moral. Desta forma, Cebola afirmava implicitamente que a jurisdição médica se deveria expandir aos assuntos de ordem política, administrativa e legal.

O estabelecimento de uma crítica à Igreja Católica, que acusava igualmente de imoralidade, era outra das suas intenções ao editar esta obra. Representava-a como

¹ GAMEIRO, Aires et al. – “Um Republicano no Convento”, Cadernos do CEIS20, 13 (2009), Coimbra, p.14.

² CEBOLA, Luís – Memórias de este e do outro mundo. Lisboa: Edição do Autor, 1957, pp. 57-58.

instituição manipuladora que instrumentalizava os degenerados de forma a obter poder político. Referia-se ao fervor religioso como sendo um sinal mórbido, e caracterizava a educação católica como elemento propulsor do desenvolvimento das patologias mentais. Nesta crítica reconhece-se o seu sentimento anticlerical, certamente exacerbado pela relação de cumplicidade que se estabelecera entre o Estado Novo e a Igreja, e pela enorme influência que esta instituição manteve na sociedade portuguesa apesar das tentativas republicanas para banir quaisquer referências ao catolicismo na vida pública.

De forma a conferir um carácter clínico à obra, Cebola propunha um modelo etiológico da doença mental, sugerindo escassas medidas terapêuticas, e alertando o leitor para os factores exógenos que podiam iniciar e intensificar o desenvolvimento das patologias mentais. Usando simbologia clínica aliada ao imaginário religioso, Cebola fortalecia a sensação de advertência face àquela que identificava como sendo uma proliferação perigosa da psicopatologia na sociedade portuguesa.

A etiologia adoptada ao longo da obra tinha por base a teoria da degenerescência e os modelos hereditários a ela associados. Todas as histórias indicam que os traços de personalidade mórbida, ou estigmas, eram hereditários. Os antepassados podiam ser portadores de doença mental grave, ou apenas apresentar um fundo de personalidade degenerado. Os estigmas mórbidos manifestavam-se desde a infância, progredindo ao longo da vida e tornando-se mais evidentes e intensos. Numa fase inicial seriam apenas detectáveis pelo psiquiatra.

Em alguns dos contos Cebola salientava a ocorrência de um agravamento no grau dos estigmas ao longo das várias gerações, sendo que as perturbações dos filhos ou netos eram mais devastadoras do que as dos seus ascendentes. A doença mental era apresentada como sendo fatal, e descrita como uma entidade consciente e com volição. Encontrava-se localizada em potência no cérebro, guiando o indivíduo nas suas acções até que este cumprisse o seu destino mórbido, ou seja, até ao momento em que a doença se manifestava enquanto entidade psicopatológica distinta, e em alguns casos arrastava o personagem até à morte: “*A fatalidade congénita da sua anomalia o arrastou ao suicídio*”¹.

A ideia de degeneração e teorias de hereditariedade a ela ligadas foram muito populares na segunda metade do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, constituindo um vasto corpo de discurso, e não podendo ser definidas como formando uma corrente intelectual coerente, sendo que assumiam variadas expressões e se adaptavam a diversas ideologias. Este corpo teórico ganhou relevo na psiquiatria com os trabalhos de Bénédict Morel (1809-1873), que considerava a existência de uma predisposição neuropática para a doença mental, transmissível de forma orgânica de pais para filhos².

¹ CEBOLA, Luís – Quando descí ao inferno: contos psicopatológicos. Lisboa: Edição do autor, 1956, p. 36.

² DOWBIGGIN, Ian, “Degeneration and hereditarianism in French mental medicine 1840-90: psychiatric theory as ideological adaptation”. In BYNUM W.F, PORTER, R., SHEPHERD, M. – The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry, Volume I. London: Tavistock Publications, 1985. Pp. 188 e 191; SCULL, Andrew – “Psychiatry and Social Control in the Nineteenth- and Twentieth- centuries”. History of Psychiatry. 2, 6 (1991) 149-169.

A noção de hereditariedade subjacente era lamarckista, entendendo-se que a acção do meio poderia transformar o fundo somático, e por sua vez estas alterações propagar-se-iam ao longo de gerações sucessivas. Ao longo da linhagem verificava-se o agravamento progressivo dos estigmas, originando-se doenças cada vez mais incapacitantes, que acabariam por causar a inviabilidade ao fim de um curto número de gerações¹. O conceito de degeneração permitia ampliar o alvo do estudo clínico a casos que anteriormente estavam sob a jurisdição dos domínios legais e religiosos, desencadeando vários movimentos de defesa de medidas higienistas e eugenistas. Outrossim, num momento em que a psiquiatria procurava legitimação profissional, todavia falhando em apresentar sucessos terapêuticos, uma explicação determinista das doenças mentais permitia aos médicos defenderem-se publicamente².

Com excepção de dois contos (dedicados ao alcoolismo e à demência senil) todas as histórias indicavam que a única forma de travar a progressão da loucura, evitando as suas consequências devastadoras, se iniciava com procura de um psiquiatra. Os desfechos funestos resultaram de isso não ter acontecido. Em alguns contos, os familiares procuraram o auxílio de curandeiros e bruxas, ou invocaram a religião como solução para o problema, o que conduziu à tragédia. A menção a terapêuticas é reduzida, sendo apenas referido o internamento em asilos psiquiátricos. Apenas o conto dedicado à histórica Maria Pulquéria culmina com o momento da cura e aponta a hipnose como terapia. Este sucesso resulta do acompanhamento médico, que permite atenuar sintomas e prevenir comportamental. Através desta história Cebola salientava que a recuperação da saúde apenas se atingia com visitas regulares do psiquiatra, e pelo estabelecimento da relação médico-paciente.

Cebola sugere ainda que certos factores ambientais poderiam acelerar a evolução da doença mental em potência. Os exemplos citados são a educação baseada nos valores tradicionais e no catecismo; a frequência regular da Igreja; a contemplação de obras de arte românticas e o consumo de substâncias tóxicas.

Para uma apreciação mais detalhada da obra e do tipo de linguagem e retórica subjacentes à mesma, analisaremos com maior detalhe o conto de abertura: O Salema. Escolhemo-lo como exemplo pois integra todos os objetivos ideológicos da obra acima mencionados, e porque sendo a narrativa fundadora desta colectânea, terá constituído a motivação para a escrita dos contos subsequentes, marcando, não apenas o estilo, mas também identificando o intuito da obra e o seu público-alvo. Esta história destaca-se também por o autor não associar nenhum diagnóstico psiquiátrico ao personagem.

O conto desenrola-se em torno de três personagens, o Salema, o Padre Manuel e o Dr.

¹ CID, Sobral – “Classificação e Sistemática Geral das Psicoses” [1924]. In Obras – Psicopatologia Clínica e Psicopatologia Forense, Vol I. Porto: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983, p. 81; PORTER, Roy – *The Greatest Benefit to Mankind: A Mental History of Humanity from Antiquity to Present*, London, Harper Collins Publishers, 1997, p. 510; HUNT, Alan; RIMKE, Heidi – “From sinners to degenerates: the medicalization of morality in the 19th century”. *History of the Human Sciences*, 15, 1 (2002), 59-88; SCULL, Andrew – “Psychiatry and Social Control in the Nineteenth and Twentieth centuries”, *History of Psychiatry*, 2, 6 (1991), pp. 149 - 169.

² SCULL, Andrew – “Psychiatry and Social Control in the Nineteenth and Twentieth centuries”. *History of Psychiatry*. 2, 6 (1991), pp. 149-169.

Brito, que permitem ao autor articular a crítica sociopolítica, representando o diálogo entre o Estado Novo, a Igreja Católica e a classe médica.

O Salema é o filho de um lavrador remediado, que pela sua extrema dedicação aos estudos e pela obediência à Igreja, ascende socialmente, tornando-se administrador municipal. Os estigmas presentes na sua personalidade, e salientados pelo médico, são apenas comportamentais, apontando para uma deformação moral. Cebola descreve-o como sendo pouco falador e modesto desde jovem, e ainda um aluno excelente e ambicioso: “já no seu espírito se esboçava o desejo de ser o primeiro nas aulas”¹. Caracteriza-se também por ser um “fervoroso crente na onnipotência divina” e subordinado aos superiores².

Na Universidade a patologia progride. Salema não convivia com os colegas, e em vez disso “enfronhava-se nos meandros da Teologia e nas fórmulas do Direito”³. Cebola foca ainda a sua indiferença em relação ao pensamento científico: “apesar de adquirir novos conhecimentos científicos, o Salema não mudou”⁴.

Ao completar os estudos académicos o Salema regressa à sua cidade em momento de conflito político, com certeza uma alusão aos tempos conturbados do fim da Primeira República. O Padre Manuel, que investira nos estudos do Salema ao reconhecer nele alguém de valor, convence os influentes de que este será “o único homem capaz de salvar o município”⁵, convertendo-o no administrador municipal. O final do conto mostra-nos um Salema de discurso forte, convertido num déspota manipulador.

É interessante notar que a ambição e o carácter antissocial sejam os primeiros sinais apontados por Cebola como estigmas patológicos. De facto, para um republicano, esta ganância desprovida de camaradagem seria imoral, e tal como foi atrás referido esta obra pretende aproximar os conceitos de imoralidade e loucura. A transformação da imoralidade em problema de ordem clínica foi um fenómeno comum desde a segunda metade do século XIX até meados do século XX, quando se assistiu a uma apropriação dos conceitos de pecador e criminoso por parte dos alienistas, que para tal criaram a categoria psicopatológica apelidada de loucura moral⁶.

O Salema funciona como uma representação metafórica de António de Oliveira Salazar (1889-1970). São notórias as aproximações entre as biografias de ambos. Os dois eram filhos de agricultores remediados, cuja educação foi assegurada pela Igreja, e que estudaram Direito na Universidade. Cebola salienta que o ponto forte do Salema eram as contas, e que este assumiu a administração municipal em época de agitação política, apontando assim para o convite em Março de 1928 pelo General Carmona para que Salazar tomasse a pasta das Finanças⁷. O facto de este personagem não ser

¹ CEBOLA, Luís – Quando desci ao inferno: contos psicopatológicos. Lisboa: Edição do autor, 1956, p. 11.

² Ibidem, p. 11.

³ Ibidem, p. 13.

⁴ Ibidem, p. 12.

⁵ Ibidem, p. 13.

⁶ HUNT, Alan; RIMKE, Heidi – “From sinners to degenerates: the medicalization of morality in the 19th century”. *History of the Human Sciences*, 15, 1 (2002), 59-88.

⁷ LEMOS, Mário Matos – *Dicionário de História Universal*. Sintra: Editorial Inquérito, 2001, pp. 900-

diagnosticado explicitamente sugere até que ponto a personagem representa a transposição ficcional do próprio Salazar. Possivelmente Cebola sentia escrúpulos em diagnosticar uma personalidade pública, sendo que o seu objectivo era o de provocar nos leitores a identificação mais ou menos óbvia entre o Salema e o actual chefe de estado. Para além de se proteger da censura, Cebola procuraria igualmente acautelar a sua honra e cumprir a deontologia clínica, evitando confundir a loucura metafórica, visando uma crítica sociopolítica, com a doença mental propriamente dita.

Numa estratégia de camuflagem bastante transparente, Cebola apresentava ao fechar o conto a figura do Dr. Brito, “*médico, livre pensador e republicano*”¹, voz expedita e sarcástica que espelhava as ideias políticas e morais do próprio autor. O conto terminava com um diálogo entre o médico e o prior, no qual o primeiro demonstrava a sua sagacidade por contraste com a incapacidade argumentativa da Igreja. Cebola indicava ainda que através da aplicação de metodologia científica, os médicos poderiam ver ampliada a sua capacidade analítica em matérias de ordem sociopolítica e administrativa, já que o Dr. Brito terá analisado a administração do Salema “*tal qual estivesse dissecando um cadáver no teatro anatómico*”². Ao médico é oferecida a última palavra quando este encerra o conto afirmando “*tudo isto é uma grande fita*”³, aqui referindo-se ao que considerava ser a instrumentalização política do fantoche obediente e bem-falante, com carácter sedutor (Salema) por parte da Igreja Católica, de forma a obter poder e controlo social. Cebola reforça que o sucesso do Salema só poderia advir da sua enorme capacidade de representação e manipulação. Através da figura do Dr. Brito, o clínico declara-se superior a tais jogadas, mostrando ao leitor que a sua argúcia enquanto homem de ciência e livre-pensador o impedem de ser manipulado pelo regime, servindo este livro o propósito de o denunciar aos leitores argutos.

A crítica ao regime político do Estado Novo era bastante clara, na medida que Cebola afirmava o seu líder como sendo um degenerado, alertando para o facto de a sua mente doente, caracterizada por um modo de acção calculista baseado numa enorme ambição pessoal, constituir o motor por detrás da sua actividade política. Na verdade, a doença mental simbolizava aqui a maldade e o espírito corrupto.

Cebola classificava também a Igreja Católica como instituição imoral. No conto, o Padre Manuel reconhece na personalidade degenerada do Salema um potencial instrumento político, decidindo por isso apostar na sua educação: “*um mocinho aproveitável que pode, no futuro, vir a dar lustre à nossa religião, à família e à Terra Natal*”⁴. Aqui criticava a relação de mútuo interesse que se estabeleceu entre o Salema e a Igreja, apenas visando a realização de interesses pessoais. Desta forma acusava indirectamente a Igreja e o Estado Novo de trocarem influências de forma a manterem e ampliarem o seu poder político: a Igreja numa tentativa de recuperar os direitos

903.

¹ CEBOLA, Luís – Quando desci ao inferno: contos psicopatológicos. Lisboa: Edição do autor, 1956, p.

14.

² Ibidem, p. 14.

³ Ibidem, p. 15.

⁴ Ibidem, p.12.

perdidos com a Primeira República, e Salazar na procura de ganhar a admiração do povo português fortemente católico.

Conclusão

Esta obra, de carácter moralizador e propagandístico, possuía um forte entrecruzamento de discursos, sendo impossível discernir fronteiras claras entre a teorização clínica e o posicionamento ideológico e político do autor. Cebola usava a autoridade enquanto psiquiatra para gerar sentimentos de desconfiança nos leitores, convertendo em sintomas psicopatológicos certas características de personalidade, instituições ou ideologias, contrárias às suas próprias convicções políticas e ao seu sentido individual de moralidade. A explicitação das psicopatologias, e a aplicação da teoria da degenerescência, funcionavam como elementos retóricos autorizando os argumentos não clínicos da obra. O facto da loucura se manifestar a princípio por sinais mórbidos subtis era salientado por Cebola, como demonstrativo do carácter silencioso da doença, amplificando a sensação de ameaça invisível a pairar sobre os portugueses. Esta retórica admonitória culminava com a apresentação de uma única solução: apenas o psiquiatra poderia travar a proliferação da loucura, diagnosticando antecipadamente, solicitando o internamento e tratamento.

Bibliografia

CEBOLA, Luís – Quando descí ao inferno: contos psicopatológicos. Lisboa: edição do autor, 1956.

CEBOLA, Luís – Memórias de este e do outro mundo- Lisboa: edição do autor, 1957.

Agradecimentos: À Fundação para a Ciência e Tecnologia pelo financiamento, e ao orientador e co-orientadores deste projecto de doutoramento, os Professores Christopher Damien Aretta e António Manuel Nunes dos Santos (Departamento de Ciências Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa) e o Professor John Forrester (Department of History and Philosophy of Science, University of Cambridge), por todo o apoio e dedicação.

**“RIGOR EN OCASIONES, CARIDAD SIEMPRE, SIMPATÍA NUNCA”:
LA HOMOSEXUALIDAD EN DISCURSOS PARADIGMÁTICOS DE LA
MEDICINA FORENSE Y EL DERECHO PENAL FRANQUISTAS**

Francisco Molina Artaloytia

UNED; IES Eugenio Frutos

Doctorando-Profesor de E.Secundaria

E-mail:pacofilosofia@gmail.com

Resumen

El “*Discurso sobre la homosexualidad*” (1959) del Dr. Pérez Argiles y el pronunciado por el jurista Luis Vivas Marcial, “*Contemplación jurídico-penal de la homosexualidad*” como ingreso en la Academia Valenciana de Jurisprudencia y legislación en 1963 podrían resultar dos textos paradigmáticos del tratamiento biomédico y legal (forense) de las “homosexualidades” durante la dictadura franquista. La mezcla teórica de la medicina nacionalcatólica y sus correlatos jurídicos en la modificación de la *Ley de Vagos y Maleantes* (1954) y la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social* (1970) constituyen punto clave para un estudio de las interrelaciones entre imaginario social, práctica biomédica, e institucionalización biopolítica. Este entramado puede ser objeto de un estudio histórico cuyas herramientas pueden proceder de la filosofía y la sociología de la ciencia. El proyecto de Tesis en el que estamos trabajando pretende abordar esta cuestión de forma comparada con sus realidades, discursos e instituciones homólogos en el Portugal contemporáneo.

Palabras clave: Discursos, Franquismo, Homosexualidad, Pérez Argilés, Vivas Marzal

Abstract

Francoist medicine and laws considered homosexuality as a deviation. Biomedical views were adapted to accommodate sexological knowledge and Catholic tradition. Sickness, sin and crime drew discourses with fuzzy edges, not only due to overlap between them, but also due to the vagueness of the concepts themselves. Though homosexuality was not legally considered a crime, it was a dangerous condition that had to be controlled. This need to control was reinforced by a science claiming that sexual deviance was a contagious disease. Between 1959 and 1963, two documented speeches, by a doctor and a jurist, can be considered as paradigms of Francoist attitudes towards homosexuality at that time.

Introducción

La homosexualidad fue considerada una entidad nosográfica morbosa por la literatura biomédica española de las tres primeras partes del siglo XX. Por otra parte, bajo la figura de la prevención social, la republicana Ley de Vagos y Maleantes (1933) fue modificada en 1954 con el solo objeto de incluir a los homosexuales entre aquellos a los que había que aplicar las medidas de seguridad. El imaginario de la peligrosidad y defensa social, de por sí versátil y arbitrario en lo que se han llamado delitos sin

víctima, constituye una herramienta represiva de gran alcance bajo el signo de un poder totalitario. Dos expertos en dos materias cuyo interregno constituye la diana de la “disidencia sexual”, el Derecho y la Medicina Forense, formularon en la década entre 1955 y 1965 sendos discursos que podemos considerar paradigmáticos del tratamiento de la homosexualidad que hizo el nacionalcatolicismo.

Desarrollo

La tradición napoleónica en la que se había venido desarrollando el penalismo español a partir de mediados del siglo XIX, excluyó de los Códigos Penales los delitos relacionados con las prácticas homoeróticas¹, con la salvedad de los Códigos de Justicia Militar y el periodo de la Dictadura de Primo de Rivera. Esa exclusión del Código Penal se mantuvo durante la dictadura franquista. Ello, no obstante, no puede considerarse en ningún caso que el régimen nacido del golpe de Estado y subsiguiente Guerra Civil fuera comprensivo o condescendiente con la disidencia sexual. Para una adecuada comprensión de las formas articuladas del discurso² sobre la homosexualidad durante el periodo acotado, se hace necesario situar el hecho en ese espacio entre el pecado y la enfermedad en que lo analizó Javier Ugarte³. Si tenemos en cuenta la naturaleza confesional del régimen y los entresijos entre estructuras de poder institucionales (autoritarias) con asunción de una moralidad pública y privada católica, ese espacio puede pensarse cabalmente como lo que puede ser objeto de reprobación (y reparación moral-legal) y lo que puede ser objeto de tratamiento médico (reparación moral-clínica/prevención). Por otra parte, una idea procedente del higienismo y de la defensa social, como la de peligrosidad social, será la que permita ejercer la represión de los y las homosexuales. La peligrosidad predelictual y los delitos sin víctima constituyen una encrucijada entre la moral social y la capacidad coercitiva del Estado. De orígenes marcadamente positivistas, cuentan de partida con un oxímoron en sus contenidos. El positivismo médico es el proyecto de la posibilidad de hacer una ciencia dentro de un modelo de hechos. Este ideal discurre paralelo al surgimiento de unas ciencias sociales que aspiraban al aparato predictivo y de control del que gozaban las ciencias de la naturaleza del programa newtoniano. Dicho positivismo se conjuga armónicamente con el utilitarismo como teoría ética. Esta connivencia ya fue detectada por F. Nietzsche y la consideró el cuarto paso del desarrollo del error metafísico-moral fundamental en que se había venido basando el mundo occidental. En relación con el homoerotismo (para nuestros efectos el antiguo crimen de sodomía), el utilitarismo ya había propiciado de la mano de Jeremy Bentham⁴ un planteamiento disolvente para los derroteros de la moral tradicional y religiosa. La utilidad que constituye el bienestar de la mayoría, y entendida esta mayoría en el sentido restringido que estos discursos tenían antes del aldabonazo del marxismo, puede requerir la defensa social, pero de otra parte no parece que el

¹Preferimos homoerotismo en general, pero muy especialmente en contextos que se pueden considerar previos a la proliferación del uso del término en los textos científicos y jurídicos.

²LLAMAS, Ricardo – Teoría Torcida. Madrid: Siglo XXI, 1998.

³UGARTE, Javier – Entre el pecado y la enfermedad. Orientaciones.

⁴Jeremy BENTHAM. - De los delitos contra uno mismo. Madrid: Biblioteca Nueva, 2002. Edición de Francisco Vázquez García y José Luis Tasset Carmona.

poder de Leviatán que ahora se ha hecho liberal y científico debiera preocuparse demasiado por lo que libremente consientan dos adultos en privado. Este estilo jurídico, que fue extendido por la influencia napoleónica a países de tradición fuertemente católica como España y Portugal, encontrará su espacio de acción sobre la disidencia sexual mediante la noción de medidas de seguridad. Que en el caso de España la brecha de la guerra civil diera al traste con cualquier proyecto de modernidad, y en el de Portugal el salazarismo se esforzara por ejercer su autoritarismo bajo el manto de un garantismo que conservaba *lo mejor* de la intelectualidad republicana, no merma – en la práctica- la efectividad de este tipo de medidas cuya aplicación, además, gozará de todo el beneficio que para la arbitrariedad y las circunstancias *ad hoc* precisan los regímenes sin garantías. En todo caso las migraciones de la moral hacia el Derecho bajo los auspicios del Estado racional contemporáneo supondrán uno de los episodios que dejen al descubierto de forma más evidente cómo se reorganiza la normalización de las conductas, ahora bajo la forma de identidades sobre las que operan los saberes de intervención biopolítica.

Como ha analizado brillantemente Javier Ugarte (2004), la homosexualidad en el franquismo queda encuadrada entre el pecado y la enfermedad. En este mismo estudio se hace referencia dos discursos que se pueden considerar paradigmáticos del tratamiento que desde el Derecho y la Medicina se daban a la disidencia sexual. Son estos el “Discurso sobre la homosexualidad” del Dr. Valentín Pérez Argiles y “Contemplación jurídico-penal de la homosexualidad” de Luis Vivas Marzal. Si bien el pecado no es necesariamente delito, la moral católica pasó a ser la moral social que delimitaba las buenas costumbres en la dictadura franquista. Esto es particularmente relevante si tenemos en cuenta que dicho marco social será el que sirva para articular el formato legal de la represión, y no está en ningún caso ausente del discurso científico.

Los textos legales sobre los que pivotan las prácticas del Estado sobre los y las homosexuales serán el Código Penal (1944), bajo la flexible categoría de escándalo público (y otras...), y la Ley de Vagos y Maleantes (1933) modificada en el franquismo únicamente para incluir a los homosexuales (1954). Esta última merecerá una “científica” reedición en la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (1970) que siguió vigente hasta entrada la democracia.

El primero de los documentos a que nos referimos, el Discurso sobre homosexualidad del Doctor Valentín Pérez Argiles, es un texto académico en la Real Academia de Medicina de Zaragoza en 1959. En él, a partir de lo lamentable y problemático del asunto, y de la imposibilidad de obviarlo o ignorarlo, hace una inferencia de muy dudoso rigor metodológico: dado que se observa inversión sexual episódica en algunas patologías (epilepsia, parálisis general y demencia senal), podemos inferir el carácter patológico de la inversión. Tras recorrer explicaciones sociales y psicológicas, acude al lugar común de la zoología (etología) que ya andaba hacía años buscando conducta sexual invertida por toda la escala animal. El modelo de la “inversión sexual” se solapa con los primeros pasos inciertos de la “homosexualidad” como concepto clínico y con

frecuencia se busca amparo en la teoría de los estados intersexuales de Gregorio Marañón¹.

Además de esa búsqueda en la escala animal, con resonancias jerárquicas-lamarquistas que hacen ver cuán complejo resultaba, y resulta, la asimilación del evolucionismo darwinista para mentalidades teleológicas, el texto hace un excursus literario e histórico donde se examinan las prácticas homoeróticas en la historia de las culturas. La constante que Pérez Argilés parece extraer de cómo han sido las cosas en otros tiempos y lugares es la de la “contagiosidad”, que no es sino la piedra de toque de la peligrosidad social. En la estela de las prevenciones del discurso médico sobre medidas de seguridad, la posición defendida quiere alejarse de lo “terrorífico” de la edad media y de la impunidad que parecen reclamar los defensores (proselitismo homosexual): se sugiere el tratamiento médico. Cita la Ley de Vagos y Maleantes pero considera que su uso es esporádico. Precisamente, andando el tiempo y el propio devenir del sistema penitenciario franquista, no será la ley de Peligrosidad Social sino una reelaboración “positivizada” de la famosa “gandula”².

El texto de Pérez Argilés ha sido tomado con frecuencia como paradigmático del tratamiento de la homosexualidad en el franquismo (Adam y Martínez, 2008; Arnalte, 2003; Ugarte, 2004)³. A nuestro juicio es una muestra del síndrome que constituyen elementos dispares que conforman las propias ciencias psiquiátricas de la dictadura: influencias alemanas, retazos desdibujados de la producción anterior con una relación paradójica la brecha y la continuidad, organicismo que ha de habérselas con una antropología teológica de cuño fuertemente católico...

Desde esos presupuestos y con conocimientos científicos (sin obviar el sesgo de selección de información en el que se incurre cuando se produce esa mezcla de cuestiones socioculturales y biológicas), Pérez Argilés intenta rebatir los argumentos pro-homosexuales que justifican o intentan atenuar la gravedad de dichos comportamientos. De particular interés es la idea de homeostásis patológica: la enfermedad de alguna manera genera una reacción de normalización y autorregulación en los organismos: eso le permite a Pérez Argilés atacar la noción de homosexualidad normalizada (pederastia normal) que Gide había pedido atender en su *Corydon* (y que ya Marañón había respondido críticamente). En cualquier caso lo que entra en juego sería la propia noción de patología asignada a las conductas “homoeróticas”, lo que será objeto de amplios debates médico-psicológicos hasta finales del siglo XX.

En la actualidad científica de Pérez Argilés la homosexualidad es explicada (en precario) sobre una potencialidad bisexual (orgánica o funcional) sobre la que luego

¹Dicha teoría queda expuesta para su alcance sobre la “homosexualidad” en el texto de Vázquez y Cleminson indicado en las fuentes.

²Nombre popular con que se conocía la ley de Vagos y Maleantes.

³El texto de Arnalte indicado se refiere a ARNALTE, Arturo. Redada de Violetas. Madrid: La Esfera de los Libros, 2003, capítulo V. Además del indicado y recogido en las fuentes, es fundamental Martínez Vidal, Àlvar; Adam Donat, Antoni V., "Homosexuality, psychiatry and legal medicine in Franco's regime and Democratic Transition in Spain (1936-1979). In: Andresen, Astri et al. (eds.) Citizens, Courtrooms, Crossings. Conference Proceedings. Bergen: Stein Rokkan Senter for Flerfaglige Samfunnsstudier, 2008, pp. 107-118.

pueden operar factores exógenos favorecedores. Es una combinación etiológica entre factores predisponentes y precipitantes. Las características físicas se agrupan en morfológicas, hereditarias y endocrinológicas. A mayor verificación de su presencia, menor probabilidad de curación y efectividad de la vía psicológica (psicoanalítica). La morfología homosexual se aproxima a una feminización que no llega ni al hermafroditismo ni al pseudo-hermafroditismo y que incluye el tono de voz y ademanes, las preferencias, la relación tórax-pelvis, el reparto piloso, ginecomastia y genitales, apéndice xifoideas, distribución del panículo adiposo y laxitud de la articulación del codo: estos *items* se encuentran feminizados en el homosexual (frecuentemente). Los estudios genéticos incluyen un examen familiar y estudios de corpúsculos cromatínicos mediante biopsias cutáneas y frotis sanguíneos o de mucosas. Por último el estudio endocrinológico, que parecería prometedor, se muestra a los ojos de Pérez Argilés como rotundamente ineficaz a la hora de establecer pautas terapéuticas generales.

Será fundamental entonces el estudio psicológico. La descripción de una inversión-perversión (pseudo-inversión) le hace reparar en que la diferencia entre el (homosexual) uranista congénito y el (homosexual) pederasta adquirido es artificio teórico dado que sólo hay unos pocos congénitos y una mayoría de individuos que fueron desviados en la juventud (época de indiferenciación) por otros mayores que les crearon un reflejo condicionado. El balance del autor hace gala de un marcado eclecticismo y será la obra de Freud la que le proporcione tipologías, teoría y esperanzas de tratamiento. El tratamiento, no obstante, parece que debe encaminarse hacia la castidad. La voluptuosidad que opera en el cómplice acuerdo personalizado entre homosexuales, dado que en estas prácticas “están dissociadas sensualidad y ternura”, es cuestión de difícil control y mejor profilaxis mediante la correcta educación, impidiendo la exposición prematura a estímulos y muy especialmente mediante la persecución de los corruptores de menores. La versión más humanitaria radica en un psicoanálisis orientado a una sublimación que le parece más fácil en los homosexuales. La homosexualidad femenina será abordada en este discurso pero de forma prácticamente testimonial, lo que merece un tratamiento independiente y contextualizado para comprender cómo fue reprimido y pensado el “homoerotismo femenino”¹.

El texto de Pérez Argilés es citado como autoridad por el segundo de los documentos que analizamos, el discurso de Luis Vivas Marzal en su ingreso en la Academia Valenciana de Jurisprudencia y Legislación en 1963. En un contexto de reflexión sobre las intersecciones de la Moral y el Derecho, Vivas Marzal hace una revisión del penalismo sobre la homosexualidad, fundamentalmente masculina, ya que, muy en la línea que sostiene la invisibilidad lésbica, la femenina «no crea los problemas que la otra, por su menor virulencia, o por permanecer en la más completa clandestinidad»².

¹Véase OSBORNE, Raquel. Mujeres bajo sospecha. Memoria y Sexualidad: 1930-1980. Madrid: Fundamentos, 2011.

²VIVAS MARZAL (1963), p.7

De alguna forma la cita de Pérez Argilés permite combinar la explicación científica con base orgánica (lo que siempre da un espaldarazo de “objetividad”) con la noción de contagiosidad y prevención que harán requerir la intervención en aras de la defensa social, particularmente de los niños y jóvenes, esto es, los que están psíquica y físicamente sin formar. Previamente expone clasificaciones que proliferan a partir de la dicotomía innato/adquirido y que el propio Pérez Argilés había puesto en tela de juicio. La justificación de un mayor interés penalista le hace acudir a la autoridad de J.A. Gisbert que vincula, desde la medicina legal, la homosexualidad y la psicopatía con todas las consecuencias criminológicas que ello puede conllevar.

El recorrido histórico-cultural de rigor es efectuado por Vivas Marzal aunque, como era esperable, se detiene más en la historia del Derecho y el Derecho comparado. Cuando abandona la perspectiva diacrónica y se fija en la legislación del momento, intenta responder a la “impunidad” de la homosexualidad desde el Código Penal. (No olvidemos que dijera lo que dijera el Derecho penal, las medidas de seguridad estaban vigentes, y que la figura, esta sí penal, del “escándalo público” tenía una versatilidad que permitía enseñarse cuando la disidencia sexual entraba en juego).

Constata Vivas Marzal, en su recorrido por el rapto, la violación y los delitos sexuales en general que no hay mención explícita a “lo sodomítico” ni la homosexualidad, y que aunque en los abusos cabe la figura, no le parece que se castigue en sí misma la homosexualidad sino el abuso. El escándalo público y los requisitos de trascendencia y divulgación le parecen variables y proclives a pivotar entre la repulsa hacia lo abominable y el purismo de no querer confundir moral con Derecho. El balance para Vivas Marzal es que la legislación es insuficiente y confusa, para lo que propone el endurecimiento de la pena de abusos cuando hay concurso homosexual, que los actos sean tenidos por punibles siempre que ocurran con menores de 21 años dado el peligro de la propagación, que se eliminen ambigüedades para ser explícitos y severos con la homosexualidad y los conatos de propagación, y un refinamiento técnico de la Ley de Vagos y Maleantes mediante técnicas clasificatorias y la creación de instituciones especializadas de tratamiento, lo que llegará con la ley de 1970.

Conclusiones

La humanitario del tratamiento médico que podría destilar del enfoque de Pérez Argilés queda muy matizado por un extracto que ha sido frecuentemente citado en el que reconocida la enfermedad (de lo que uno no tiene culpa), sí existe culpa si uno se dedica a sembrarla, como si un tuberculoso se dedicara «a la siembra de sus esputos bacilíferos»¹. La compasión hacia el diferente (en este caso además enfermo), su heterogeneidad y diversidad y la importancia de la cuestión son los factores que harán pedir a Vivas Marzal «rigor en ocasiones, caridad siempre, simpatía nunca»² La caridad de la teología, el rechazo desde las buenas costumbres y el rigor propedéutico y terapéutico que fuere necesario, lo que incluye e las necesarias medidas represivas que

¹PÉREZ ARGILÉS (1959), p. 25-26.

²VIVAS MARZAL (1963), p. 7.

se avecinan poco comprensivas dado que todo lo que postula supone un endurecimiento punitivo.

Fuentes y bibliografía

ADAM, Antoni y MARTÍNEZ, Álvaro- “Infanticidas, violadores, homosexuales y pervertidos de todas las categorías. La homosexualidad en la psiquiatría del Franquismo”. In UGARTE, Javier: Una discriminación universal. Barcelona/Madrid: Egales, 2008. p. 109-138

PÉREZ ARGILES, Valentín- Discurso sobre la homosexualidad. Real Academia de Medicina de Zaragoza, 1959.

UGARTE PÉREZ, Javier- “Entre el pecado y la enfermedad”. Orientaciones, n. 7, 2004.

VÁZQUEZ, Francisco y CLEMINSON, Richard – Los invisibles. Una historia de la homosexualidad masculina en España (1850-1939). Granada, Comares, 2011.

VIVAS MARZAL, Luis- Contemplación jurídico-penal de la homosexualidad. Discurso de ingreso en la Academia Valenciana de Jurisprudencia y Legislación. Contestación de MOLERO, Eduardo. Valencia: Academia Valenciana de Jurisprudencia y Legislación, 1963.

O CRIME E ANORMALIDADE EM EDMUNDO CURVELO

José António Alves

Centro de Estudos Humanísticos da Universidade do Minho

Investigador de doutoramento

E-mail:jalvespt@gmail.com

Resumo

Edmundo Curvelo (1913-1954) foi um lógico português da primeira metade do século XX que se dedicou à elaboração de um esquema lógico capaz de representar *todos* os estados mentais. Curvelo denominou o objetivo do seu trabalho de *logificação da psicologia*. Objetivo similar perdura hoje, por exemplo, no *Human Brain Project*.

A presente comunicação focalizará o campo ético que, no dizer de Curvelo, se constrói a partir do campo psicológico, sendo o instrumento de construção a análise lógica. O propósito é apresentar o pensamento de Curvelo a partir da sua afirmação de que o delinquente não é um criminoso, mas um anormal, um doente que se há de tratar e curar.

O argumento a explorar e criticar é o seguinte: a vida mental (“normal” e “anormal”) é totalmente transparente; é possível prever todos os comportamentos futuros; logo, o criminoso não age por si, mas por causas (doença) externas a si. Por isso o crime não implica castigo, mas porque estatisticamente anormal implica a necessidade de educação e pedagogia.

Palavras-chave: Psicologia, Ética, Logificação, Crime, Edmundo Curvelo

Abstract

Edmundo Curvelo (1913-1954) was a Portuguese logician. His scientific goal consisted in *logicising* psychology, i.e., both in producing a logical structure capable of representing all mental states and in reducing to logic the psychological notions.

This article aims to present the Curvelo's philosophical thought, from his statement that the delinquent is not a criminal but an abnormal, a patient that needs treatment and cure. The argument that we will explore and criticize is the following: mental life – *normal* and *abnormal* – is totally transparent; it is possible to predict all future behaviors; crime is an abnormal mental state; therefore, the criminal doesn't act for his own will, but for external causes to itself (disease). Hence, crime does not imply punishment, but the criminal, as crime is an abnormal mental state, needs education.

O mundo inteligível não é o mundo real, mas o mundo verdadeiro, isto é, o mundo lógico e formal¹

¹CURVELO, Edmundo – *Relações Lógicas, Psicológicas e Sociais da Ética*. Coimbra: Coimbra Editora, 1946, p. 118.

Introdução

A matematização do cérebro e da mente dos seres humanos é um programa científico que está na ordem do dia.¹ Se o cenário desenhado pelos otimistas da Inteligência Artificial acontecer, provavelmente o papel de psiquiatras e psicólogos sofrerá radicais alterações, bem como a ideia tradicional do que é ser humano. Decerto psiquiatras e psicólogos serão substituídos por engenheiros de redes neuronais e a evolução natural do ser humano será a máquina. Em geral, ainda percebemos estas ideias como se de ficção científica se tratasse. Todavia, são ideias presentes que juntam milhões para investigação científica e que há muito alimentam espíritos científicos. Entre eles está Edmundo Curvelo (1913-1954). Há mais de sessenta anos atrás, o lógico português dedicou-se à elaboração de um esquema lógico capaz de representar *todos* os estados mentais.

Neste artigo apresentaremos o pensamento do jovem filósofo a partir da sua afirmação de que o delinquente não é um criminoso, mas um anormal, um doente que se há de curar. O argumento a analisar é o seguinte: a vida mental é totalmente transparente, pelo que é possível prever *todos* os comportamentos humanos. Portanto, o criminoso não age por qualquer vontade própria, mas por causas – doença – externas a si. Por isso, o crime não implica castigo, mas porque estatisticamente anormal implica a necessidade de educação.

Edmundo Curvelo e a ideia de *logificação* da psicologia

Edmundo Curvelo foi um lógico português que viveu na primeira metade do século XX. Lamentavelmente Edmundo Curvelo faleceu muito jovem, com apenas 40 anos de idade. A morte foi lamentada pelos da sua geração e indubitavelmente é lamentada pelos leitores da sua obra. Os cinco livros e a vintena de artigos que o jovem autor escreveu constituem um *corpus* assinalável e revelam um pensamento formado e estruturado. Contudo, estamos em crer que ainda se poderia esperar um desenvolvimento maior da obra e pensamento do jovem professor da Faculdade de Letras de Lisboa. Esta ideia é sugerida pelo estudo do espólio do autor² e pelo número de projetos por ele definidos, mas que infelizmente nunca saíram do papel. Mas

¹Cf., por exemplo, KURZWEIL, Ray – *The singularity is near: when humans transcend biology*. New York: Viking, 2005; HAWKINS Jeff, BLAKESLEE, Sandra – *On intelligence. How a new understanding of the brain will lead to the creation of truly intelligent machines*. New York: Times Books/Henry Holt, 2004. Acerca da relação cérebro-mente e da importância do método da engenharia-reversiva aplicada ao estudo do cérebro (reverse-engineer) para a simulação da mente humana veja-se, KURZWEIL, Ray – *How to create a mind. The secret of human thought revealed*. New York: Viking, 2012. Leia-se ainda sobre o *Human Brain Project*, apresentado entre nós por Idan Segev da Universidade Hebraica de Jerusalém, Israel, na conferência «Can we copy the human brain in the computer?», *Fórum Gulbenkian de Saúde 2012*, *Brain.org*, 10 de Outubro de 2012, em <http://www.humanbrainproject.eu/index.html>. Luís Moniz Pereira foi bastante crítico das ideias apresentadas pelo investigador israelita. A crítica do professor português pode ser lida em <http://centria.di.fct.unl.pt/~lmp/>.

²Cf. CURADO, Manuel, ALVES, José António – *Um Génio Português: Edmundo Curvelo (1913-1954)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013.

igualmente é sugerida pelo projeto maior que o lógico português definiu sem todavia levar inteiramente a cabo. O projeto de *logificação* da psicologia. A ideia de *logificação* do lógico português colheu fortes influências no logicismo de Gottlob Frege (1848-1925) e Bertrand Russell (1872-1970) que entre fins do século XIX e inícios do século XX pretenderam *logificar* a aritmética, i.e., reduzir a conceitos lógicos os conceitos matemáticos. Assim, *Logificação* é um neologismo criado pelo lógico português para traduzir tanto a sua ideia de construir uma estrutura lógica capaz de representar a vida mental, bem como a ideia de reduzir os conceitos psicológicos a conceitos lógicos. Segundo o seu pensamento epistemológico, a «nova lógica», renascida no século XIX, possui a única linguagem capaz de traduzir com rigor o conhecimento científico. Aliás o jovem autor afirma com clareza que conhecimento é ciência e ciência é construção lógica.¹ Esta é a linha que separa o conhecimento do não conhecimento. O que não for *logificável* não é conhecimento com sentido.

Dissemos que Edmundo Curvelo foi um lógico. A afirmação é verdadeira e transmite o estatuto intelectual do modo como foi apresentado na *História do Pensamento Filosófico Português*. Nesta obra, que na ausência de outras de igual envergadura já estabeleceu um cânone da História Filosófica Portuguesa, Manuel Curado apresenta Edmundo Curvelo como o «melhor lógico do século XX em Portugal».² Porém, apesar de ser verdadeira a afirmação de que Edmundo Curvelo foi um lógico, a afirmação não é completa. Pois Edmundo Curvelo foi muito bem inserido na História da Filosofia e da Lógica em Portugal, mas igualmente será bem inserido na História da Psicologia ou da Psiquiatria em Portugal. O leitor da sua obra rapidamente se apercebe que não se poderá escrever a História da Psicologia ou da Psiquiatria em Portugal sem haver uma referência a Edmundo Curvelo e aos seus trabalhos. E porquê? Porque, como já referido, o pensador português dedicou grande parte do seu trabalho de investigação à elaboração de um esquema lógico capaz de representar *todos* os estados mentais. Repare-se no quantificador. Não apenas alguns estados mentais, não só a sensação, não só a percepção, não só o raciocínio, não só a imaginação, não só a consciência, não só... Mas simplesmente *tudo* que concebemos como fazendo parte da mente humana. Os estados mentais normais e os estados mentais anormais. Neste sentido, o jovem autor propôs a noção de *energia*,³ representando-a simbolicamente pela letra *e*⁴ para representar toda a vida mental. Diz o autor: «Para evitar ... o postulado de uma *substância psicológica* suporte dos fenómenos psíquicos, recorreu-se à noção relacional de *energia*».⁵ E mais à frente: «A noção de energia, puramente lógica, permitiria, pois, exprimir numericamente os três domínios, físico, fisiológico e psicológico, em função uns dos outros, unificando-os logicamente».⁶ Assim, *e* corresponde à estrutura

¹Cf. CURVELO, Edmundo – *Fundamentos Lógicos da Psicologia*. Coimbra: Atlântida, 1945, p. 44.

²CURADO, Manuel – «Lógica em Portugal no Século XX». In CALAFATE, Pedro – *História do Pensamento Filosófico Português*. Vol. 5, tomo 2. Lisboa: Caminho, 2000, p. 345.

³CURVELO, Edmundo – *Fundamentos Lógicos da Psicologia*, p. 76.

⁴*Idem*, p. 78.

⁵*Idem*, p. 76.

⁶*Idem*, p. 77.

psicológica global.¹ Portanto, a intenção do lógico português em traduzir em linguagem lógico-matemática toda a vida psíquica é a razão pela qual julgamos fazer todo o sentido a apresentação do pensamento de Edmundo Curvelo numa jornada de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Apesar da estranheza que o nome do lógico português possa causar aos leitores da História da Psiquiatria e Saúde Mental menos familiarizados com a sua obra ou aos que se habituaram a considerá-lo apenas um lógico, acreditamos que com a nossa exposição rapidamente a estranheza se converterá em curiosidade.

A obra do autor português, sobretudo no que diz respeito à construção lógico-matemática da vida mental (psicologia), desenvolve-se nos livros *Fundamentos Lógicos da Psicologia* (1945) e *Princípios da Logificação da Psicologia* (1947). É igualmente muito importante o conjunto de artigos organizado e publicado sob o título geral *Opuscula Psychologica*, nomeadamente o segundo artigo da série, publicado com o subtítulo *Fundamentos Epistemológicos da Psicologia* (1951).² No entanto, no presente artigo focalizamos a análise principalmente no livro *Relações Lógicas, Psicológicas e Sociais da Ética* (1946). Este livro poderá sugerir tratar-se de um contributo para a reflexão ética. Alguns historiadores da cultura portuguesa assim o entenderam. Porém, concordamos com Manuel Curado quando diz: «As *Relações Lógicas* são tanto uma obra de ética quanto são uma obra de engenharia de redes ferroviárias, uma obra de história sobre a cidade medieval, ou um tratado sobre xadrez». ³ Pois o objetivo final do texto não é a ética, mas sim demonstrar que o comportamento humano pode ser analisado e estruturado com instrumentos lógico-matemáticos. *Relações Lógicas, Psicológicas e Sociais da Ética* insere-se no plano geral de trabalho do lógico português, desenvolvido com o objetivo de unificar através da lógica todos os ramos da ciência. Neste plano, física, biologia, psicologia, ética não são diferentes, apenas são conhecimento formalizados de *pontos de vista* diversos. Escreveu o autor: «as noções da ética não são, pois, de tipo formal diverso do das noções da física ou da psicologia. O que as individualiza é a eleição do dado relativo... O dado comum é a vivência global e indiscriminada». ⁴ Edmundo Curvelo tem presente a ideia de unificação da ciência preconizada pelo neopositivismo. A ideia de que a ciência será unificada através do uso de uma linguagem e método comum aos diferentes ramos de conhecimento. O neopositivismo é mesmo uma das influências maiores que se descobre na obra curveliana. Fruto desta influência nem sempre algumas das opções intelectuais do lógico português são devidamente argumentadas por ele. O autor português incorre em várias das dificuldades geralmente apontadas aos partidários do cientismo. Por exemplo, na sua obra não descobrimos qualquer argumento que justifique por que razão a linguagem lógico-matemática é a melhor linguagem para descrever os objetos da ciência. O assunto é apresentado como um facto evidente por si mesmo. O pensador, como veremos, não explicará convenientemente por que são preferíveis os novos

¹ *Idem*, p. 78.

² Para consultar a lista Bibliográfica de Edmundo Curvelo Cf. CURADO, Manuel, ALVES, José António, *op. cit.*, p. 383-385 ou CURVELO, Edmundo – *Obras Completas*. Organização e Introdução de Manuel Curado e José António Alves. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013.

³ CURADO, Manuel, *op. cit.*, p. 409.

⁴ CURVELO, Edmundo – *Relações Lógicas, Psicológicas e Sociais da Ética*, p. 14.

conceitos lógicos aos velhos conceitos metafísicos.

Portanto, o crime e a anormalidade em Edmundo Curvelo, como já se poderá entrever, são entendidos de um ponto de vista formal e em consequência do seu modo de conceber a ciência. Como dissemos, para o jovem cientista português a ciência é uma construção lógica. Assim, a ética é ciência na medida em que é possível construí-la lógico-matematicamente. Repare-se, pela negativa, que se a ética não fosse *logificável* não seria ciência e também não seria conhecimento com sentido. Como dissemos, a possibilidade de construção lógico-matemática estabelece no pensamento curveliano a linha de fronteira entre a ciência e a não ciência, o sentido e o sem sentido, o (objeto) conhecimento e o não (objeto) conhecimento. Esta linha de fronteira faz com que Edmundo Curvelo remeta para o reino da má metafísica noções e aspetos dos problemas que eventualmente nós consideraríamos importantes. Por exemplo, o *bem* ou o *mal* são para o filósofo português noções supersticiosas e metafísicas que a linguagem natural perpetua. O que interessa para a construção lógica da ética não é o *bem* ou o *mal*, mas situações que podem ser consideradas boas ou más. O significado substantivo ou fundamento metafísico daquelas noções não tem para o jovem lógico qualquer valor científico, porque a definição metafísica dos conceitos é um problema desprovido de sentido. A ciência não consegue definir o *bem* ou o *mal*. A ciência apenas é capaz de descodificar situações que podem ser consideradas boas ou más de acordo com critérios psicológicos e sociais. Como afirma o autor: «não há ações que tenham valor em si mesmas, absolutamente, independentemente da situação».¹ Ou seja, o conceito importante na estruturação lógico-matemática da ética é o conceito de «situação». A situação configura tudo aquilo que pode ser medido e analisado logicamente, uma vez que é observável. Contrariamente, para o autor português, conceitos tradicionalmente considerados relevantes para a ética, tais como intenção, liberdade, valor ético, consciência pessoal, são sempre considerados conceitos desprovidos de sentido. É fácil compreender a razão pela qual se tratam de conceitos difíceis de lidar por um lógico. São todos conceitos que traduzem motivos internos, não observáveis, à ação do sujeito e eventualmente razões de ação alheias às situações, razões absolutas em si mesmas. Conceitos que apelam a razões metafísicas da ação. Ora, o autor português descarta estes conceitos pela simples razão de que são conceitos não *logificáveis* – não há modo de os relacionar – e, por conseguinte, inacessíveis à ciência. Assim, afirma o autor de *Relações Lógicas*: os valores éticos «são relativos porque a sua construção é sempre dependente de uma situação».² Portanto, conforme Edmundo Curvelo definiu a noção de energia para na psicologia representar a totalidade da vida psicológica, no caso da ética o lógico define a noção de campo total do universo ético (dos motivos presentes na ação para representar a totalidade do pensar e viver). Esta noção é simbolizada logicamente pela letra grega teta, θ . «O mundo com que o moralista trabalha é um mundo de esquemas, de formas e fórmulas, é um mundo lógico. E o conteúdo do universo ético não é constituído por valores, como o *bem* ou o *mal*, nem por direitos, sanções ou obrigações. O conteúdo é uma estrutura total ou o campo total, e este pode

¹ *Idem*, p. 74.

² *Idem*, p. 76.

ser designado por um símbolo, θ , o qual exprime uma *medida*, uma *probabilidade de determinação e de certeza*.¹ O trabalho lógico-matemático consistirá em inventariar as estruturas lógico-matemáticas de θ . O símbolo representa não só a totalidade da situação ética como também a possibilidade de medir os acontecimentos. As noções éticas tradicionais são interpretações das estruturas do campo ético. Ou seja, o que importa para a formalização é a situação, o comportamento exterior. Neste sentido, o crime não é o resultado de qualquer deliberação consciente e livre, mas o resultado de uma determinação situacional, uma anormalidade estatística. No pensamento de Edmundo Curvelo o criminoso não age por si, mas por causas externas a si. O crime é uma doença, uma anormalidade. Por isso o crime não há de implicar castigo, mas porque estatisticamente anormal implica a necessidade de educação e pedagogia. Explicitaremos de seguida as duas premissas que sustentam esta conclusão. (1) A vida mental é totalmente transparente; (2) é possível prever todos os comportamentos futuros.

A vida mental – normal e anormal – é totalmente transparente

Edmundo Curvelo acredita que a vida mental é totalmente transparente, bem como acredita que o comportamento humano é totalmente transparente. Estas suas crenças, como julgamos ir ficando claro, radicam na força da linha divisória utilizada pelo lógico português para estabelecer a diferença entre ciência e metafísica. Tudo que não possa ser traduzido em linguagem lógica é desprovido de sentido para a ciência. Por outro lado, tudo que tem sentido é traduzido em linguagem e estrutura lógica. A linha da linguagem lógico-matemática permite ao jovem filósofo definir os objetos das suas formalizações. Tudo é construção lógico-matemática. Deste modo, os factos psicológicos e éticos são produto de abstração e construção dentro de uma teoria. Deste modo, a psicologia e a ética deverá focalizar-se no estudo dos factos psicológicos e éticos, respetivamente, ou seja, da realidade definida pela teoria que permite a construção lógica. A psicologia e a ética para serem *logificadas* têm que começar por apartar os aspectos nebulosos e as perguntas sem sentido, de modo a encontrar o esquema lógico da psicologia e da ética. Por exemplo, no caso da psicologia, para se proceder à formalização, o autor, propõe, para bem do rigor lógico, que o campo psicológico renuncie: «a) a faculdades, que são coisificações de noções abstractas e gerais; b) a átomos psicológicos inobserváveis (inconsciencializáveis individualmente), que são produtos de dissociação de análise lógica de formas ou estruturas complexas; c) a forças psíquicas, quer aplicadas a faculdades ou a átomos, quer inerentes a umas ou a outros, quer substantivamente isoláveis e existentes por si mesmas e determinando-se em faculdades ou em elementos atômicos.»² No caso da ética, como aludido acima, igualmente se deverá prescindir de todas as noções substancializantes. Como salientou Manuel Curado: «a relação de referência, a intencionalidade, a subjetividade e a liberdade são aspetos incómodos para um lógico».³ Edmundo Curvelo tem dificuldade

¹ *Idem*, p. 16.

² *Idem*, p. 52.

³ CURADO, Manuel, *op. cit.*, p. 357.

em lidar, em termos lógicos, com alguns dos aspetos que consideramos relevantes para a psicologia e para a ética. E, por isso, remete-os para o campo da metafísica, o campo do sem sentido. Ou seja, um lógico que tanto se esforçou em ser rigoroso, acaba, na hora de eleger o objecto da psicologia e da ética, por ter procedimentos menos rigorosos. Sabemos que, muitas vezes, são exatamente os aspetos que escapam às metodologias que concentram o maior interesse para a compreensão dos problemas, no caso, psicológicos e éticos. Além de ser argumentativamente frágil apartar alguma dificuldade só com a razão de que é metafísica. Da afirmação da ignorância sobre como tratar cientificamente determinado assunto decorre apenas a afirmação da ignorância sobre como tratar cientificamente determinado assunto. Da afirmação da ignorância sobre como tratar cientificamente determinado assunto não decorre a afirmação de que se sabe que determinado assunto não é tratável cientificamente e que, portanto, é irrelevante. No entanto, segundo o lógico português, por exemplo, a liberdade não existe para a ciência, porque não é possível formalizar a liberdade segundo a linguagem lógico-matemática. A razão do filósofo português para descartar um assunto ou problema é sempre a mesma. O assunto ou problema é metafísica e conseqüentemente sem sentido para o conhecimento científico. Por esta via, o objeto, quer da psicologia, quer da ética, torna-se extremamente transparente. O objeto da psicologia e da ética são exclusivamente o que a lógica diz deles. Nem a mente, nem os comportamentos tem qualquer dimensão opaca ao investigador. Edmundo Curvelo elege apenas os aspetos da psicologia e da ética que são tratáveis através das ferramentas lógicas de que dispõe: teoria dos grupos, teoria dos conjuntos, noção de sistema, cálculo proposicional... «O conjunto de aspetos da mente que podem ser estudados com estas ferramentas inclui os elementos, os fatores, as estruturas psicológicas e a transformação de estruturas. Entre os aspetos que *não* podem ser investigados com ferramentas formais incluem-se a relação de referência, a intencionalidade, a consciência, as emoções, a subjetividade, os *qualia* ou propriedades secundárias, etc.»¹ Acontece, porém, que o que fica não parece ser a melhor parte do universo psíquico, a parte que mais gostaríamos de ver claramente explicada. O desejo de rigor do lógico português é aqui questionado por causa dos aspetos importantes, a qualquer teoria da mente ou teoria psicológica, que deixa de lado, com o único argumento de que se trata de metafísica. Também em relação ao campo ético a estratégia é similar. A ética é uma ciência da natureza, semelhante à física, à biologia, à psicologia. O comportamento humano ético é investigado só a partir da sua dimensão situacional, com o objetivo de fazer previsões. Neste sentido, o comportamento humano ético é tão físico como qualquer elemento da física e tão previsível como qualquer outro fenómeno físico. O comportamento humano ético é totalmente transparente ao cientista como também o é a mente humana. Aqui, o autor de *Relações Lógicas* não está longe do que pensaram, por exemplo, Miguel Bombarda ou Júlio de Matos e o seu pensamento sem dúvida recebe influências do positivismo que tanto marcou a psiquiatria portuguesa, em fins do século XIX e início do XX. A ideia de *crime* como doença e *anormalidade* como desvio estatístico são conseqüências lógicas do seu modo de pensar a mente e o comportamento humanos. O agir humano está

¹ Cf. *Idem*, p. 357.

desprovido de qualquer finalidade e liberdade e, conseqüentemente, é perfeitamente transparente.

É possível prever todos os comportamentos futuros

O comportamento ético pode ser previsto estatisticamente do seguinte modo:

- «1. Consideremos o comportamento global G.
2. A partir de ele, determinemos o comportamento ético de um indivíduo *médio*, M, que é lógico e construído estatisticamente.
3. Qualquer indivíduo real, I, afastar-se-á mais ou menos de M.
4. Diremos então que, para I, há certa probabilidade, P, proporcional ao seu *afastamento* relativamente a M, de atuar segundo o modelo M».¹

A este respeito salientou Manuel Curado: «Curvelo não oferece nenhum ponto de vista inovador que não esteja já presente em Quételet e em Durkheim e compartilha com estes autores o problema ainda por resolver do comportamento de agregados humanos».² O modelo de previsão é estatístico. Não é possível dizer com precisão qual a ação que determinado indivíduo efetuará, mas é possível afirmar com grau de probabilidade qual a ação que efetuará. A respeito de uma ação concreta, a de um indivíduo mata outro, diz o autor: «Assim, não podemos prever se, ou quando, A matará. Mas, conhecendo apenas a média dos casos em que se mata, construir a probabilidade de A se encontrar entre esses casos. O esquema que a ética pode construir não vai além de isto. Prever o comportamento de A só é possível por meio de um esquema de probabilidade, e não por meio de um esquema de determinação absoluta. Absolutamente, o comportamento individual é imprevisível. Em geral: pode prever-se o comportamento coletivo – quantos casos de morte haverá; mas não o comportamento individual – quem matará ou quem será morto».³ Em todo o caso fica claro a possibilidade de fazer previsões em relação ao comportamento ético dos indivíduos. O objetivo da ética como de qualquer outra ciência é fazer previsões baseadas na experiência.⁴ E nada há em princípio que nos impeça de formular previsões sobre o futuro. O paradigma curveliano é o paradigma neopositivista, segundo o qual a ciência está associada à possibilidade de previsão. Ou seja, se é possível estruturar lógico-matematicamente um determinado domínio, no caso, psicológico ou ético, então também é possível efetuar previsões dentro desse domínio. O futuro parece-nos indeterminado apenas porque ainda não conhecemos suficientemente o presente e o passado. Conhecendo o passado, conheceremos o futuro. O modelo de causalidade de Edmundo Curvelo é laplaceano. O presente e o futuro são resultado do passado. Ora conhecendo o passado, conheceremos o presente e o futuro. Tudo está determinado. Escreve o autor de *Relações Lógicas*: «Com efeito, um sujeito, A, deterministicamente produto de um conjunto de causas, (C), não é responsável, não é condenável, por poder fazer ou deixar de fazer. A sua responsabilidade não é de carácter causal ... A é,

¹CURVELO, Edmundo – *Relações Lógicas, Psicológicas e Sociais da Ética*, p. 17.

²CURADO, Manuel, *op. cit.*, p. 406.

³CURVELO, Edmundo – *Relações Lógicas, Psicológicas e Sociais da Ética*, p. 23.

⁴Cf. *Idem*, p. 22.

precisamente, *explicado* por (C). E dizer que se, em vez de por (C), *A* fosse determinado por (C'), seria dizer que *A* não existiria e existiria *A'*. Assim, a responsabilidade moral de *A* não depende da sua dependência ou independência a respeito de (C); consiste no significado funcional de *A* dentro do campo ético, (*E*)». ¹ Em cada momento, o indivíduo só podia agir do modo que agiu. Acrescenta o autor: «Quando eu penso que podia ou devia ter procedido de outra maneira, penso-o *não na mesma situação, mas numa situação nova*. Verdadeiramente, eu não poderia ter procedido de outra maneira». ² Ou seja, o ser humano não se liberta da situação e conseqüentemente a liberdade é um mito da tradição.

Todavia, Manuel Curado observou bem o seguinte: «Curvelo teve o enorme azar histórico de construir o seu texto trinta anos antes do aparecimento das ciências da complexidade, com I. Prigogine, E. Lorenz, M. Feigenbaum e muitos outros. O quadro teórico em que entende a ciência é muito simples e obriga-o a colocar monotonamente a noção de previsão no interior da noção de ciência. Como demonstrou a teoria do caos, a noção de previsão não é parte da noção de ciência porque muitos sistemas naturais são imprevisíveis e de elevada sensibilidade às condições iniciais mas podem ser investigados pela ciência». ³ Porém, este não foi o entendimento de Edmundo Curvelo. E no seguimento da ideia de que a vida mental e comportamentos humanos são totalmente transparentes, o filósofo português afirmou que é possível prever os comportamentos futuros.

Conclusão: o crime é uma anormalidade a tratar

O modo como Edmundo Curvelo concebe o crime, o criminoso, a anormalidade, resulta das duas premissas enunciadas ao longo dos dois tópicos anteriores. O criminoso não age por si, mas por causas externas a si. Por esta razão, o jovem lógico não hesita em asseverar o seguinte:

«... o *castigo* do réu, de aquele que se considera culpado, diz mal tanto a respeito da organização da justiça como do juiz. Pois o castigo fundamenta-se na hipótese de que o réu poderia ter deixado de cometer o crime, é responsável por um ato que dependeu da decisão do seu livre-arbítrio. E é este livre-arbítrio o fundamento com que se procura justificar o castigo, a sanção legal, na nossa organização jurídica.

«Isto, do ponto de vista ético e científico, é um contrassenso. E como defesa social, certamente a *defesa* não há de consistir em *castigar*, pois o castigo nada remedeia, mas em prever e evitar, em colocar o delinquente em condições de não prejudicar a vida social – mas essas condições não hão de constituir *castigo* –, ou em educá-lo e canalizar o seu esforço em prol da coletividade.

«O delinquente não é um criminoso, mas um anormal (no sentido estatístico), um doente que se há de tratar e curar. E a justiça do castigo, a justiça que pressupõe o livre-arbítrio, a justiça dos nossos juízes e dos nossos tribunais, uma monstruosidade que

¹ *Idem*, p. 106.

² *Idem*, p. 82.

³ CURADO, Manuel, *op. cit.*, p. 407.

assenta em mal-entendidos e em superstições».¹

Na ausência de qualquer valorização filosófico-científica dos conceitos de liberdade, responsabilidade, a categoria de criminoso é substituída pela categoria de doente. Por isso o criminoso, no entender de Edmundo Curvelo, não há de ser sancionado, mas antes convém que seja tratado e reeducado. Como sabemos e como a história já demonstrou, esta formalização do mundo, tal como pontos de vista psiquiátricos, eugénicos ou higienistas poderá ser extremamente perigosa. «Afirmar que se compreende tudo da natureza humana pode ser o início da barbárie».²

Bibliografia

- CURADO, Manuel – «Lógica em Portugal no Século XX». In CALAFATE, Pedro – *História do Pensamento Filosófico Português*. Vol. 5, tomo 2. Lisboa: Caminho, 2000.
- CURADO, Manuel, ALVES, José António – *Um Génio Português: Edmundo Curvelo (1913-1954)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013.
- CURVELO, Edmundo – *Fundamentos Lógicos da Psicologia*. Coimbra: Atlântida, 1945.
- CURVELO, Edmundo – *Relações Lógicas, Psicológicas e Sociais da Ética*. Coimbra: Coimbra Editora, 1946.
- CURVELO, Edmundo – *Obras Completas*. Organização e Introdução de Manuel Curado e José António Alves. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013.

Agradecimentos

À Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) pela Bolsa de Doutoramento atribuída com o apoio da FCT do Ministério da Educação e Ciência (MEC), com financiamento pelo POPH-QREN-Tipologia 4.1 – Formação Avançada, participado pelo Fundo Social Europeu e por Fundos Nacionais do MEC, no âmbito da qual o presente trabalho foi escrito.

¹CURVELO, Edmundo – *Relações Lógicas, Psicológicas e Sociais da Ética*, p. 117.

²CURADO, Manuel, *op. cit.*, p. 413.

**INVESTIGAÇÃO E FONTES
HERCULANO SÁ DE FIGUEIREDO (1911-1974):
UM ESCULTOR DENTRO DO HOSPITAL CONDE DE FERREIRA**

Adrián Gramary*, Claudia Lopes**

Centro Hospitalar Conde Ferreira — SCMP (Porto)

* Psiquiatra, diretor clínico, Centro Hospitalar Conde de Ferreira — SCMP (Porto)

** Artista visual, Ateliê de expressão plástica,
Centro Hospitalar Conde de Ferreira — SCMP (Porto)
E-mail: adrian.gramary@gmail.com

Resumo

Durante mais de trinta anos, as esculturas de Herculano Sá de Figueiredo permaneceram anónimas dentro do Centro Hospitalar Conde de Ferreira, no Porto. A descoberta acidental do processo clínico do doente permitiu aos autores do artigo o estabelecimento da ligação entre o homem, a sua obra e o quadro psiquiátrico. As obras conservadas no hospital permaneceram desconhecidas nos meios artísticos e académicos até hoje. A importância do estudo e da recuperação da figura de Herculano Sá de Figueiredo está ligada com o facto de que uma parte importante da sua obra ter sido realizada durante as duas décadas de internamento (décadas de 1950 e 1960), num ateliê localizado dentro do Hospital Conde de Ferreira, sendo os modelos técnicos e doentes da instituição.

Palavras-chave: Esquizofrenia, escultura, arte, internamento, historia da psiquiatria.
Key-words: Schizophrenia, sculpture, art, impatient, history of psychiatry

Discussão

A relação entre a produção artística, a doença mental e o internamento psiquiátrico é complexa e diversa. Há muitos antecedentes históricos de artistas que estiveram internados em hospitais psiquiátricos: escritores (Maupassant, Hemingway, Virginia Woolf, Artaud), pintores (Van Gogh, Kirschner) e escultores (Camille Claudel). Alguns mantiveram a sua atividade criativa durante o internamento, como foi o caso de Kirschner ou Van Gogh. Deste último, por exemplo, conservam-se várias paisagens e retratos de médicos e funcionários dos asilos por onde passou. No extremo contrário, temos o caso de Camille Claude, que destruiu quase a totalidade da sua obra antes do internamento e após a sua entrada no asilo cessa por completo a sua atividade criativa. A importância da obra artística de Herculano Sá de Figueiredo assenta em vários pontos. Em primeiro lugar, pelo facto de a sua obra ter permanecido esquecida durante mais de quarenta anos. Por outro lado, por estarmos perante um escultor com formação académica universitária de Belas Artes, e que desenvolveu, antes do seu primeiro internamento psiquiátrico, atividade docente em várias escolas profissionais. Embora não exista informação suficiente sobre este período, pensamos ser muito provável que Herculano tenha tido um percurso autónomo artístico prévio ao seu primeiro internamento psiquiátrico, em 1946. Desconhecemos se teve ateliê próprio, se chegou a organizar exposições individuais ou se participou em exposições coletivas, mas

sabemos que participou num concurso internacional, e pelas características de algumas das esculturas conservadas, parece plausível afirmar que fez esculturas por encomenda (esculturas de carácter religioso e retratos).

Por outro lado, um facto singular é que, após adoecer e ser internado, Herculano manteve a sua atividade criativa durante cerca de duas décadas, com a particularidade de o seu trabalho ter sido realizado num espaço reservado, localizado no interior da própria enfermaria, o que reflete que lhe era concedido um *status* especial a si e à sua produção. O facto de a sua obra ter sido realizada dentro do hospital, contudo, impôs-lhe algumas limitações no que diz respeito aos materiais (recorreu apenas ao barro e gesso para a produção das suas esculturas, embora na sua obra existam esculturas noutros materiais estes seriam os mais acessíveis neste contexto, mas também aqueles que Herculano mais utilizava), e seus modelos, que foram frequentemente técnicos (médicos, ergoterapeutas, enfermeiros) e outros doentes do hospital. É necessário ressaltar que o trabalho escultórico de Herculano surgiu necessariamente da sua livre iniciativa, pois na década de cinquenta e sessenta a escultura não estava integrada dentro das atividades de terapia ocupacional do Hospital Conde de Ferreira, o que quer dizer que os doentes não eram estimulados nesse sentido. Isto faz-nos pensar que as esculturas de Herculano surgiram da necessidade espontânea do artista e que a sua produção foi possível pelo reconhecimento por parte do corpo técnico do hospital da sua qualidade artística.

O facto de as obras realizadas por Herculano durante o internamento psiquiátrico serem, na sua grande maioria, retratos de doentes e técnicos do hospital, transforma estas obras em autênticos documentos antropológicos da vida interior de um hospital psiquiátrico português durante as últimas décadas do Estado Novo. Desconhecemos se esta escolha dos modelos surgiu da iniciativa do próprio artista ou se foi resposta às solicitações que recebeu durante o internamento.

Após a sua morte, acontecida em 1974, a figura de Herculano foi esquecida. Parte da sua obra, contudo, foi conservada no hospital, embora actualmente o autor das citadas esculturas seja um desconhecido apagado das memórias dos que aí trabalham ou residem. Entre as hipóteses explicativas para este esquecimento será necessário considerar a provável desvalorização da obra pelo facto de se tratar do trabalho de um doente psiquiátrico, ou a sua consideração como actividade terapêutica ou ocupacional, carente de qualquer interesse artístico próprio. Aos familiares (nomeadamente os sobrinhos) devemos a conservação de uma parte importante da produção prévia ao internamento.

Biografia

Herculano Sá de Figueiredo nasceu em 27 de novembro de 1911 na freguesia de Avintes, concelho de Vila Nova de Gaia, no seio de uma família de comerciantes. Os pais eram Custódio Soares de Figueiredo e Antónia Pereira de Sá e Cunha. O pai, proprietário de uma mercearia localizada no rés-do-chão da casa matriz, terá estado durante um período de tempo a viver e a trabalhar no Brasil. A alcunha do pai (que transmitiu à família), em clara referência à sua profissão, era o «vassoureiro».

Herculano era o terceiro elemento de uma fratria de cinco irmãos. Dois deles emigraram para o Brasil, onde um irmão terá frequentado o curso de Medicina. Outro irmão estudou Economia no Porto. No processo clínico refere-se que um irmão sofria da Doença de von Recklinghausen.

A freguesia portuguesa de Avintes tem uma importante tradição artesanal e escultórica, nomeadamente na arte da talha da madeira. De facto, nesta freguesia nasceram e desenvolveram a sua atividade muitos escultores e entalhadores de renome, como Adolfo Marques, Henrique Moreira e Fernandes de Sá. É provável que Herculano tenha sido influenciado na sua escolha profissional por esta tradição local, já que não contava com antecedentes de escultores ou entalhadores na família. No concelho de Vila Nova de Gaia (a onde pertence a freguesia de Avintes), também nasceram dois vultos históricos da escultura portuguesa: António Soares dos Reis e António Teixeira Lopes.

No ano letivo 1929-30, Herculano conclui o 4º ano do curso de aprendizagem na Escola Industrial de Faria Guimarães (Arte Aplicada). A seguir, estuda Escultura na Escola de Belas Artes do Porto de 1930 a 1937, onde teve um percurso académico médio. O diretor da Escola era, na altura em que Herculano realizou os seus estudos, José Marques da Silva (diretor desde 1913 até 1939), arquiteto de vários edifícios emblemáticos da cidade do Porto, como a Casa de Serralves, o Teatro São João e a Estação de São Bento. Herculano foi aluno de António Teixeira Lopes (autor da escultura *A infância de Caim*, atualmente no Museu Soares dos Reis), que ministrava a cadeira de Escultura na escola nessa época.

No acervo do Museu da Faculdade de Belas da Universidade do Porto, conservam-se duas obras escolares de Herculano, que realizou durante os seus anos universitários: um *Busto* de 1935 [Cat. 2]; e a obra que apresentou para a prova final do Curso Superior de Escultura: uma estátua em gesso com o tema *Andrómeda* [Cat. 3], com altura de 80 cm, com a qual obteve a classificação final de 17 valores.

É necessário ressaltar que, durante o percurso académico, apresentou períodos de atestado médico, motivados por sintomas psicossomáticos (cefaleias, «embaraço gástrico»). Durante a época de estudante, o escultor viu-se obrigado a trabalhar como marçano para pagar os estudos. Terá tentado ainda concorrer em 1938 a uma Bolsa de Estudos Artísticos fora do país, que contava com o patrocínio do Instituto para a Alta Cultura (Secção de Escultura), mas por motivo de doença não compareceu às provas do concurso.

Apresentou-se (provavelmente após acabar o curso) a um prémio artístico em Paris com a escultura *Prometeu acorrentado* [Cat. 60], que representa a tamanho natural o momento em que o herói da mitologia grega aparece acorrentado e o abutre se dispõe a devorar as suas entranhas (obra em paradeiro desconhecido).

Casa-se em 1939 com Maria Preciosa Lopes Moreira Figueiredo, uma professora da Escola Carolina Michaelis do Porto formada em línguas, mas desentendimentos contínuos determinaram que o casal se divorciasse pouco tempo depois (em 1945 já estariam divorciados). O casal não teve filhos.

No ano letivo de 1936-37, no último ano do curso de Escultura, Herculano começa a ensinar escultura em diferentes escolas profissionais, atividade que manteve até a altura do primeiro internamento, acontecido em 1946. Deu aulas, durante os anos letivos

1936-37 e 1937-38, como professor provisório da Escola Industrial e Comercial Nun'Alvares de Viana do Castelo. Deu ainda aulas no Porto: na Escola Industrial Faria Guimarães (atual Escola Soares dos Reis), na Escola Industrial Infante Dom Henrique e no Colégio Brotero, onde ministrou as disciplinas de Modelação e Desenho. Contudo, o percurso profissional terá sido irregular, com alguns períodos de atestado médico. Após a alta do primeiro internamento, que ocorreu em 1946, o escultor retoma as funções de docente em 1948, mas estas eram exercidas irregularmente e com dificuldades devido aos problemas de saúde, que lhe impossibilitaram dar aulas durante um ano e meio.

No Hospital Conde de Ferreira

Tal como já foi referido na introdução, durante os internamentos, Herculano terá mantido a sua atividade artística dentro do Hospital Conde de Ferreira. Pela informação existente no processo clínico sabemos que Herculano Figueiredo dispunha de um ateliê próprio dentro do hospital. Desconhecemos a ubiquação exata do ateliê (segundo o processo clínico estaria dentro do espaço da enfermaria onde estava internado – 4ª enfermaria). O facto de o escultor dispor de um ateliê pessoal dentro do hospital revela que lhe era reconhecido um *status* especial a ele e ao trabalho que desenvolvia.

No processo clínico é referido que o utente fazia bustos e baixos-relevos, muitos deles retratos de utentes, médicos do hospital, enfermeiros e outros técnicos. Na verdade, um grupo importante das esculturas conservadas no Centro Hospitalar Conde de Ferreira são bustos e baixos-relevos de estilo realista, que apresentam traços individualizados, o que nos permite concluir que se trata de retratos de pessoas reais, provavelmente técnicos ou utentes do hospital, contemporâneos do escultor. Em alguns casos, tanto a inscrição do nome dos retratados na parte posterior das esculturas, como o reconhecimento de algumas figuras por parte de pessoas que trabalharam no hospital no período do Herculano, permitiu-nos a identificação das mesmas (*Pintor Ramos* (1962) [Cat. 30], *Santos* (1964) [Cat. 31], *Busto de doente* (1964) [Cat. 32], *Martins (chff?)* (sem data) [Cat. 33], *Doutor Azevedo Fernandes* (sem data) [Cat. 47], *Doutor Borges Guedes* (1958) [Cat. 48], *Responsável da ergoterapia (Rosa Sá)* (1958) [Cat. 49], *Psiquiatra (Doutor Salvini?)* (sem data) [Cat. 54], *Doente surdo-mudo da 3ª enfermaria (Mendonça)* (sem data) [Cat. 55]. Neste grupo podemos ainda incluir retratos de personagens históricas relacionadas com a temática delirante do escultor: *Winston Churchill* (1965) [Cat. 50], *Winston Churchill 2: nove dias de luto* (1965) [Cat. 51], *Freud* (sem data) [Cat. 52].

Destacamos também um segundo grupo constituído por bustos ou cabeças que revelam uma maior distorção expressiva, que afigura refletir uma preocupação específica com a velhice e passagem do tempo (personagens com bocas desdentadas, olhos encovados), (*Busto 4*) [Cat. 37], (*Busto 6*) [Cat. 39], (*Busto 7*) [Cat. 40], (*Busto 8*) [Cat. 41], (*Busto 9*) [Cat. 42], entre as quais destaca o baixo-relevo *O mesmo homem – O grande sábio* [Cat. 59], que parece abordar de forma explícita esta preocupação pela velhice e que reproduz dois grupos de idosos frente a frente, com traços semelhantes.

Após a descoberta do processo clínico do escultor, o contacto com os familiares vivos do mesmo (os sobrinhos Adriano Figueiredo e Daniela Sá Figueiredo Rodrigues) foi fulcral para o entendimento da obra de Herculano anterior ao internamento, pois eles

conservavam um importante acervo particular de obras do escultor. Foi possível ainda descobrir uma escultura de Herculano na Casa Museu Teixeira Lopes de Vila Nova de Gaia: *Dona Elisa Augusta Lopes, familiar de Teixeira Lopes* (1939-40) [Cat. 1].

Não se conservam desenhos ou pinturas no espólio do hospital, no entanto, o sobrinho preserva desenhos feitos a carvão e aguarelas [Cat. 26] [Cat. 27] [Cat. 28] [Cat. 29], que provavelmente foram realizados antes do internamento. Por outro lado, no processo clínico faz-se referência aos desenhos que o escultor fazia regularmente e que conservava numa pasta de pele que o acompanhava sempre nos seus passeios fora do hospital.

Lembramos que toda a obra que permanece nos dias de hoje no hospital é em gesso, embora no espólio dos sobrinhos existam obras em madeira: *A padeira de Avintes (sem data)* [Cat. 7] e em bronze: *Baixo-relevo – retrato de pessoa não identificada* [Cat. 12] e *O busto do pai do artista* [Cat. 16].

1- Primeiro internamento (Maio a Dezembro de 1946)

Em 31 de Maio de 1946, aos 34 anos de idade, Herculano é internado por primeira vez no Hospital Conde de Ferreira, por indicação de um médico que o observa no exterior, que refere que se encontra «afetado de alienação mental e que o seu tratamento exige o internato num manicómio». O médico descreve a presença de «ideias delirantes e persecutórias (aplicam-lhe gás com um fole debaixo da porta, querem matá-lo), períodos de agitação e excitação com incoerência e atitudes de mutismo». Acrescenta ainda o consumo excessivo de bebidas alcoólicas nos últimos tempos e a presença de antecedentes «psicopáticos» na família.

O quadro clínico caracterizava-se, portanto, por períodos de agitação alternados com períodos de mutismo, discurso incoerente, estereotípias e ideias delirantes autorreferenciais e de perseguição. O psiquiatra que faz a primeira observação na enfermaria refere que algumas semanas antes os familiares notavam que ele andava «um pouco abstraído e deprimido, agitado e agressivo, com preocupações estranhas —que os padres dominavam a situação, que estavam a par da política. [O doente] tinha um apontamento sobre a posição das mãos indicativa das ideias políticas de cada um; tinha a preocupação de que reparavam nele na rua, de que o perseguiam, de que lhe queriam mal – os polícias. Apresentava estereotípias: de mãos postas fazia movimentos dirigindo-as para cima e para baixo, dizendo ao mesmo tempo – sim não, não sim [apontando a cabeça] [...] Confessava os seus receios e preocupações de que a polícia viesse prendê-lo por causa das suas ideias e dos jornais que lia.»

Durante este internamento, no dia 15 de Setembro, faz uma tentativa de suicídio, que fica registada no processo clínico: «Há dias deprimido, pouco comunicativo, reservado, negativista para se alimentar sendo necessário recorrer a sonda. Hoje, cerca das 15 horas, no jardim, da maneira mais imprevista, lançou as mãos a um ramo de um cedro e com grande agilidade guindou-se a uma ramada, a cerca de oito ou dez metros de altura. Permaneceu algum tempo a cortar pequenos ramos, parecendo não ter notado que se dispuseram colchões em volta da árvore, mais tarde pediu para que retirassem os colchões. Chamado o serviço de bombeiros municipais (com escadas de lanços e o lençol), na altura em que apareceram no parque, o doente atirou-se ao solo, dizendo:

“Rapazes, é a sorte que me espera, Herculano Figueiredo, acaba com a tua existência...”, amortecida a queda pelos ramos inferiores e pelos colchões, não houve choque traumático, nem, aparentemente, lesões graves; recuperou, segundos depois, a fala, lamentando o seu destino e pedindo um injeção para o matar».

Já durante o primeiro internamento, Herculano começa a esculpir, havendo referência à execução de «um baixo-relevo com o busto de um enfermeiro, de execução perfeita». Os médicos notam que está mais animado, no entanto, procurando conversar com ele, continua a falar baixo, respondendo quase monossilabicamente e um pouco alheado e com certo torpor mental. Tem alta em 23 de dezembro de 1946, com estado melhorado.

2- Segundo internamento (1955-1973)

O segundo internamento de Herculano acontece nove anos depois do primeiro, em 1955. Não temos qualquer informação referente ao intervalo de nove anos que decorreu entre os dois internamentos (1946-1955).

Durante o segundo internamento o escultor permaneceu a maior parte do tempo na 4ª enfermaria, uma enfermaria de doentes «crónicos», onde foi seguido quer pelo Dr. Salvini e pelo Dr. Leal. No processo clínico, é descrito durante este internamento como uma pessoa pouco aberta e pouco comunicativa, sem espontaneidade, desinteressada, que apresenta solilóquios frequentes, e que mantém um diálogo frio e distante com os técnicos: «Conta uma história em que mistura factos reais com temas delirantes, dando ao discurso uma forma desagregada e até por vezes incompreensível. Principia por dizer não saber há quanto tempo está internado. O motivo, uma vez que não se considera nem nunca se considerou doente, seria a política. O tom de voz é monótono e triste. O tema principal é o seu curso de Escultura, os seus estudos e as dificuldades que passou para se formar». Explica aos médicos: «Consegui formar-me à custa de enormes sacrifícios. Cheguei a pedir esmola e passar dias sem comer. Fui sempre dos melhores alunos e por fim lá me formei com dezassete valores aos 23 anos. Eu merecia os dezoito ou dezanove mas já nesse tempo o infortúnio me seguia». O discurso revela a presença de ideias delirantes de perseguição, megalomaniacas e de influência: «Os políticos perseguem-me. Claro que se não fossem as influências dos espíritos por transmissão de pensamento —Churchill, Hitler, o dono das Rússias— através da cidade do Vaticano, eu não teria sido sobrinho de Soares dos Reis e de Cândido de Figueiredo. Pio XII vinha falar comigo. O romance *A vida dum rapaz pobre*, que o Ferreira de Castro escreveu, baseia-se na minha vida». Afirma que «a civilização portuguesa deve-lhe milhares de contos, que a vergonhosa civilização portuguesa assassinou o seu pai Soares dos Reis assim como várias pessoas da sua família». Apresenta ainda fenómenos de difusão do pensamento, como quando afirma que «é pai do Salazar, que recebia a vida do meu cérebro e através da televisão e da rádio. Tenho transmissão com os espíritos superiores». Repete com certa frequência a frase: «Sou pai de vossos filhos [...] e comecei a ser pai dos meus pais aos quinze anos».

Durante o internamento, e até bem entrada a década de 1960, Herculano ocupa-se no seu ateliê fazendo desenhos e pequenas esculturas em argila e gesso, materiais de baixo custo, que consegue arranjar através do hospital. Na década de sessenta, segundo os médicos, nas esculturas «há ainda conservação do esquema básico corporal ainda que se

note já nos pormenores a entrada franca no fantástico». Um exemplo seria a escultura *Monstro* [Cat. 44]. Na segunda metade da década de 1960, começa a ser mais evidente o defeito esquizofrénico, com relaxamento progressivo da conduta e da apresentação. Deixa de se ocupar na escultura, deambulando permanentemente pelas ruas com uma pasta velha carregada de papéis variados. O discurso é quase sempre incoerente. Os médicos falam em «entrada franca na esquizoafasia. Apenas se conseguem perceber duas ou três palavras em cada frase». Nos desenhos, tal como nas esculturas, deixam de aparecer os esquemas corporais e as formas concretas: «Há transformação progressiva destas em imagens fantásticas (símbolos fálicos por ex.), que aparecem por vezes ainda imbricadas em formas reais».

Fez durante este segundo internamento diversos tratamentos: comas insulínicos (30 comas), eletrochoques e neurolépticos.

Em 14/1/73, muito debilitado e doente, foi-lhe dada a alta a pedido do sobrinho Adriano Figueiredo. Vive os dois últimos anos de vida acamado na casa matriz, onde nasceu, agora propriedade do sobrinho. Falece em 28/12/1974 aos 62 anos de idade.

Conclusões

Algumas das obras conservadas de Figueiredo não estão assinadas nem datadas, o que exige um trabalho de autenticação e datação cronológica.

Existem muitas lacunas biográficas, nomeadamente sobre o período prévio ao primeiro internamento e sobre o período entre os dois internamentos (1946-1955).

A obra de Figueiredo conservada pelos familiares corresponde, muito provavelmente, ao período prévio ao segundo internamento (antes de 1955).

Em relação às obras conservadas no hospital, é plausível concluir que foi realizada durante o segundo internamento, pois a partir de meados da década de 1960 deixa de produzir esculturas.

Do período prévio ao internamento conservam-se obras realizadas em materiais diversos (gesso, bronze, madeira) e incluem retratos de familiares e conhecidos, cenas religiosas, personagens da cultura popular e mitológicas.

As obras realizadas no hospital foram feitas em gesso e incluem bustos (técnicos e utentes, e outras não identificadas) e baixos-relevos (médicos, utentes, personagens históricas, e obras de temática mitológico-religiosa).

Fontes

—Processo clínico de Herculano Sá de Figueiredo, Arquivo clínico do CHCF-SCMP.

—Documentos académicos e de identificação de Herculano Sá de Figueiredo na posse do Sr. Adriano Figueiredo.

—Acervo e consulta de documentos da Faculdade de Belas Artes do Porto.

—Acervo da Casa Museu Teixeira Lopes (Vila Nova de Gaia).

—Acervo do Centro Hospitalar Conde de Ferreira – SCMP (Porto).

—Consulta de documentos da Escola Secundária Soares dos Reis (Porto).

Bibliografia

Jamison, K. R. - Touched with fire. Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament. Nueva York, 1993.

Morel, J. P. - Camille Claudel. Une mise au tombeau. Paris: Les Impressions Nouvelles, 2009.

Naifeh, S.; White Smith, G. Van Gogh. - La vida. Madrid: Taurus, 2012.

França, J. A. - A Arte em Portugal no século XIX vol. II. Lisboa: Bertrand, 1990.

França, J. A. - O modernismo na arte Portuguesa. Lisboa: ICALP, 1991.

Matos, L. A. - A figura humana na escultura portuguesa do século XX. Porto: FBAUP, 1998.

Matos, L. A. - Escultura em Portugal no século XX (1910-1969). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.

Agradecimentos

Os autores agradecem a amabilidade do Sr. Adriano Figueiredo e da Sra. Daniela Sá Figueiredo Rodrigues, sem cuja colaboração esta investigação não teria sido possível.

DOUTOR ELÍSIO DE MOURA: O HOMEM E O MÉDICO

Carolina Gregório Mendes Álvaro

Historiadora

E-mail: Carol.gregorio.ma@gmail.com

Resumo

Natural de Braga, Elísio de Azevedo e Moura nasceu no dia 30 de agosto de 1877. E faleceu em Coimbra aos 99 anos, no dia 18 de junho de 1977.

Aos 15 anos matricula-se na Universidade de Coimbra. Em agosto de 1895 inscreve-se em Medicina, tendo obtido o grau de doutor em 1902.

É a partir, deste ano que começa a sua carreira como docente universitário, sendo o pioneiro do ensino da Neurologia na Faculdade de Medicina de Coimbra. Mais tarde, por morte do Doutor António de Pádua, no ano de 1914, acumula o ensino da Psiquiatria. Regeu várias especialidades além destas.

Desta forma, efetuou várias missões de estudo ao estrangeiro e participou em várias conferências. Contudo não deixou uma vasta obra publicada, destacando-se o artigo sobre a *Anorexia Mental*.

Em suma, Elísio de Moura foi uma das figuras notáveis, da Faculdade de Medicina, da primeira metade do século XX

Palavras-chave: Elísio de Moura, Coimbra, Faculdade de Medicina, Neurologia, Psiquiatria

Abstract

Elísio de Moura was born on August 30, 1877, Braga, and died at 99 years, in the city of Coimbra.

In 1895 he enrolled in the medical school at the University of Coimbra, and obtained his PhD in 1902, began his career as a university teacher.

Thus became the pioneer of education of Neurology at Coimbra, in academic year 1907-1908, teaching a free course. Later accumulated teaching of psychiatry, these were two of the many disciplines that ruled.

With regard to his academic activity, made several study tour abroad, was a member of international scientific societies, however, did not leave a vast work published.

He devoted himself to the Asilo da Infância Desvalida, located in the Colégio de Santo António da Pedreira, and it can be considered the work of his life.

In conclusion, Dr. Elísio de Moura was one of the most outstanding figures in medicine in Portugal.

Introdução

Elísio de Moura (30/08/1877- 18/06/1977) foi uma das figuras mais notáveis da Universidade de Coimbra, na primeira metade do século XX. Assim, pretende-se com este artigo conhecer melhor este distinto médico, compreendendo a sua atividade científica, nomeadamente a sua importância no meio universitário nacional, bem como

internacional. Traçar o seu percurso e perfil enquanto professor e clínico, através da análise de fontes de arquivo, monografias e da imprensa local e científica- é outro objetivo do presente artigo.

Pretende-se de igual forma analisar a posição desta personalidade, sobre o exercício da medicina, e os problemas desta, evidentes no seu artigo do primeiro Boletim da Ordem dos Médicos.

Procura-se também, saber como o Doutor se encarregou do Asilo da Infância Desvalida. Em suma, este artigo pretende dar mais alguns contributos para personalidade e ideias deste professor da Faculdade de Medicina.

Breve biografia

Natural da cidade de Braga, Elísio de Azevedo e Moura nasceu no dia 30 de agosto de 1877, faleceu a 18 de junho de 1977. Era filho de José Alves de Moura (bacharel em Teologia e prof. no liceu de Braga) e de D^a. Emília da Costa Pereira de Azevedo e Moura. Tinha nove irmãos (três rapazes e seis raparigas).

Foi casado com D^a. Celestina de Araújo Salgado Zenha de Azevedo e Moura, nascida a 29 de abril de 1882 no Rio de Janeiro. Filha de Francisco Salgado Zenha e de Rita de Araújo Salgado Zenha, faleceu a 1 de novembro de 1945 em Coimbra. Não deixaram descendência.

Percurso académico e carreira docente

Aos 8 anos de idade, Elísio de Moura terminou o ensino primário elementar com distinção. Seis anos mais tarde concluiu o curso do Liceu de Braga. Aos 15 anos, veio para Coimbra e matriculou-se nos cursos de Filosofia¹ e de Matemática². Em agosto de 1895, inscreveu-se na Faculdade de Medicina e aos 22 anos obteve o grau de bacharel³, com a classificação de Muito Bom.

Em 1901 obteve a sua licenciatura. O tema da dissertação centrou-se na *Simiologia dos Reflexos*, sendo aprovada por *nemine discrepante*, ou seja, por unanimidade. Contudo o ano de 1902 viria a ser um dos mais marcantes no percurso do jovem estudante de medicina, pois nos dias 5 e 6 de fevereiro fez o acto de Conclusões Magnas, cujo tema da dissertação inaugural foi *A toxidez da urina*. O grau de Doutor foi-lhe conferido no dia 27 de abril, pelo Reitor Doutor Manuel Pereira Dias, decano Dr. Manuel da Costa Alemão e oradores Drs. João Serra e Silva e António de Pádua. Por fim nos dias 10, 17, 24 e 27 de Novembro, prestou provas para o concurso público de professor. No 1º dia, apresentou a dissertação sobre *A Toxidez da urina - II volume*; no 2º dia, uma Lição livre sobre: *A linguagem articulada e a linguagem escrita. Afásias*. No 3º dia, uma lição sorteada intitulada: *Origem da força muscular*. No último dia, realizou provas práticas tendo sido aprovado com a classificação de Muito Bom.

¹ Matriculou-se a 15/10/1892 e obteve o grau de Bacharel a 10/07/1895

² Matriculou-se a 15/10/1892.

³No dia 13 de junho de 1899.

Foi ainda neste ano que integrou o corpo docente da Faculdade de Medicina, juntamente com os colegas que também viriam a ser grandes personalidades da Medicina¹ nacional. A 6 de dezembro, tomou posse como substituto da cadeira de Patologia Interna² (1902-1905), “(...) devido ao impedimento do catedrático respectivo, Doutor José de Matos Sobral Cid(...)”³. Em 1911, tornou-se Director da 1ª Clínica Médica. Entre os anos de 1905-1907, foi substituto de Propedêutica Médica sendo Lente desta disciplina de 1907 a 1911.

No decorrer do ano de 1907, Elísio de Moura conseguiu obter uma enfermaria para os seus doentes. O Administrador Costa Alemão entregou-lhe um salão devoluto, onde o Doutor reuniu doentes de várias enfermarias. Até conseguir a sua enfermaria, percorreu a dos seus colegas, e “(...) com grato acatamento destes, muitos diagnósticos foram melhorados pelo perspicaz e agudo senso clínico do novo professor”⁴.

Este ano trouxe ainda novidades no que respeita à oferta formativa da Faculdade de Medicina. Neste sentido, o Professor regeu um curso livre gratuito de Neurologia, inaugurando assim o ensino desta disciplina em Coimbra. Neste curso, abordou vários temas como a meningite, o espasmo facial primitivo, a epilepsia, a enxaqueca, manifestação pitiáticas consideradas Histeria, tumor cerebral, entre outros⁵. Elísio de Moura continuou com o curso livre, que na sequência da reforma republicana do ensino de 1911, se transformou na cadeira de Clínica Neurológica da qual foi Professor Catedrático de 1911 a 1912. Foi ainda professor catedrático de Neurologia entre 1912 e 1943.

Nos seus primórdios, as aulas do curso em questão eram dadas ou nas enfermarias de doenças nervosas ou nas salas de aula do Hospital. O curso destinava-se aos alunos do 3º, 4º e 5º anos bem como a médicos formados. Eram observados quer os doentes internados, quer os das consultas externas.

No início de maio de 1926, nos “Dias Médicos”⁶ em Coimbra de entre as atividades realizadas, Elísio de Moura apresentou na Clínica de Neurologia alguns dos seus doentes. “ (...) Entre eles um velho de 79 anos, que após 12 anos de cama, aquele grande professor curou em poucos momentos. As suas lições foram magistrais.”⁷. Na plateia encontrava-se o Doutor Egas Moniz. Mais tarde, no Hotel de Coimbra ao serem interrogados dois médicos, estes além de elogiarem os outros clínicos que apresentaram os seus trabalhos, tiveram uma frase para descrever o trabalho do Professor - “Vale a pena vir todos os dias a Coimbra, só para ouvir uma prelecção do Dr. Elísio.”⁸.

Um facto interessante que permite ter a percepção do que o professor fazia na enfermaria de Neurologia, é descrito na *Coimbra Médica* de 1939. Deste modo, numa reunião médica realizada a 20 de janeiro nos Hospitais da Universidade, o Dr. Alberto

¹ Egas Moniz, Sobral Cid e Ângelo da Fonseca.

² A partir da reforma do ensino de 1911, passa a denominar-se por, 1ª clínica médica.

³ RIBEIRO, Fernando de Almeida - “Elísio de Moura”. *Coimbra Médica*. 1947, 14º ano, pág. 413.

⁴ RIBEIRO, Fernando de Almeida, *art. cit.*, pág. 398.

⁵ RIBEIRO, Fernando de Almeida, *art. cit.*, pp. 399 - 400.

⁶ Reunião científica, que juntou 200 médicos do país.

⁷ *Gazeta de Coimbra*, Ano XV, nº 1889, 4 de maio de 1926, pág.1.

⁸ *Gazeta de Coimbra*, Ano XV, nº 1889, 4 de maio de 1926, pág.1.

Mesquita¹ fez uma apresentação sobre “O cardiazol na terapêutica dos estudos esquizofrênicos”. Nesta, o médico descreveu as suas experiências e analisou os resultados que obteve na clínica neurológica. O ensaio deste método terapêutico foi feito sob a orientação e direcção do Dr. Elísio de Moura e Correia de Oliveira², que dissertaram sobre a comunicação. Como o Prof. Álvaro Novais e Sousa afirmou, Elísio de Moura ergueu o serviço de Neurologia a partir do nada, “(...) desenvolveu e deixou-o em robusta fortificação.”³.

No que diz respeito ao ensino da Psiquiatria, Elísio de Moura acumulou a regência do ensino desta disciplina aquando da morte do Dr. António de Pádua⁴, por decisão da Faculdade de Medicina.

Assim, entre 1914 e 1943 Elísio de Moura foi professor catedrático de Clínica Psiquiátrica e de Psiquiatria de 1943 a 1947.

Para Novais e Sousa, o Professor foi o criador efectivo do ensino da Psiquiatria, pois António de Pádua não se dedicava à observação seguida e ao tratamento dos doentes. Por falta de meios, “(...) procurava-os e encontrava-os dispersos por várias enfermarias hospitalares, de onde iam levados para serem presentes nas aulas.”⁵.

Enquanto Professor de Psiquiatria, Elísio de Moura participou no VIII Curso de Férias da Faculdade de Medicina (aberto no dia 6 de julho de 1945), com a lição teórica a “Anorexia Mental”. No discurso de encerramento do Curso, Álvaro Novais e Sousa referiu-se à lição do Professor, prestando uma homenagem ao seu saber e fulgurante espírito e agradecendo o seu contributo. Pediu ainda, que o trabalho não ficasse limitado ao Curso afirmando que a partir dali esse, não pertencia só ao Doutor mas tinha de ser lido e estudado por todos os presentes e médicos do país. No decorrer do ano de 1946, o Professor proferiu uma conferência subordinada ao mesmo tema no Hospital de S. Marcos em Braga.

O desejo de Novais e Sousa referido anteriormente acabou por se realizar, pois no ano de 1947 foi publicado o livro “Anorexia Mental”, sobre a ordem da Universidade. Esta foi uma das poucas obras publicadas por Elísio de Moura. Adriano Supardo Vaz Serra, aponta algumas razões para este facto como a modéstia natural do professor e o facto de “(...) só conseguir ler pela manhã, antes de tomar qualquer alimento, pois de outra forma, sentia uma dor de cabeça persistente que o incomodava diversas horas.”⁶.

Nesta obra, na advertência inicial o autor avisa que o trabalho não fora escrito para ser publicado. O Professor define a anorexia mental, através da comparação desta com

¹ Nasceu a 24/08/1911, em Angra do Heroísmo, foi assistente contratado de Neurologia (1936-1943). Faleceu a 28/03/ 1967 em Coimbra.

² José Augusto Correia de Oliveira natural de S. Pedro do Sul nasceu a 24/12/1895. Foi 2º assistente provisório de Neurologia de 1928-1930, professor auxiliar de Neurologia (1930-1944) e professor catedrático de Neurologia (1945- 1948) e Psiquiatria (1948-1967).

³ A.U.C. - Processo do Professor Elísio de Azevedo e Moura.

⁴ A. Pádua nasceu no dia 26/09/1869 era natural de Labruja (Ponte de Lima), e faleceu em Coimbra, 11/02/1914.

⁵ RIBEIRO, Fernando de Almeida, *art. cit.*, pág. 405.

⁶ *Elísio de Moura: Vida e Obra: Testemunhos*. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Professor Doutor Elísio de Moura, 1978. Elísio de Moura. Anotações sobre a sua vida e obra: pág. 6.

outras patologias, como a sitiofobia e apresenta o tratamento da doença - realidade que permite ter a noção de como procederia perante um caso de anorexia mental. Segundo este, o anoréxico deveria ser afastado do meio familiar, e o “(...) clínico, meigo e enérgico, afável e intransigente - mão de ferro, luva de veludo - demonstrar-lhe-á que não será cúmplice na ruína da sua saúde e na perda da sua vida.”¹ Apresenta ainda alguns casos com que se deparou ao longo da sua carreira.

No último capítulo, o Professor expõe algumas ideias interessantes onde afirma que a adolescente se caracteriza pelo gosto do Belo, e que as jovens preocupam-se em parecer bem, “(...) por maiores que sejam a formosura e a graça naturais. É a idade da cópia servil dos modelos em voga, por mais extravagantes que sejam, da sujeição incriteriosa aos caprichos da moda.”² Sob o impulso mais ou menos fútil, a “(...) anoréxica desfeia-se (...) afronta serenamente as privações(...)”³ as quais poderão conduzir à morte, se o psicoterapeuta não intervier. Deixa ainda um conselho aos principiantes, afirmando que nunca se deveria fazer o diagnóstico de anorexia mental à frente do doente, da família ou terceiros, pois a palavra mental neste era “*chocante*”⁴. Esta obra era ainda ilustrada com fotografias de doentes.

Manicómio Sena

Elísio de Moura recebia doentes vindos de todo o país, das Colónias Ultramarinas, Brasil e Espanha. Contribuíam ainda para esta afluência de doentes os antigos alunos, ou médicos que em casos menos vulgares e de diagnóstico e tratamento difíceis enviavam os seus doentes para o Doutor.

Com a acumulação do ensino da Psiquiatria e com a falta de um estabelecimento psiquiátrico, os doentes dos outros locais ficavam em pensões, nos quartos particulares do Hospital, “ E também nas menos precárias condições possíveis, eram nas enfermarias de neurologia, destes hospitais internados os alienados pobres (...)”⁵, que o professor observava gratuitamente, sem terem de atestar a sua pobreza. Além disso, faltava também pessoal especializado.

Contudo desde 1911, que estava prevista a construção de um estabelecimento, e desde desse ano o Doutor trabalhava para que a Faculdade tivesse uma clínica psiquiátrica. Porém a compra do terreno, construção e conclusão do Manicómio Sena, prolongaram-se ao longo de vários anos. Entretanto a 14 de agosto de 1923, Elísio de Moura foi nomeado membro da Comissão Administrativa da Construção do Manicómio Sena.

Em 1933, o Ministro das Obras Públicas Duarte Pacheco nomeou Bissaya Barreto para presidente da Comissão Administrativa. Este não quis aceitar de imediato, mas pressionado pelo ministro acabou por aceitar, com a condição de que o Prof. Elísio de Moura também integrasse a referida Comissão.

¹ MOURA, Elísio de - *Anorexia Mental*. Coimbra: por ordem da Universidade de Coimbra, 1947. Tratamento da anorexia mental: pp.113-114.

² MOURA, Elísio de, *ob. cit.*, pág. 140.

³ MOURA, Elísio de, *ob. cit.*, pág. 140.

⁴ MOURA, Elísio de, *ob. cit.*, pág. 140.

⁵ RIBEIRO, Fernando de Almeida, *art. cit.*, pág. 406.

Luís Costa afirma que este desentendimento “(...) materializa a disputa (...)”¹ entre diferentes visões sobre a assistência psiquiátrica, sendo que Elísio de Moura tinha um ponto de vista mais clássico e Bissaya outro mais moderno, inspirando-se em Pinel, que defendia o trabalho como terapia.

Apesar deste diferendo, a 17 de abril de 1944 foi inaugurado o quinto pavilhão de Celas, com o internamento de 24 doentes da Clínica Psiquiátrica.

Ordem dos Médicos

Em Novembro de 1898, um pequeno grupo de médicos de Lisboa fundou uma associação de classe dos médicos de Portugal, com o propósito de defender os seus associados de todo o país.

Assim, a Associação dos Médicos Portugueses deu lugar à Ordem dos Médicos por Decreto-lei nº 29 171 de 24 de novembro de 1938. Nos primeiros estatutos, ficou explícito que era vedado o exercício médico a quem não estivesse inscrito.

Deste modo, logo no início de 1939 decorreram eleições para “(...) Bastonário, ou Presidente (...)”², acabando o Doutor Elísio de Moura por ser eleito com 21 votos. Como refere o *Diário de Coimbra* “(...) embora esta eleição fosse esperada em Coimbra, foi recebida com grande júbilo por parte dos inúmeros amigos do Prof. Elísio de Moura.”³

No primeiro Boletim da Ordem, o Professor referiu-se à sua eleição afirmando que “(...) ninguém podia ter ambicionado menos que eu tão excepcional honraria(...)”, visto ser avesso “(...) a ocupar postos de exibição ou destaque.”⁴ Numa segunda parte do texto, o Doutor enunciou os objectivos do Conselho Geral. Entre eles destacavam-se os seguintes: auxiliar os clínicos que viviam em situação de carência económica; combater burlões e charlatães que ele denominava de “caterva de intrusos”⁵, afirmando que era “(...) terrível ver a ignorância em acção”⁶; alertar para a má distribuição dos médicos no país, para a mortalidade infantil que era superior a outros países europeus como a Roménia ou a Suíça bem como para a falta de assistência médica. Alertava ainda para a necessidade de preparar os jovens médicos para os atos nobres, mas também para as deceções da profissão. Estas e outras ideias interessantes foram expostas no artigo inaugural do Boletim.

O Conselho Geral pretendia dirigir “(...) com igual desvelo a sua atenção para os doentes pobres sem médico e para o médico pobre sem doente (...)”⁷.

Sucedeu-lhe António José Pereira Flores¹, cujo mandato foi de 1940 a 1943.

¹COSTA, Luís Manuel Neves - “MANICÓMIO SENA ou... A *Questão* COIMBRÃ DA PSIQUIATRIA”. In PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João Rui – II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: PEREIRA, Ana Leonor e PITA, João Rui (EDS.), 2011.pág. 129.

² *Diário de Coimbra*, Ano IX, nº 2844, 13 de fevereiro de 1939, pág.1.

³ *Diário de Coimbra*, Ano IX, nº 2844, 13 de fevereiro de 1939, pág.1.

⁴ MOURA, Elísio de, - “ O Primeiro Conselho Geral da Ordem dos Médicos”. Boletim da Ordem dos Médicos, Fascículo I, 1939, pág. 10.

⁵ MOURA, Elísio de, *art. cit.*, pág. 15.

⁶ MOURA, Elísio de, *art. cit.*, pág. 15.

⁷ MOURA, Elísio de, *art. cit.*, pág. 20.

Em 1977, numa reunião inter-regional foi proposto e aprovado que o Doutor tinha sido o primeiro Bastonário da Ordem, e que este fosse reconhecido como Presidente Honorário desta

Asilo da Infância Desvalida

Em 1835, foi criada a Sociedade de Beneficência Protectora da Infância Desvalida pela Reitoria da Universidade. Um ano depois, a Sociedade criou o Asilo que iria ocupar o Colégio de Santo António da Pedreira, em 1850, e que fora doado definitivamente pela Rainha D. Maria II, em carta de lei de 15 de junho de 1850. A presidência da instituição esteve a cargo de professores universitários.

Elísio de Moura foi Vice-presidente da Direção do Asilo ente 1916 e 1922. Em 1922, por morte do Dr. Costa Alemão assumiu a responsabilidade por inteiro da Casa, e fez desta a obra da sua vida. Juntamente com a sua esposa, “(...) resolveu sacrificar a fortuna do Casal (a esposa era rica). (...)”² Por sua determinação, a instituição passou a receber apenas meninas. Após obras de remodelação, passou a ter capacidade para acolher 230 raparigas.

Em 1938, vieram para a instituição Religiosas da Congregação do Amor de Deus. Por despacho ministerial de 11 de setembro de 1967, o Asilo passou a denominar-se Casa da Infância Doutor Elísio de Moura.

No ano letivo de 1931-1932, Aristides Augusto da Silva Domingues sugeriu prestar apoio material à casa. No “dia do Quintanista”, propôs aos alunos de todas as faculdades que em pequenos grupos andassem pela cidade a vender pastas em miniatura, com as cores das Faculdades, revertendo o produto da venda para o Asilo. Esta sugestão foi bem recebida por todos os colegas, e a venda de dia 25 de maio de 1932 foi um sucesso. Em 1937, reunido o curso de 1931-1932 em Coimbra o Doutor ofereceu-lhe um almoço no Asilo.

Ainda hoje esta tradição permanece e a casa continua a receber meninas.

Outros trabalhos e cargos

“(...) Não sou inteiramente desconhecido fora de Portugal, por haver tomado parte em Congressos internacionais e, mercê da generosidade de doutíssimos confrades estrangeiros, sou membro de agremiações científicas de alguns países (...)”³, afirmava o Doutor. Ao longo da sua carreira efetuou várias missões de estudo no estrangeiro. Em 1929, visitou os serviços de assistência psiquiátrica nos países da Europa Ocidental e Central.

Participou em vários Congressos, nomeadamente no XV Congresso Internacional de Medicina em Lisboa (1906); no Congresso dos Médicos Alienistas Neurologistas em Antuérpia (1928); no XXXIV e no XXXV Congressos dos Médicos Alienistas

¹ Professor de psiquiatria na FMUL.

² Casa da Infância Doutor Elysio de Moura - *Casa da Infância Doutor Elysio de Moura : obra de bem-fazer tipicamente universitária e coimbrã: vivência de todos*. Coimbra: Casa da Infância Doutor Elysio de Moura, 1981, pág.2.

³ MOURA, Elísio de, *art. cit.*, pág.11.

Neurologistas em Barcelona (1929) e Limoges (1932) respetivamente; no Congresso Neuropsiquiátrico de Lyon (1934); no Congresso de Neurologia na Suíça em 1936; e ainda no Congresso dos Médicos Alienistas e Neurologistas de França e dos países da língua francesa em Montpellier (1939).

No que respeita a sociedades científicas estrangeiras, foi eleito membro da “Société Médico-Psychiatrique” de Paris¹ (em 1935), da Association des Médecins Aliénistes et Neurologiste de France et des Pays de Langue Française, e também de sociedades Portuguesas e Alemãs.

Esteve presente em vários julgamentos, na qualidade de testemunha em processos de acção de investigação de paternidade ilegítima, Polícia Correccional e processo de carta precatória, na Comarca de Coimbra. Foi secretário da Faculdade de Medicina (1903-1910), Diretor do gabinete de Radioscopia e Radiografia (1910), do Laboratório de Radioscopia, Radiografia e Electroterapia (1911), do serviço de Clínica Infantil (desde 15/11/1926) e ainda diretor de Clínica dos HUC (15/01/1947). Por fim, foi médico alienista da Companhia dos Caminhos de Ferro Portugueses e do Conselho Médico-legal de Coimbra desde 13/02/1919 sendo seu Presidente desde 02/02/1935.

Conclusões

A elaboração deste artigo constituiu um desafio, pois pouco sabia sobre a vida e obra do Doutor Elísio de Moura.

Assim, pode-se considerar o Doutor o pioneiro do ensino da neurologia, tendo sido um autodidata nesta área. Mas também um clínico geral e psicoterapeuta, como os seus contemporâneos afirmavam, e como se pode constatar nas suas obras. Uma polivalência que lhe deu reconhecimento no estrangeiro e em Portugal. Visto como um professor afável e acolhedor, tratando os seus alunos por “menino”, tinha um discurso fluente que cativava os seus alunos e a plateia das conferências em que participava.

O Doutor era um homem com sentido humano e carinhoso, que dedicou às suas “meninas” o Asilo da Infância Desvalida.

Concluindo, foi uma das personalidades marcantes da sociedade de Coimbra, cidade em que “gostosamente” vivia.

Fontes e bibliografia

Arquivo da Universidade de Coimbra (A.U.C):

Processo do Professor Elísio de Azevedo e Moura.

Coimbra Médica: revista de medicina e cirurgia, Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1935-1947.

¹ O parecer relativo à candidatura do Professor foi feito pelo Prof. H Claude, e pelos Drs. René Carpentier e Paul Courbon.

MOURA, Elísio de - *Anorexia Mental*. Coimbra: por ordem da Universidade de Coimbra, 1947.

Movimento Médico: revista quinzenal de medicina e cirurgia, Coimbra: Imprensa Académica, 1905-1912.

NOBRE, Carminé - *Prof. Elysio de Moura: reportagem da sua última lição*. Coimbra: 1948.

ERNESTO GALEÃO ROMA (1887-1978): DISCÍPULO DE MIGUEL BOMBARDA E JÚLIO DE MATOS APRESENTOU, EM 1913, UMA DISSERTAÇÃO FINAL DO CURSO MÉDICO, ATRAVÉS DE UM ESTUDO DA MICROCEFALIA EM QUATRO PACIENTES

Porfírio Pereira da Silva

Biblioteca Pública Municipal de Viana do Castelo

Profissão: Animador Cultural

E-mail: porfirosilva@sapo.pt

Resumo

Ernesto Roma, discípulo de Miguel Bombarda e Júlio de Matos, fez os preparatórios para medicina na Escola Politécnica da Universidade de Lisboa e, de 1905 a 1913, na Escola Médico-Cirúrgica da capital, completou o curso de médico, apresentando a dissertação final, em Junho de 1913, onde abordou a problemática da microcefalia. Enquanto médico, ficaram as acções e as palavras: «no campo da higiene, os médicos e os Estados têm-se ocupado mais do ataque da doença e dos meios como ela se protege do que propriamente do indivíduo obrigado a resistir-lhe», asseverando o valor dos ensinamentos profilácticos, firmando-se na convicção de que «a higiene social é a defesa da saúde e o levantamento físico do povo pela aplicação dos meios que operam sobre as condições em que ele viva». Esta convicção advinha-lhe, por certo, da “paixão” inicial pelo estudo da mente, numa busca incessante do embrionário causativo das patologias psíquico-degenerativas.

Palavras-chave: Filosofia, psiquiatria, higiene social e eugenismo

Abstract

Ernesto Roma, disciple of Miguel Bombarda and Julio de Matos, made the preparatory steps to medicine at the Polytechnic School of the University of Lisbon, and, from 1905 to 1913, in the Medical-Surgical School of the capital, completed the medical degree, presenting his the final dissertation in June 1913, a work that addressed the issue of microcephaly. While physician, one has his actions and words: “in the field of hygiene, medical doctors and states have dedicated themselves more to the attack to the disease and to the discovery of the means to protect humans against diseases than to the individual that is trying to cope with the disease”, asserting the value of prophylactic teachings, steadying himself on the conviction that “social hygiene is the protection of health and the physical raising of the people by the application of the means that do operate on the conditions in which he lives”. This belief stemmed from, of course, his initial “passion” for the study of the mind, a relentless pursuit of the causative embryo of psychic and degenerative pathologies.

Keywords: philosophy, psychiatry, social hygiene and eugenics

Introdução

Torna-se bem claro que a psiquiatria do século XIX e da primeira metade do século XX é fortemente marcada pela teoria da degenerescência, teorização essa proposta por Benedict-Augustin Morel (1809-1873), assente na concepção de que certos indivíduos são mais fracos do que outros, no plano físico, mental e moral ao mesmo tempo. A teoria da degenerescência de Morel dominou a psiquiatria francesa durante quase um século depois da sua publicação, em 1857, visto que munuiu a psiquiatria com uma convincente explicação biológica sobre quantas condições mentais anormais nos estão inerentes.

Discussão / Desenvolvimento do tema

Combinando conceitos de características adquiridas fixadas no fluido dos germes, drogas, toxicidade e transmissão hereditária, Morel descreveu uma progressiva geração degenerativa que começava com a neurose na primeira geração, alienação mental na segunda e imbecilidade na terceira, terminando em esterilidade na quarta e última geração. O que se verificou não foi uma patologia específica mas uma susceptibilidade no sistema nervoso para distúrbios originários de uma “overdose” de substâncias tóxicas tais como o álcool. Assim, para muitos médicos da época, a fraqueza constitucional do indivíduo era transmitida por hereditariedade e agravada por causas exteriores, entre as quais as infecções como a tuberculose e as intoxicações como o alcoolismo.

As chamadas “doenças sociais” – nas quais se incluem a sífilis, o alcoolismo, a tuberculose, etc. – eram por assim dizer doenças degenerativas e, conseqüentemente, assunto de “degenerados”, considerados na época um perigo para a raça ou a nação. Segundo José Morgado Pereira, por exemplo, *a teoria da degenerescência, cuja formulação primeira surge em 1857 por B.-A. Morel, é definida como transformação patológica atingindo o homem perfeito tal como foi criado, (...) ou dum tipo primitivo de que a história natural da humanidade se afasta progressivamente. São desvios negativos deste tipo primitivo que progridem de geração em geração, até à extinção da espécie. Colocando no mesmo plano causas físicas e morais e apontando para o sistema nervoso como o sistema alvo por excelência, Morel descreve causas físicas e morais, individuais e gerais e enfatizando a noção de «predisposição» pelo peso que tinha a influência hereditária e o facto de diversos estados degenerativos poderem interferir reciprocamente na transmissão hereditária. As loucuras hereditárias tornam-se assim um grupo de enorme dimensão*¹. Assim, estaremos em dizer que a psiquiatria, cultivada, sem autonomia científica ou clínica, desde a Antiguidade, só a partir do séc. XIX é que, viria a alcançar “progressos com lata aplicação prática e maior projecção social”. Contudo, há todo um percurso de luta com vista à libertação das explicações sobrenaturais – infelizmente ainda com focos nas ditas sociedades evoluídas – e à rejeição da origem natural para a explicação da loucura.

A história da psiquiatria em Portugal é um património valioso. O olhar psiquiátrico em Portugal teve dois pioneiros: Miguel Bombarda e Júlio de Matos. Ambos se debruçaram sobre o problema da microcefalia. E outros se lhes seguiram, de que é exemplo Ernesto

¹ Cit. PEREIRA, José Morgado – *A evolução das ideias psiquiátricas em Miguel Bombarda*, p. 71.

Galeão Roma¹, cuja Dissertação Final do Curso Médico (1913) – faz em Junho, cem anos –, abordou magistralmente esta patologia, trazendo algo de inédito ao estudo da microcefalia, dado que, para além de acompanhar os doentes, documentou a sua dissertação com fotos, esboços e gráficos cranianos dos mesmos microcéfalos. As fotografias que foram feitas pelo Doutor Ernesto Roma ultrapassam a dimensão clínica. As mesmas descrevem uma realidade social miserável.

Apesar da microcefalia se expressar na semiologia daqueles que têm a cabeça muito pequena ou a massa encefálica diminuta, numa conotação à curta inteligência e à idiotice, quase como algo irremediavelmente olvidado da ciência ou do estudo da mente, quer Miguel Bombarda através da psiquiatria, ou mesmo Ernesto Roma, apesar da sua posterior dedicação ao estudo da diabetes, procuraram na anatomia patológica; na descrição e sintomas – evolução, frequência e distribuição; na etiologia; e no diagnóstico, chegar ao tratamento da microcefalia. No campo da etiologia da microcefalia, por exemplo, têm sido apontadas várias causas acidentais, operadas durante a gravidez, e das quais destacamos a acidental tóxica do alcoolismo, acção mais provável durante o período embrionário. Victor Fontes, em introdução à dissertação de Ernesto Roma chega mesmo a afirmar que «a intoxicação materna é mais compreensiva durante a gravidez; compreende-se melhor pela maior afinidade do álcool para o sistema nervoso». Júlio de Matos escreveria, também, um dia que «é preciso não esquecer que a doença fere todas as idades; há mesmo um alcoolismo fetal dos recém-nascidos, determinado pela intoxicação das mães». Daí não estranharmos que na anatomia patológica da microcefalia, nos estudos efectuados por Miguel Bombarda e Ernesto Roma, tivessem sido apreciadas as condições psico-funcionais dos microcéfalos, sempre inferiores à média do normal, sendo que esses mesmos estudos acabam por classificar a microcefalia como idiotia e apresentam sempre um carácter regressivo das suas funções psíquicas².

A deformidade mais notável nos microcéfalos reside, precisamente, na pequenez da cabeça. A face tem caracteres perfeitamente humanos e o crânio, devido ao pequeno desenvolvimento do cérebro, apresenta-se reduzido em todas as dimensões. E isto traduz-se pela diminuição dos diâmetros e das curvas cefálicas. O frontal descaído para traz torna a testa fugidia e a face, aparentemente, muito prógnata – ou seja, de maxilas alongadas ou proeminentes –, dando à cabeça a forma de pinha.

A título de curiosidade lembraríamos o caso dos dois irmãos microcéfalos de Viana do Castelo, que Ernesto Roma estudou apuradamente, cujos comportamentos dissolutos se espelhavam nas revistas ilustradas, preferencialmente com mulheres, conseguidas pelo “Toninho Lalau”, por um lado, e a atitude brincalhona da “Laidinha” que pretendia

¹ Ernesto Galeão Roma, filho de Bento Manuel Gonçalves Roma e de Josefa Emília Vieira Galeão, ambos naturais e residentes em Viana do Castelo, e neto materno de Policarpo António Esteves Galeão, médico militar em Viana do Castelo, nasceu na rua de S. Sebastião – hoje Manuel Espregueira –, Viana do Castelo, no dia 1 de Junho de 1887 e faleceu, em Lisboa, a 9 de Julho de 1978. Ernesto Roma frequentou e concluiu o ensino secundário no Real Colégio Militar. Fez os preparatórios para medicina na Escola Politécnica da Universidade de Lisboa e, de 1905 a 1913, na Escola Médico-Cirúrgica da capital, completou o curso de médico.

²Cf. *In* Introdução de Victor Fontes à dissertação de Ernesto Roma, p. 10.

confundir-se com as mulheres normais desatando a dizer disparates, como por exemplo: “estou grávida e vou-me casar”. Esta “dissimulação” advinha-lhes, por certo, do desejo sexual. Neles, sem que Ernesto Roma o tenha descrito, a masturbação teria sido possível. Nós mesmos o havíamos visionado (“Toninho Lalau”) – aquando da obrigatoriedade académica fazíamos as nossas viagens diárias com partida da Estação de Darque – junto ao muro da Caridade, confinante à Estação de Viana do Castelo, de cabeça encostada ao gradeamento, com gestos de gratidão sempre que lhe ofereciam uma moeda ou um cigarro – através de sorrisos, braços no ar, acenos de mão, atirar beijos – ou, por vezes, em rasgadas contumélias e gestos mais ou menos obscenos, sempre que fosse “provocado” pela possível proximidade de uma colega mais atrevida.

No que concerne ao sistema nervoso, o estudo elaborado por Ernesto Roma revela-nos a detecção de perturbações motoras, sensitivas e tróficas: *Se em muitos casos a sintomatologia nervosa é escassa noutros apresenta alterações bastante notáveis. É impossível actualmente separar os sintomas próprios a cada grupo, mas não nos parece arrojado afirmar que é no dos pseudomicrocéfalos que se devem encontrar maiores perturbações do sistema nervoso, o que de resto está bem de acordo com as lesões anátomo-patológicas que descrevemos.* Em dezoito casos estudados por este ilustre (e inicialmente) médico-psiquiatra, o mesmo levar-nos-á a concluir que não foram encontradas paralisias nem paresias¹. Os sintomas motores mais frequentes são as contracturas e as convulsões. Segundo ele, a contractura pode ser generalizada ou localizada e de uma forma paraplégica. Num dos casos por ele estudado (“Toninho Lalau”), a contractura é ligeira e acentua-se nos membros inferiores, dando ao doente uma marcha espástica, resultante precisamente da contracção anormal, involuntária e súbita dos músculos, que também é frequente em outros casos, de que é exemplo o caso observado por ele no Hospital de Rilhãfoles, também estudado por Miguel Bombarda. Quase todos estes doentes apresentam numerosos tiques, principalmente na face.

No que concerne aos aparelhos auditivos e oculares, Ernesto Roma revela-nos que não há alterações apreciáveis, enquanto que no olfacto e no paladar nota-se quase sempre um certo embotamento que em alguns destes doentes chega a atingir um grau bastante elevado. Nas observações feitas por este ilustre médico vianense, conclui que: *igualmente lhes agrada o perfume dum flor e o cheiro do sulfureto de carbono, e com a mesma satisfação saboreiam o açúcar e o sulfato de quinina.*

A forma de se exprimirem através da fala não existe. Normalmente emitem sons inarticulados, guinchos agudos e animalescos. A existiram algumas palavras, estarão reduzidas a quatro ou cinco vocábulos, mesmo assim mal pronunciados e de que são exemplos: *pão, mãe, quero, sim, não*. Porém, nesta asserção, Ernesto Roma chama-nos à atenção para o facto de que em alguns casos, *o desenvolvimento da linguagem causa admiração porque contrasta com a deficiência de todas as faculdades, mentais e mesmo com o grau de microcefalia bastante acentuado, mas como é sabido, a linguagem não*

¹Paralisia incompleta, isto é, paralisia do nervo ou músculo que não perdeu inteiramente a sensibilidade ou o movimento.

mede o valor da inteligência e a microcefalia e a idiotia nem sempre se associam nos mesmos graus. A expressão mímica não existe nos microcéfalos.

Outra das noções adquiridas nas observações feitas a microcéfalos – quer por Miguel Bombarda quer por Ernesto Roma – a afectividade e os sentimentos morais não se chegam a manifestar: *Uns vivem alegres e satisfeitos, a tudo se amoldam, são dóceis e suportáveis, outros facilmente irritáveis, coléricos e maus, são o desassossego das famílias e das povoações.* Um dos doentes, na altura internado em Rilhafoles, havia sido preso pelo crime de ofensas corporais. Segundo descrição de Ernesto Roma, este mesmo doente, na freguesia onde habitava, tinha-se revelado como o terror das crianças e das mulheres, infligindo-lhes maus tratos, sendo que da última vez que o fizera completou a sua façanha vibrando numerosas facadas na vítima.

Outro facto interessante a reter reside na fraca tendência que estes doentes tinham para o trabalho, levando a que muitos deles fossem utilizados por familiares na exploração da caridade pública e em espectáculos circenses. Um facto curioso é que, em 1910, os dois irmãos microcéfalos de Viana foram para Lisboa acompanhados pela mãe e por uma irmã, onde ambos seriam contratados por um empresário de “animatógrafo”. Mas, face à linguagem obscena da Adelaide, que obrigou mesmo a polícia a intervir, levou a que o dito empresário viesse a rescindir o contrato. Por exemplo, se algum espectador a fixava demoradamente ou lhe chamava macaca, era certo que ouvia meia dúzia de bons palavrões. Para reforçar a ideia desta prática corrente na época – em utilizar-se pacientes desta natureza e não só, em animações circenses –, são exemplo os anões e os ditos gigantes, sendo que os mesmos eram, muitas vezes, cartaz nas grandes festas e romarias. O antagonismo era o furor dos espectadores: *Convosco, o homem mais baixo e o mais alto do mundo!* Segundo Ernesto Roma, alguns, completamente insociáveis, levavam uma vida “verdadeiramente animal”, vagueando pelos campos e recolhendo a casa só quando a fome os apertava. Havia, ainda, aqueles que, face ao profundo grau de idiotismo, se não houvesse o cuidado de os alimentar, por certo que morreriam de fome. Os portadores de microcefalia, quando crianças, apesar de mamarem com a mesma facilidade das crianças normais, o seu crescimento faz-se de uma forma mais vagarosa. O comportamento no caminhar expressa-se na forma de se deslocarem correndo, numa atitude tão inclinada que parece perderem o equilíbrio. Só com o avançar da idade é que acabam por caminhar mais vagarosamente. O mesmo acontece, em alguns casos, com o desenvolvimento intelectual que ao serem tão ligeiras as variações, pode mesmo dizer-se que estacionaram.

Com rigor científico e a minúcia inerente às escrupulosas investigações feitas por Ernesto Roma, os antecedentes alcoólicos e sífilíticos – sendo que neste último apenas foi detectado um único caso (o avô materno dos dois microcéfalos de Viana do Castelo) – foram tidos em conta, pelo facto de que a intoxicação materna é mais compreensiva durante a gravidez; compreende-se melhor pela maior afinidade do álcool para o sistema nervoso. Referimos, também, a tese de Júlio de Matos que se firmara na convicção de que «é preciso não esquecer que a doença fere todas as idades; há mesmo um *alcoholismo fetal dos recém-nascidos* determinado pela intoxicação das mães».

Em face do “privilégio” de termos consultado uma interessante dissertação inaugural do curso médico de Jaime Ramos Moreira publicada, em 1914, pela Faculdade de

Medicina de Lisboa – Instituto de Medicina Legal –, viríamos a constatar o quanto importante era para a época o problema dos estigmas psíquicos e somáticos de degenerescência, a ponto de nos anos trinta do séc. XX ainda se falar – aquilo que, presentemente, se pode formular como um monstruoso disparate – da «Eugenia Construtiva», como uma fórmula quase “doutrinal” de seleccionar os homens que deveriam procriar: *A todos se consentirá o casamento (legal ou não): mas só aos bem constituídos se permitirá a prole. Como fazer? Protegendo os fortes: exigindo atestados médicos obrigatórios pré-nupciais, fazendo intensa propaganda das suas doutrinas*¹. Almerindo Lessa (1908-1995) defendia uma eugenia curadora.

Um dos problemas que se colocaria à prática eugénica era, precisamente, o de saber até que ponto seria – eticamente correcto – os estados interferirem de modo a impedirem ou incentivarem a reprodução de cidadãos, por quaisquer critérios. A questão da hereditariedade, inquestionavelmente com um papel importante na comunidade científica, não pode, porém, determinar o factor de inteligência de cada indivíduo. Na viragem do séc. XIX, alguns foram os cientistas que formularam os progressos da citologia (estudo da célula em geral), da embriologia (tratado da formação e desenvolvimento do embrião) e da teratologia (descrição e classificação das monstruosidades, em patologia e em botânica), como vigorosos contributos para o estudo da hereditariedade.

Ainda a propósito da dissertação de Jaime Ramos Moreira, outro dos condiscípulos de Ernesto Roma, tal era a dissimulação política que apontava, à luz da ciência, para uma nobreza gafa de vícios e desmandos; um clero não menos vicioso e incorrigível que respondia a tudo com a excomunhão; e um povo apagado, imbecilizado pelo sofrimento e pela rusticidade dos tempos. D. Pedro I, por exemplo, figura central desta dissertação, era apresentado como poço sem fim de degenerescência, louco-lúcido e feroz desabrochou como uma flor sanguinária: *passou como a assolação, a guerra, a peste, o raio. Morigerou talvez, mas morigerou pelo terror. É que nunca sobre o trono estivera um rei tão degenerado, tão sanguinariamente degenerado*. E a genealogia serviria para reformular o próprio conceito de degenerescência: *Para se fazer ideia da herança mórbida que pesa sobre os ombros de D. Pedro é indispensável o estudo da árvore genealógica desta personagem tão discutida e cujos actos tanta crítica tem merecido. Por esse estudo se verá como vem «já de longe em sucessivas pelejas patológicas, o morbo ruim, crescendo-se e multiplicando-se de geração em geração e pesando de sobra em todas as células nas reprodutoras como nas outras», que produz D. Pedro, gago e cruel, insurgindo contra o poder paterno, sádico e homossexual, pródigo e amoroso*². Segundo o mesmo médico, D. Pedro não entrava na patologia mental apenas pela herança, pelo prognatismo, pelo sadismo. A homossexualidade transparecera quase tão violenta como a heterossexualidade. E pergunta: *Em que capítulo da patologia mental devemos classificar esta psicologia tão acentuadamente mórbida? Apenas num pode entrar sem sombra de dificuldade nem impugnação. No capítulo dos degenerados*.

¹ Cit. LESSA, Almerindo – *Exortações eugénicas*, p. 10.

² Cit. MOREIRA, Jaime Ramos – *D. Pedro I «O Crú»: Esboço de estudo nosographico*, p. 14-15.

O caso dos irmãos Adelaide (*Laidinha*) e António (*Lalau*), apenas estudado por Ernesto Galeão Roma, viria a revelar-se algo de inédito no estudo da microcefalia, dado que foi possível a este ilustre médico, para além de os acompanhar desde tenra idade, ter sido possível – como anteriormente referimos – documentar a sua dissertação com fotos, esboços e gráficos cranianos dos mesmos microcéfalos. E isto acontece, a partir do momento que o estudo antropológico dos microcéfalos foi desviado para o plano secundário, precisamente quando deixaram de ser consideradas como formas atávicas¹ e regressivas do homem. É neste espaço-temporal da ciência que Ernesto Roma – na sua assumida humildade – gravita: *Tentamos não nos deixar influenciar pelas velhas ideias e nas observações damos a maior importância à parte clínica e principalmente aos sistemas nervosos e mentais. Se neste ponto elas foram ainda consideradas incompletas, só lastimamos que a deficiência dos nossos conhecimentos não nos tivesse permitido fazer o que tanto desejávamos.*

Através das medidas antropométricas, Ernesto Roma complementaria assim as suas observações, fixando as dimensões das várias partes do corpo, permitindo avaliar a influência que sobre elas exerceria a doença. Para que o estudo tivesse um resultado aceitável em termos científicos, houve necessidade de comparar as medidas observadas nos microcéfalos com as dos indivíduos (ditos) normais médios da mesma “raça”, sexo e idade, mesmo quando este ilustre médico tinha consciência das dificuldades, pelo facto de na literatura da época não haver trabalhos antropométricos necessários. Os dois irmãos microcéfalos de Viana do Castelo vinham a ser observados desde 1909.

Face à escassez de trabalhos antropométricos, Ernesto Roma não deixa de salientar as utilíssimas indicações do Dr. Costa Ferreira², na altura professor livre de Antropologia da Faculdade de Ciências de Lisboa, que pôs à sua disposição a sua rica biblioteca da especialidade.

Uma coisa é certa, havia nesta gente uma preocupação – como um dia aventaria o Professor Manuel Curado – de debate sobre o problema da consciência, consciência essa que, desde o século XIX, deixou de ser um assunto que atrai exclusivamente a atenção dos filósofos. Tomando em consideração a interdisciplinaridade destes homens das ciências médicas, embrionariamente assente inicialmente na psiquiatria – de que são exemplo os Doutores Miguel Bombarda, Júlio de Matos e o próprio Ernesto Roma –,

¹ *Atavismo* – propriedade que têm os animais e os vegetais, de transmitir caracteres seus aos descendentes, com intervalo de uma ou mais gerações.

² António Aurélio da Costa Ferreira [N. Funchal, 1879 – m. Lourenço Marques, 1922], médico, antropólogo e pedagogo português. Licenciou-se em Filosofia (1899) e em Medicina (1905) na Universidade de Coimbra e estagiou em Paris, especializando-se em Pediatria. Por sua influência foi criada na Escola Normal Primária a cadeira de Pedagogia, de que foi professor. Director da Casa Pia de Lisboa, aí desenvolveu acção notável também como educador. Num edifício desta casa criou (1914) o Instituto Médico-Pedagógico, obra pioneira no atendimento e ensino de crianças com dificuldades de aprendizagem escolar, que teve continuidade no actual Instituto de António Aurélio da Costa Ferreira, criado em 1941 por influência do médico e professor catedrático Víctor Fontes [N. Lisboa, 1893 – m. ib., 1979], autor das palavras prévias (prefácio) à Dissertação Final do Curso Médico do Dr. Ernesto Roma, a que nos aludimos nesta comunicação.

não admira que o principal debate das suas preocupações se espelhasse no estudo da mente.

Conclusões

De Ernesto Galeão Roma, enquanto médico, ficaram as acções e as palavras: *no campo da higiene, os médicos e os Estados têm-se ocupado mais do ataque da doença e dos meios como ela se protege do que propriamente do indivíduo obrigado a resistir-lhe*, asseverando o valor dos ensinamentos profilácticos, firmando-se na convicção de que *a higiene social é a defesa da saúde e o levantamento físico do povo pela aplicação dos meios que operam sobre as condições em que ele viva*. Esta convicção advinha-lhe, por certo, da “paixão” inicial pelo estudo da mente, numa busca incessante do embrionário causativo das patologias psíquico-degenerativas.

Fontes e bibliografia

LESSA, Almerindo – Exortações eugénicas: notas para um programa de política genética. Porto: Imprensa Moderna, 1933.

MOREIRA, Jayme Ramos – D. Pedro I «O Crú»: Esboço de estudo nosographico. Dissertação Inaugural. Lisboa: Typ. do Anuario Commercial, 1914.

PEREIRA, Ana Leonor – Darwin em Portugal (1865-1914). Coimbra: Almedina, 2001.

PEREIRA, José Morgado – “A evolução das ideias psiquiátricas em Miguel Bombarda”. In PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui (coord.) – Miguel Bombarda (1851-1910) e singularidades de uma época. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2007, p. 69-76.

ROMA, Ernesto Galeão – Dissertação Final do Curso Médico (1913). Int. Prof. Victor Fontes. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1976.

Agradecimentos

Aos Professores Doutores Ana Leonor Pereira e João Rui Pita, pela oportunidade dada à nossa participação; e, ao Professor Doutor Manuel Curado, pelo incentivo e orientação.

HISTORIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DESTINADOS A LOS ENFERMOS PSIQUIATRICOS DE LA CIUDAD DE VIGO: DESDE EL HOSPITAL REBULLON HASTA NUESTROS DIAS

Miguel Angel Miguélez Silva¹; María Piñeiro Fraga²; Analía Rial Maciel³; María José Louzao Martínez⁴; Tiburcio Angosto Saura⁵

CHUVI (Complejo Hospitalario de Vigo)

¹Médico Psiquiatra; ²Enfermera Especialista en Salud Mental; ³Enfermera Especialista en Salud Mental; ⁴Médico Psiquiatra; ⁵Médico Psiquiatra, jefe de servicio de la Unidad de Agudos del Hospital Nicolás Peña

E-mail:miguelang333@hotmail.com;marpifra@hotmail.com; ariamac04@gmail.com;jolouzao@hotmail.com;tibur1995@hotmail.com

Resumen

Los cuidados de enfermería, a lo largo del tiempo, fueron objeto de numerosos cambios. Empezaron a ser proporcionados por voluntarias religiosas, siendo en el siglo XIX cuando se empezaron a modernizar.

Fue en Inglaterra cuando se inició el primer marco conceptual sobre los cuidados destinados a enfermos psiquiátricos, surgiendo la primera escuela (Linda Richards, 1841-1930). La encargada de pasar a la práctica la teoría de la enfermería psiquiátrica fue H. Peplou (1909-1999).

Proponemos un viaje a lo largo del desarrollo de los cuidados de enfermería destinados al enfermo mental; usando los registros del hospital Rebullón, antigua institución psiquiátrica de Vigo, frente a los modernos protocolos usados actualmente en Vigo.

-Los registros del Rebullón eran más descriptivos, más ricos psicopatológicamente frente a unas notas más estandar que se aplican en nuestros tiempos, centrándose más en los planes de cuidados.

-Los equipos de enfermería del Rebullón eran más autónomos para el cuidado integral del paciente, participando activamente en la toma de decisiones frente a un modelo actual más conservador

Palabras-clave: plan de cuidados, historia de enfermería, enfermería especialista en salud mental

1.Introducción

En este trabajo haremos un recorrido a través de la evolución de la enfermería que presta sus cuidados a nuestros pacientes en las instituciones psiquiátricas.

El inicio de nuestro viaje empieza con las voluntarias religiosas hasta las modernas enfermeras especialistas en salud mental que tenemos en nuestras unidades.

Más concretamente, y ciñéndonos a nuestro entorno, compararemos la forma de actuar de las primeras auxiliares psiquiátricas del primer Hospital Psiquiátrico de Vigo, Hospital Rebullón, hasta los modernos planes de cuidados de los equipos de enfermería actuales; que realizan su trabajo en los diversos dispositivos asistenciales que poseemos

en nuestra ciudad.

2. Historia de la Enfermería en España

En siglos pasados los cuidados de Enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general mujeres, de distintas órdenes religiosas; en España, entre las congregaciones femeninas, cabe destacar la Orden de las Hermanas de la Caridad, Las Hijas de Santa Ana, Las Carmelitas Descalzas y las Siervas de María.

El inicio de la Enfermería moderna se sitúa en el siglo XIX; así la primera escuela de enfermería en España aparece en 1896 en Madrid, fundada por el Dr. Rubio y Gali : la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría. (1)

La primera referencia legal de los estudios de enfermería la encontramos en 1904 en la Ley de Instrucción Pública en la que se hace referencia a los títulos de “practicante” y “matrona”.

Posteriormente fueron surgiendo diferentes escuelas como:

Cuerpo de Auxiliares Femeninos de la Cruz Roja Española (1915)

Escuela de Enfermeras de Santa Madrona (1917)

Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunitat de Catalunya (1919)

Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla (1929)

Cuerpo de Enfermeros Especializados en la Lucha Antituberculosa (1931)

Cuerpo de practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria (1935) (2)

Durante la Guerra Civil española; se interrumpieron todas las enseñanzas oficiales y se crearon los cuerpos enfermeros militares con enfermeras y damas voluntarias.

Posteriormente, en 1941 surge el Programa Oficial para los estudios que deben seguir las enfermeras en las Facultades de Medicina.

La Ley de Bases de Sanidad Nacional se decreta en 1944 y obliga a que en cada provincia se cree un Colegio de Auxiliares Sanitarios. Un año más tarde fueron aprobados los Estatutos del Consejo Nacional de Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios; exigiéndose para poder ejercer la enfermería el estar colegiado. Así mismo se establecían las competencias profesionales de tres grupos sanitarios diferenciados entre sí: practicante, matrona y enfermera; todos ellos dependientes de la actividad médica.

En 1952 con la titulación de Ayudante Técnico Sanitario, los estudios adquieren un mayor nivel ya que se exige el título de Bachillerato. Las enseñanzas se dividen en dos partes: teórica y práctica y con una duración de tres cursos académicos.

En 1957 se crearon especialidades para la profesión de ATS. Siendo la primera especialidad que se legisla la de Diploma de Asistencia Obstétrica (Matrona).

En 1977 se aprobó la integración en la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería, recuperándose el término Enfermería y elevando el nivel de preparación necesario para acceder a estos estudios (3) .El nuevo plan de estudios concede a la enfermera un papel definido dentro del equipo de salud, existiendo una perspectiva científica tanto en los contenidos teóricos como en los prácticos.

En 1992 se reforma nuevamente el plan de estudios incluyendo materias optativas y créditos de libre elección.

Mediante Real Decreto se reordenan las enseñanzas universitarias en 2007, para adaptarlas al Espacio Europeo de Educación Superior, creando un recorrido docente común para casi todos los estudios que se articula en tres niveles: grado, master y doctorado. (4)

3.Cuidados de Enfermería de Salud Mental a lo largo del tiempo:

Los primeros marcos conceptuales sobre los cuidados en Salud Mental aparecen en Inglaterra, donde destaca la figura de Linda Richards (1841-1930) que promovió la mejor atención de los pacientes psiquiátricos y dirigió la primera escuela de enfermería en el campo de la salud mental y de Alice Fisher (1839-1888) que aplica el marco naturalista desarrollado por F. Nightingale. En EEUU destaca Dorotea Dix (1802-1887) que aportó ideas como la importancia que tenían las condiciones de vida en el proceso de curación de los enfermos mentales.

A partir de estas primeras autoras, los cuidados de salud mental se fueron perfilando según las diferentes teorías psiquiátricas, con lo que aparecieron diferentes perspectivas de los cuidados. En este proceso destacaron figuras en el campo de los cuidados de la salud mental que realizaron aportaciones importantes como:

Travelbee (1926-1937): A través de nociones básicas como la definición de enfermería, salud, ser humano, enfermera, comunicación, sufrimiento, dolor, esperanza, etc, nos propone dos funciones esenciales del profesional de enfermería: ayudar a los individuos, familias y comunidades a prevenir o adaptarse al estrés de la enfermedad y el sufrimiento, y ayudar a los individuos, familias y comunidades a encontrar significado a la enfermedad y sufrimiento (si esto fuera necesario). (5)

M. Rogers (1914-1994): aporta una visión antropológica al modelo de cuidados en salud mental, destacando la importancia de organizar los cuidados desde un enfoque holista y homeodinámico (6)

Virginia Henderson (1897-1996): su modelo es un instrumento clave en la asistencia . sobre todo en el ámbito hospitalario centrado en las actividades que las enfermeras realizan para suplir, supervisar o ayudar al paciente a cubrir las necesidades que no puede, no sabe o no quiere realizar por sí mismo de forma autónoma.

H. Peplau (1909-1999): fue en parte la responsable de la práctica de la enfermería psiquiátrica basada en la teoría. La autora creía que la enfermera es a la vez terapeuta, asesora, agente de socialización, gestora, técnica, madre sustituta y maestra. Su teoría interpersonal incorpora los conceptos de comunicación y se centra en la relación entre enfermera y paciente en la que se desarrollan habilidades de resolución de problemas. Este proceso interactivo consta de cuatro fases: orientación, identificación, exploración y resolución. (7). las aportaciones teóricas de esta autora han tenido una gran repercusión, sobre todo en el modelo asistencial de “psiquiatría basada en la comunidad”. Publicó las bases de su teoría en el libro “Relaciones interpersonales” (1985).

Dorothea Orem (1914-2007): su teoría conductual se basa en la deficiencia del propio cuidado.

Ida Jean Orlando (1926): estudió las interacciones de las enfermeras con los pacientes, entre ellas mismas y entre otros miembros del personal. Fue una de las primeras líderes

enfermeras que identificó y destacó los elementos del proceso enfermero y la especial importancia de la participación del paciente en ese proceso. Su objetivo general consistía en desarrollar "Una teoría de la práctica enfermera eficaz" que definiría un papel diferenciado para las enfermeras profesionales y que proporcionaría una base para el estudio sistemático de la enfermería.

Sor Callista Roy (1939): La teoría de la adaptación de Roy, extraída de una teoría conductual, afirma que el ser humano usa los mecanismos de afrontamiento para adaptarse a los estímulos internos y externos. En el marco psiquiátrico, esta teoría se aplica cuando la enfermeras evalúa el comportamiento y los estímulos del paciente, desarrollando un plan de asistencia para facilitar su adaptación.

En España y más concretamente en Galicia la formación específica de los profesionales de enfermería en el campo de la salud mental no se produce hasta 1976; año en el que inicia su actividad el Hospital Psiquiátrico Rebullón y se funda la sala de psiquiatría del Hospital Provincial de Pontevedra. El personal de enfermería encargado de los cuidados de los pacientes con patología mental en estas unidades recibe una formación de un año de duración específica en el campo de la salud mental, recibiendo el Título de Auxiliares Psiquiátricos.

Para los Diplomados en Enfermería no es hasta el año 1998 cuando se aprueba con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en Salud Mental, cuya formación por el sistema de residencia era de un año.

En 2012 se amplía el programa formativo para la obtención del título especialista en enfermería de salud mental a dos años.

4. Historia del Hospital Rebullón

El Hospital Psiquiátrico Rebullón abrió sus puertas en 1975. La Diputación de Pontevedra había remodelado un antiguo Hospital antituberculoso situado a las afueras de la ciudad de Vigo, ya en desuso, para dedicarlo a ser un Hospital Psiquiátrico donde albergar a los enfermos mentales de la Provincia de Pontevedra que estaba asilados en otros hospitales de Galicia como Conxo (Santiago de Compostela) o Toén (Orense). La primera idea de la Diputación era albergar a todos estos pacientes junto a cinco psiquiatras que contratarían y que vivirían también dentro del psiquiátrico para lo que se construyeron cinco viviendas. En principio iniciaron la contratación de tres psiquiatras, formados en el extranjero, que acabaron convenciendo a la Diputación de que debía ser un hospital moderno, de puertas abiertas, de orientación comunitaria, donde no solo hubiera pacientes crónicos sino también se ingresaran pacientes agudos y se realizaran consultas externas.

Una fecha clave es enero de 1976, que es cuando ingresa el primer paciente agudo. Pocos meses después se traslada un grupo de pacientes crónicos de la Provincia de Pontevedra que estaban asilados en el Hospital Psiquiátrico de Conxo. En el verano de este mismo año un incendio en Conxo provoca el traslado masivo de otro grupo, mayor en número de pacientes, de tal forma que a finales de 1976 prácticamente el equipo del Rebullón se había hecho cargo de todos los pacientes de la provincia de Pontevedra que

había en dicho hospital. Unos años más tarde se inició el traslado de los pacientes de Toén que eran muchos menos y fue mucho más escalonado.

A lo largo de 1977 se contratan 3 psiquiatras más y este equipo se hace cargo también de la Sala de Psiquiatria del Hospital Provincial de Pontevedra, iniciándose en esta época programas de formación, mediante becas, para Médico Interno Residente (MIR), Psicólogo Interno Residente y Auxiliares Psiquiátricos. Fue de los primeros hospitales psiquiátricos acreditado para la formación MIR, que hasta entonces solo se formaban en las Cátedras Universitarias.

La organización asistencial que se establece estaba basada en la Psiquiatria de Sector francesa. Es decir, un mismo equipo se hace cargo (*“toma a cargo”*) de todos los avatares de los pacientes de una población determinada: hospitalización, tratamiento ambulatorio, vistas domiciliarias, rehabilitación social, etc. Los equipos terapéuticos se desplazaban desde el Rebullón a los dispensarios para el tratamiento ambulatorio de los pacientes que lo requerían al mismo tiempo que en esos desplazamientos se realizaban visitas domiciliarias para pacientes que vivían solos o con familias en situación precaria. En 1986 se crea el primer piso protegido y en 1990 el Servicio de Rehabilitación hospitalaria.

Hasta 1990 cada Sector tenía dos unidades de hospitalización de 19 camas donde convivían pacientes crónicos trasladados desde Conxo y los agudos de reciente ingreso sin diferenciación en las camas.

La reinserción social de los pacientes cronificados de Conxo, algunos con más de 30 años viviendo en la institución, se inicia prácticamente el mismo día que se ubican en el Rebullón. Se establecieron reuniones con los familiares, con los alcaldes y las fuerzas vivas de los pueblos donde alguna vez habían residido y se aseguraba una total cobertura ante cualquier nuevo suceso de la vida del paciente en la comunidad (nueva descompensación, consultas ambulatorias, cumplimiento terapéutico, etc).

El Hospital Psiquiátrico Rebullón estuvo funcionando con esta filosofía hasta el año 1992, en la que desaparecieron los sectores y se inicia la actual organización: Unidad de Salud Mental, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Equipo Continuidad Cuidados, Rehabilitación, Hospital de Día y Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil. Los equipos sectoriales se desmembran en los dispositivos reseñados, especializándose cada uno en un abordaje terapéutico distinto; ambulatorio, hospitalización, continuidad de cuidados, rehabilitación, etc.

En 2001 se inaugura la UHP del Nicolás Peña y el Hospital Psiquiátrico Rebullón se convierte en un Centro de Rehabilitación para pacientes crónicos. Con la construcción del Nuevo Hospital de Vigo existe el proyecto de trasladar estos pacientes al Hospital Nicolás Peña, en el centro de la ciudad, quedando el Hospital Psiquiátrico Rebullón definitivamente vacío.

En conclusión: EL Hospital Psiquiátrico Rebullón fue un hospital abierto con espíritus abiertos de los que allí trabajaban. De vocación comunitaria, con predominio del trabajo en equipo multidisciplinar, y con organización asistencial basada en el Psiquiatria de Sector Francesa. Con una gran preocupación por los Derechos Humanos de los pacientes. Debió ser el último Hospital Psiquiátrico, como tal, que se construyó en

España ya que unos años después se inició la transformación de la asistencia psiquiátrica y se empezaron a hospitalizar los enfermos mentales en Hospitales generales, tal como se hace actualmente en Vigo.

5. Formación para los cuidados de enfermería Psiquiátrica

5.1. Formación de las primeras auxiliares psiquiátricas del Hospital Rebullón

Con la inauguración del Hospital Rebullón en 1976 se obtuvo la posibilidad de formar personal específico para una forma de proceder. En esa época, en las instituciones psiquiátricas, se contaba con auxiliares psiquiátricos ya que la enfermería presentaba una formación reglada ajena a la salud mental.

En concreto, la primera promoción se nombró promoción CERO y fue formada en el Hospital Psiquiátrico de Toen (Ourense). Hasta 1980 se impartieron 3 cursos; formándose 30 auxiliares por cada curso.

La forma de acceder a estos cursos era mediante una entrevista, examen psicotécnico y defensa del currículum vitae.

Desde el primer día, se recalca la importancia de seguir un modelo asistencial que resultaba muy vanguardista en la época y que era el siguiente:

Tenían prioridad legal para la atención, los pacientes de la Beneficencia Pública y prioridad moral el tratamiento de pacientes psicóticos graves. El lema era: La mejor asistencia para el paciente más necesitado.

La organización asistencial era en la forma de psiquiatría de sector siguiendo el modelo francés/canadiense.

La actuación terapéutica es en equipo siendo el médico el aglutinador de la información aportada por los diferentes miembros. El equipo está formado además el médico por personal de enfermería, Asistente social, Psicólogos y Socioergoterapeutas.

El médico no solo prescribe medicaciones sino también actitudes y realiza planes terapéuticos con el Personal de Enfermería.

El papel del equipo es devolver al paciente a la realidad sin juzgar esta “aunque por los medios a su alcance- pero sin que el paciente sea utilizado como medio- intente cambiarla para hacerla más higiénica”.

La orientación asistencial era Psico-socio-dinámica: “Las orientaciones dinámicas de inspiración analítica ofrecen comprensión a los fenómenos psicopatológicos para completar el necesario abordaje psicofarmacológico o estrictamente médico que sería insuficiente por creer que el enfermar psíquico es un fenómeno bio-psico-social.

Se prima la intervención en la comunidad y la reinserción precoz de los pacientes en la misma, así como las terapias grupales y la socioergoterapia.

La toma a cargo se vincula a la ausencia de conciencia de enfermedad y tiene por objetivo evitar recaídas que supongan la hospitalización del paciente.

El alta precoz es siempre deseable y ello para evitar la aparición de la Neurosis Institucional.

Era un hospital bilingüe siendo el paciente el que decide en que idioma quiere que se le hable: gallego

El profesorado eran los psiquiatras y los psicólogos del hospital psiquiátrico. La

formación estaba basada en el modelo de las enfermeras comunitarias inglesas (NHS). Eran cursos de 9 meses con 47 temas agrupados en 6 bloques.

Los bloques más importantes eran:

- Enfermería psiquiátrica y el Hospital psiquiátrico
- Normas y relaciones profesionales
- Información y Comunicación
- Técnicas de organización, planificación y aplicación de las terapéuticas.

Se hacía especial hincapié en la “Neurosis institucional”

Se trataba de inculcar la idea de que el personal auxiliar formaría parte de un proyecto asistencial innovador, y que parte de la mejora dependía del trato recibido por el personal.

Era un modelo Teórico, Teórico-Práctico y Práctico.

5.2. Formación de enfermeras especialistas en salud mental en la actualidad

En cuanto a la formación en la actualidad para la obtención del título de enfermero especialista en salud mental, presenta una duración de dos años, exigiéndose una titulación previa de Diplomado Universitario en Enfermería. Los estudios abarcan:

- Metodología de la investigación y docencia
- Bioética
- Organización y legislación sanitaria.
- Bases psicosociales de los cuidados de enfermería de salud mental
- Enfermería psicosocial
- Fundamentos conceptuales y metodológicos de salud mental
- Evidencia y avances en los cuidados de enfermería de salud mental

Las actividades mínimas a realizar por el residente en formación incluyen:

- Participar en la atención de primeras demandas de atención psiquiátrica, al menos en 20 casos.
- Participar en, al menos, 10 sesiones de coordinación de programas.
- Participar en, al menos, 20 sesiones clínicas de enfermería.
- Participar en, al menos, 20 sesiones clínicas del equipo de salud mental.
- Participar en, al menos, 5 sesiones de coordinación de casos clínicos a nivel de área.
- Presentar, al menos, 6 sesiones clínicas de enfermería.
- Realizar consultas de enfermería, al menos, en 50 casos a nivel individual y 15 en familias.
- Realizar, al menos, 20 visitas a domicilio.
- Llevar a cabo el seguimiento completo del paciente, de acuerdo con el proceso de atención de enfermería, al menos en los siguientes casos:

2 infantil-juvenil.

4 en la asistencia intrahospitalaria.

5 en la asistencia comunitaria.

2 casos que utilicen los tres niveles de atención (centros de salud mental, hospitalización y centros comunitarios y/o de rehabilitación)

- Colaborar, al menos, en 2 procesos grupales instalados.
- Intervenir, al menos, en 10 situaciones de urgencia y/o crisis.
- Participar en las sesiones formativas del equipo interdisciplinar, del equipo de Enfermería en Salud Mental y del equipo de Atención Primaria, al menos 2 veces.
- Participar, al menos, en 1 programa de Educación para la Salud Mental.
- Participar en, al menos, 1 programa de rehabilitación psico-social.
- Colaborar en la actualización continua del diagnóstico de Salud Mental del área socio-sanitaria, al menos en uno de sus componentes.
- Diseñar, al menos, un programa de interconsulta de enfermería de salud mental con profesionales de enfermería de salud mental (en otro ámbito de actuación diferente al que se encuentre la residente) o con profesionales de enfermería de otros ámbitos (unidades generales de hospitalización, centros de atención primaria, etc.).
- Elaborar 15 informes de continuidad de cuidados de enfermería de pacientes que realicen su tratamiento a través de los diferentes dispositivos asistenciales.
- Elaborar 1 diseño de Proyecto de Investigación sobre Enfermería de Salud Mental. (8)

El itinerario formativo tipo debería ser:

Primer año

- Unidades de Rehabilitación de Larga Estancia. 2 meses
- Unidad de hospitalización de agudos. 6 meses
- Unidades especiales. 3 meses

Segundo año

- Unidades de Media estancia/ Programas de Rehabilitación comunitaria. 4 meses
- Centro de SM Comunitario/ Unidad de Salud Mental Comunitaria. 5 meses
- Programas o Servicios de Salud Mental Infantil Juvenil. 2 meses

6.Práctica diaria de la atención de Enfermería de Salud Mental

Los registros realizados antiguamente por los Auxiliares Psiquiátricos abarcaban:

- Notas de enfermería: se anotaban según la evolución del paciente diferentes cambios apreciados por el personal y que se adjuntaban a la historia del paciente.
- Registro de constantes vitales: que se tomaban bajo indicación médica.
- Libro de enfermería: en el que en cada turno se escribían tanto las incidencias de cada paciente y como las de la unidad en general.

En el momento actual son muchos y muy variados los registros que deben llevar a cabo los profesionales de enfermería englobando desde el Proceso de Atención de Enfermería, hasta gráficas de constantes, registros de medicación; notas de evolución de enfermería etc.

El resultado de las múltiples conferencias realizadas por la Asociación Norteamericana para el Diagnóstico de Enfermería (NANDA) es el Proceso de Atención de Enfermería

(PAE); una forma dinámica y sistematizada de proporcionar los cuidados de enfermería.

Se trata de un sistema de planificación de ejecución de cuidados de enfermería compuesto por cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El uso del PAE en la práctica clínica permitirá además de la aplicación de un método científico, unificar criterios de trabajo y realizar estudios posteriores para evaluar la efectividad.

La Valoración es la primera fase del proceso. Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, la familia y el entorno. . Una de las herramientas que se utilizan para llevar a cabo esta valoración son los “Patrones funcionales de M. Gordon (1982)”. La utilización de estos patrones permiten realizar una valoración de enfermería sistemática y ordenada, enfocando la atención sobre once áreas (patrones) importantes para la salud de los individuos: (9)

- Patrón 1: Percepción-control de la salud
- Patrón 2: Nutrición-metabolismo
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad-Ejercicio
- Patrón 5: Sueño-descanso
- Patrón 6: Cognición-percepción
- Patrón 7: Auto percepción-autoconcepto
- Patrón 8: Rol-relaciones
- Patrón 9: Sexualidad-reproducción
- Patrón 10: Sexualidad-reproducción
- Patrón 11: Valores-creencias.

Los principales métodos de recogida de información en enfermería, son los mismos que se utilizan en ciencia: la entrevista, las técnicas de observación y las escalas o inventarios de calificación (10)

La segunda fase del proceso es el Diagnóstico: Juicio clínico sobre los problemas de salud, reales o potenciales, que afectan al individuo, familia o grupo. Para ponerles nombres se utiliza la Taxonomía NANDA. Los elementos de un diagnóstico de enfermería son la etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y los factores relacionados (causales o asociados).

La tercera fase del Proceso de Atención de Enfermería es la Planificación: Diseño de un plan de cuidados que oriente de las intervenciones terapéuticas y permita conseguir los resultados esperados (11); para ello se utilizan las Clasificaciones de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

El NOC es una taxonomía de resultados estandarizados a alcanzar por el paciente con las Intervenciones enfermeras. Se utiliza a lo largo de todo el Proceso de Enfermería, describiendo “estados, comportamientos, percepciones, sentimientos, etc., y los cambios que se observan en los mismos, permite establecer la situación de partida, determinar los resultados esperados, valorar la evolución del paciente y evaluar la eficacia y efectividad de la práctica enfermera”.

La NIC es una clasificación de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Esta clasificación, es útil a las enfermeras para localizar y elegir las actividades a la hora de realizar los planes de cuidados a nivel clínico, contribuyendo a la consecución de los objetivos propuestos. La elección de las intervenciones se ha de hacer en la línea de la individualización de los cuidados, pues el hecho de que estén clasificadas y estructuradas, para facilitar la labor enfermera, no implica la homogeneización de las mismas para todos los individuos.

La cuarta fase del PAE corresponde a la Ejecución: Aplicación de las distintas habilidades para poner en práctica el plan de asistencia.

La quinta, y última fase del proceso asistencial es la Evaluación. Comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

La evaluación es dinámica y continua, permitiendo valorar la situación del paciente y su entorno y compararlos de forma planificada con los objetivos marcados. Consta de dos fases:

-Evaluación del logro de objetivos: su finalidad es decidir si el objetivo se ha cumplido; en caso de no ser así, se pasa a la siguiente fase.

-Revaloración del plan: se eliminan diagnósticos cuyos objetivos ya se han cumplido, instaurándose nuevos diagnósticos, y por consiguiente, nuevos resultados, adecuados al momento en el que se encuentre el proceso del paciente

Del uso del lenguaje estandarizado (Interrelaciones NANDA, NIC y NOC) en el campo de la salud mental puede derivarse una dificultad y es que muchos problemas de salud tienen que acoplarse a unas etiquetas diagnósticas que no siempre traducen la realidad del problema o la vivencia subjetiva de la persona que lo padece (12)

Así, junto con la elaboración del Plan de Cuidados siguiendo los pasos citados con anterioridad; en la práctica asistencial del personal de enfermería se llevan a cabo además otra serie de registros; que servirán para completar la información del estado y evolución del paciente:

-Hoja de comentarios/evolución de enfermería: en la que se registran las observaciones en el transcurso de cada turno. Las anotaciones no siguen ningún esquema; y en general sirven para registrar cinco clases de informes: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera que no fueron ordenadas por el médico, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados. (13) Con la incorporación en los registros de enfermería del PAE, se han eliminado los registros repetitivos y narrativos, produciendo una presentación más exacta y útil de la práctica profesional y la respuesta del paciente (14) Si bien, en la actualidad podemos encontrarnos con profesionales de enfermería que apenas deja constancia escrita de sus intervenciones o contiene datos poco significativos, catalogando esta actividad como de “papeleo” y de carga administrativa que se añade a sus funciones; argumentos que posiblemente pueden ocultar la falta de habilidad para documentar su trabajo por poca experiencia, desconocimiento del

lenguaje adecuado, debido a un modelo de formación académica subordinado a otras profesiones donde se espera que otros los realicen, falta de tiempo, carga de trabajo asistencial o falta de aplicabilidad (15, 16, 17)

Las normas básicas aplicables en la actualidad a los registros de enfermería serían: Objetividad, precisión y exactitud, y simultaneidad (los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia)

-Hoja de prescripción médica: en la que se indica el tratamiento prescrito al paciente, la hora de su administración, la dosis, la vía de administración, y el personal de enfermería responsable del mismo.

-Hoja de registro de constantes vitales: en la que se indica Talla, Peso, TA, FC, Tª, Diuresis, Glucemia... así como los cambios que se puedan producir en los mismos.

-Hoja de registro de colocación de contención mecánica: en la que se establece el nombre del facultativo y del personal de enfermería que indicaron y llevaron a cabo la colocación de la misma; junto con la justificación, el estado del paciente y la evolución del mismo.

-Hoja de registros especiales relacionados con la seguridad del paciente:

Registro de caídas: circunstancias en las que se produjo; estado y valoración del paciente...

Registro de heridas/úlceras: en la que se establece la presencia o riesgo de presencia de las mismas, así como su tratamiento y evolución.

Registro de accesos venosos: características (periférica, central, calibre del catéter...); lugar de inserción, medicación o sueroterapia administrada, fecha de colocación; motivo y fecha de retirada.

Registro de fuga: circunstancias que rodearon a las mismas; resolución...

-Informe de alta de Enfermería: en el que se informa al paciente a cerca de los cuidados y recomendaciones que debe llevar a cabo tras el alta hospitalaria.

7. Influencia de los cuidados de enfermería en la dinámica del proceso de curación del enfermo

Los tres pilares más importantes para asegurar el buen funcionamiento de una unidad psiquiátrica serían:

1. La confianza en la comunicación es básica para el funcionamiento de la Unidad.
2. Importancia de la veracidad en la observación (falta de pruebas objetivas).
3. Importancia de creerse parte del proceso terapéutico.

7.1. Características del Hospital Rebullón

-El tiempo de convivencia de terapia era mayor.

-Se trabajaba en la dignificación del enfermo mental.

-Visión más psicodinámica, y conductual a la hora de discutir los casos, y se aplicaban las conclusiones en los planes terapéuticos.

-Dossier clínico donde se englobaban cartas, dibujos, recibos,...

-Se suplía la falta de psicofármacos con una mejor observación clínica

-Las condiciones de hospitalización favorecían una mejor observación (estancia medias

de 40 días)

7.2. Características de las Unidades de Psiquiatría actuales

- La burocracia, presión asistencial, las condiciones de un hospital general redujeron el tiempo de observación del enfermo (16 días), pero contribuyó a una visión más holística (mayor control de los síntomas somáticos)
- El protocolo obliga a tener en cuenta a todos los pacientes en todos los turnos.
- El mejor control somático del enfermo es mérito de enfermería.
- El excesivo tiempo con burocracia empeora relación enfermería-paciente, pero protege ante problemas legales.
- El uso de clasificaciones internacionales nos permite generalizar resultados y favorece la realización de estudios científicos.

8. Discusión

- Antes el Personal Enfermería era formado específicamente para el puesto, con una filosofía de trabajo frente a las promociones actuales que tienen una formación integral.
- Condiciones actuales laborales, con gran rotatividad en los puestos no ayudan a favorecer la implicación terapéutica con el enfermo y conocimiento de la dinámica de la enfermedad.
- El mejor conocimiento de la dinámica de la enfermedad favorece una mayor autonomía en las intervenciones sobre las crisis del paciente.
- Infelizmente, hoy en día, por cuestiones laborales no tenemos a las DUEs especialistas en salud mental modernas trabajando en los servicios de psiquiatría, por lo que no podemos valorar la aplicación de sus conocimientos.

9. Conclusiones

Este trabajo pretende mostrar la evolución de enfermería de Salud Mental de la ciudad de Vigo, reflexionando sobre el trabajo en la institución psiquiátrica frente a un Hospital General.

Los registros del Rebullón eran más descriptivos, más ricos psicopatológicamente frente a unas notas más estándar que se aplican en nuestros tiempos, centrándose más en los planes de cuidados.

Los equipos de enfermería del Rebullón eran más autónomos para el cuidado integral del paciente, participando activamente en la toma de decisiones frente a un modelo actual más conservador.

10. Bibliografía

1. Martínez Martín, M.L. Historia de la Enfermería. Elsevier Barcelona 2011
2. CTO. Manual de Enfermería. Madrid 2000
3. Hernández Conesa, J.; Historia de la enfermería. McGraw-Hill Interamericana. 1995
4. Muñoz Zaragoza, B. Proceso de especialización de la Enfermería Psiquiátrica en España: Análisis de la literatura científica. Trabajo final de Máster. Universidad de Zaragoza, 2012
5. Ramos Morcillo, A. J.; Sintiendo el ser humano. Index Enferm; 2005; 51:80

6. Haber J, Leach A, Schudy S, Flynn Sidelau B. Psiquiatria: Texto básico. Barcelona. Salvat. 1983.
7. Rebraca Shives, L.; Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos. MacGraw-Hill Interamericana. 2007. Madrid
8. Boletín Oficial del Estado, núm. 123 de 24 de Mayo de 2011, pág. 51802-51822. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
9. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental.
10. Fornés J. El proceso de valoración en enfermería de salud mental. Psiquiatría.com. 2001; 5 (2)
11. Rebraca Shives, L.; Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos. MacGraw-Hill Interamericana. 2007. Madrid
12. Fornés J. Metodología científica y uso de taxonomías en salud mental. Presencia 2008; ene-jun; 4 (7)
13. Jiménez VMC y cols. Hojas de atención de enfermería, Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” Depto. De Enfermería pp21.
14. Anglade Vizcarra C. Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el hospital nacional “Dos de Mayo”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Enfermería. 2006. Perú.
15. Ortiz CO, Chávez MS. El registro de enfermería como parte del cuidado. Disponible en:
<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMERÍA.pdf>. Consultado en: marzo 2013
16. Ruiz Hontangas A. Calidad en los Registros de Enfermería. Comunicación en el 4º Congreso Virtual de Cardiología. Disponible en:
<http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>. Consultado en : Marzo 2013
17. Méndez CG y cols. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico 2001; 9 (1-4): 11-17

**RESILIÊNCIA: O NOVO PARADIGMA – DO AMOR À MORTE
A RESILIÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO
DE ACORDO COM A TEORIA PSICOSSOCIAL DE ERIKSON**

Sofia Nobre Frank¹, Maria Lapa Esteves² e Florencio Vicente Castro³
Universidad de Extremadura, Badajoz (España)

¹ Doutoranda em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Intervenção Psicológica,
Facultad de Educación da Universidad de Extremadura, Badajoz (España).

² Professora Convidada pela UEX. Investigadora CEPSE/FCT.
Psicóloga Clínica (ISPA)

³ Catedrático de Psicologia Facultad de Educación da Universidad de Extremadura,
Badajoz (España)

Email-sofianobre.psi@gmail.com

Resumo

A nossa investigação baseia-se no estudo dos temas pertinentes para a compreensão da complexidade do processo da RESILIÊNCIA, ao longo da vida, abrangendo a revisão de investigações recentes sobre o conceito e evolução da Resiliência e da Perturbação de Pós-*Stress* Traumático (PPST), bem como do papel das Emoções na construção e desenvolvimento do *self* resiliente, trazendo a luz os factores protectores, de risco e vulnerabilidade para a Saúde e Bem-Estar, revelando a importância da exploração das relações sociais e afectivas e da vinculação romântica segura, para atingir a Paz de Espírito necessária à resolução da crise da Gerotranscendência do último estágio da vida, tal como identificado por Erikson (1998).

Palavras-chave: Amor, Morte, Emoções, Trauma e Resiliência

Abstract

Our investigation was based in the pertinent studies for the long term life complex RESILIENCE process comprehension, by recent scientific articles review about Resilience and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) concept and evolution, and emotions role in the construction and development of the resilient self, enlightened the protector, risk and vulnerability factors to Health and Well-being, revealing the importance of social and affective relations exploration and safe romantic relationship, to achieve the necessary Peace of mind to Gerotranscendence crisis resolution, the last life cycle, as illustrated by Erikson (1998).

Keywords: Love, Death, Emotions, Trauma and Resilience

Introdução

O OBJECTIVO da nossa investigação prendeu-se com o estudo da ginástica mental necessária para fazer face à ginástica *pathosplástica* do trauma, ilustrando a magia de uma adaptação com sucesso ou resiliente.

Tendo em conta a co-construção da realidade – *co* enfatizando a construção interdependente do indivíduo e meio ambiente – diversas patologias psicofisiosociais associadas à exposição ou vivência de um trauma podem emergir e considerando a necessária ginástica cognitiva e emocional para fazer face à *pathosplastia* do trauma, estudámos as características da Resiliência enquanto instrumento primordial para a recuperação de Bem-Estar. A Resiliência resulta assim da interacção BCBG – Bon Chic, Bon Genre – Bom *coping*, Bom gene!, ou seja, da matéria de que é feito o indivíduo e da sua estratégia para vencer, mesmo em território adverso, inimigo. A magia da Resiliência permite resistir, resilir, recuperar o estado de equilíbrio e harmonia, por intervenção de características idiossincráticas e aprendidas.

Resiliência: o Novo Paradigma Psicoterapêutico

A Resiliência enquadra-se num *continuum* fenomenológico e advém de características idiossincráticas e aprendidas do indivíduo, e inerentes estratégias adquiridas em interacção com o meio, mediante um conjunto de processos e mecanismos internos e externos (competências, motivações, prioridades, apoio, oportunidades,...) evidenciados quando a adversidade se apresenta. Enquanto conceito da disciplina das áreas das Engenharias da Resistência dos Materiais, a resiliência é entendida enquanto a capacidade de um material resistir ao ponto de cedência, após sucessivas exposições a factores considerados críticos¹, mantendo a sua capacidade de recuperação, de resilir, retornando ao seu estado inicial de harmonia². À luz das Engenharias, traduzindo para a Psicologia, significaria submeter alguém a uma determinada pressão física ou psicológica e retirá-la desse constrangimento antes de ser atingido o seu ponto de cedência. O efeito temporal dessa retirada permite, tal como nos materiais, evidenciar o desfecho: no limite total da dor suportável, será a rotura. No início próximo: totalmente recuperável, “devidamente acompanhada” há um aumento de resiliência. No fundo, como o valor resistente com que se trabalha é a tensão limite de elasticidade (cedência), aumentar este valor é conferir um aumento de resistência, e da resiliência³. Traduzindo para o indivíduo: quem se submete a uma terapia de prevenção de riscos eficaz recebe um conjunto de indicadores que sinalizam o perigo, o trauma, ou a eventualidade de vivenciar um trauma. Pese embora a terapia permita um convívio mais íntimo e controlado com a situação perigosa (aumento da resistência), todavia na re-experienciação de um trauma, **o indivíduo poderá, ao mínimo descontrolo estrutural**

¹Aumenta-se a resiliência adquirindo-se assim menor ductilidade (capacidade de deformação e por isso menor esforço visível, e pré-aviso de rotura) mas aumento de resistência a situações críticas futuras.

²Sendo a resiliência de um material a energia necessária para provocar a cedência do material, a energia necessária para lhe provocar a rotura designa-se tenacidade. Pode aumentar-se a resiliência com a consequente diminuição da tenacidade – carregamento a ultrapassar o valor de cedência e descarregar antes da rotura. Em termos psicológicos, a resiliência de um indivíduo é medida pela sua capacidade de tenacidade que é proporcional à resiliência.

³O aumento de resiliência torna o material mais frágil, i.e. a deformação que se poderia observar no material, enquanto pré-aviso de rotura, é menor. Assim o tempo a que podemos sujeitar o material a um aumento de carga é menor.

temporal ou contextual, tender para o colapso sem aviso prévio. Um indivíduo sujeito a um trauma, necessitará assim de tempo de recuperação suficiente, para poder elaborar voltar a uma situação traumática.

É assim perceptível que por este motivo a exposição a elevados eventos stressantes seja um factor de vulnerabilidade, e moderadamente ofereça um aumento de resiliência. No que concerne o tema da recuperação de um evento stressante, Charney (2004) constatava que a Resiliência tem determinantes neurobiológicos e salvaguarda que os sistemas que ajudam o corpo na adaptação ao *stress* e servem a função protectora em curtos prazos de tempo, também servem o desenvolvimento de processos patológicos quando abusados ou usados de forma ineficaz. Seery, Holman & Silver (2010) corroboram que indivíduos com *alguma* história de condições de vida adversas relataram melhor saúde mental e bem-estar do que indivíduos com *grande* ou *sem* qualquer histórico de adversidades. Além disso, indivíduos com experiência anterior de adversidade eram os menos afectados por recentes eventos adversos. Assim sendo, embora a vivência de maior número de eventos traumáticos prediga piores resultados, alguma vivência adversa pode promover a resiliência, retornando benefícios para a saúde mental e bem-estar, ilustrando que moderadamente o que não nos mata pode realmente tornar-nos mais fortes.

Lyssenko, Rottmann & Bengel (2010) referem que a investigação da resiliência e seus factores protectores deve centrar-se na pergunta "O que mantém as pessoas saudáveis?", tendo observado que os factores protectores pessoais, familiares e sociais contribuem para o desenvolvimento resiliente da criança e adolescente e que os efeitos desses factores dependem das constelações de risco e ambientais, sugerindo o reforço dos factores protectores, como intervenção de prevenção.

Wu et al (2013), admitindo que a compreensão da resiliência ainda se encontra num estágio inicial, apresentaram as recentes descobertas de factores genéticos, epigenéticos, desenvolvimentais, psicossociais e neuroquímicos (neuropeptídeo Y, corticotrofina e adrenocorticotrofina, cortisol e dehidroepiandrosterona) considerados contributos essenciais para o desenvolvimento de resiliência, que esperam poder contribuir para o desenvolvimento de intervenções psicológicas e farmacológicas. E sublinham que os circuitos neuronais envolvidos na resiliência (sistemas noradrenérgicos e dopaminérgicos, serotoninérgicos, glutamato e gabaérgicos, e adicionalmente os envolvidos no comportamento social, particularmente gestão das emoções, empatia e altruísmo – oxitocina e vasopressina) podem ser modificados vários anos após a vivência da adversidade, através de intervenção psicoterapêutica (terapia cognitivo-comportamental com reabilitação cognitiva, exercícios de emoções positivas, treino de competências, terapia de bem-estar, meditação *mindfulness*).

Resiliência e Trauma: do Amor à Morte

Sabemos que um trauma é um sentimento gerador de *stress*, fonte de ameaça, de sensação de perigo, causador de extrema ansiedade e dor. Importa perceber que o trauma é substancialmente alimentado pela ginástica *pathoplástica* da construção de uma realidade à qual vão sendo atribuídos os mais variados significados cognitivos e

emocionais, com os fundamentos – sentimentos, crenças, pensamentos – mais diversos. Pelo que é normal reagir com reactivação fisiológica e emocional a um evento traumático, seja qual for a natureza, contexto, tempo de ocorrência do evento e idade, género e cultura de origem do indivíduo que o experiencia. Todavia, as estratégias de *coping* que cada um adquire, as habilidades, as competências que cada um desenvolve para fazer face ao trauma diferenciam-se e distanciam-se consoante a sua resiliência, ou seja, a capacidade de recuperar do evento traumático e retornar ao seu estado de equilíbrio e harmonia.

Os resultados sugerem o relevante impacto das emoções na gestão do *stress* e promoção do Bem-estar. Porque as emoções co-operam no sistema complexo do aparelho mental cognitivo, fisiológico e social, tendo um papel relevante na psicopatologia, ou na *pathosplastia* do trauma, e porque o conteúdo de qualquer vivenciação é passível de interpretação emocional, ou seja a informação dessa vivenciação é “sentida” e o seu conteúdo será traduzido em aspectos relativos ao “conforto ou desconforto” e à “segurança ou ameaça” de uma situação vivenciada, é absolutamente necessário entender as emoções ou vivenciação emocional enquanto factores de protecção, de risco ou vulnerabilidade. O papel das emoções é pois preponderante, fundamental e crucial. O *self* pós-traumático reaprende a viver em coabitação razoável e saudável com o trauma consoante a sua resiliência e capacidade de integração – coabitação razoavelmente harmoniosa – do trauma, e da sua inerente ginástica *pathosplástica*, à qual a resiliência do *self* pós-traumático faz face. E quando consideramos como atributo de trauma, a *pathosplastia*, pretendemos considerar a ginástica mental, cognitiva e emocional que opera na construção da estrutura resiliente, capaz de resilir ao trauma e recuperar o equilíbrio saudável e não a estrutura patológica do *self*. Esta capacidade de resilir, recuperar de um trauma, é a Resiliência. É resiliente quem consciencializa que vencer o trauma passa por conseguir consciencializar que o trauma não se apaga, não se resolve, não se esquece, ou se redesenha. O *self* pós-traumático reconstrói-se como se reconstrói uma pintura queimada pelo tempo, com amor, tolerância, motivação e energia. Esta reconstrução necessária é de preparação para a paz lúcida, de consciencialização das cicatrizes eternas, porém não de eterna dor e culpa, anestesia de emoções, depressão, vazio, mas de aprendizado de coragem, gratidão ou amor pela vida. Esta reconstrução do *self* pós-traumático deriva pois do que se entende por personalidade resiliente ou aptidão para fazer face ao evento traumático experienciado. Gerir o trauma passa por aprender a gerir o conflito interno e aprender a lidar com as cargas afectivas dos significados atribuídos aos objectos ou acontecimentos e adoptar atitudes mais adequadas. Viver, consciencializar o trauma passa por assumir as eternas cicatrizes, assumindo o momento de crise, assumir uma guerra interna ou conflito interno. Só assim, se poderá passar da fase de *negação* ou *evitamento*, para a de *aceitação* e subsequente *confrontação e resolução*. O trauma enquanto vivenciação de evento ou acontecimento carregado de emoções indigestas e negativas, resulta em grande sofrimento e frustração. Sendo de sublinhar que a sinalização imediata ou no espaço de tempo mais curto possível do trauma é condição para o sucesso do tratamento e ainda referir que a reversibilidade dos sintomas se deve sobretudo à capacidade de consciencialização do desafio a vencer, para a qual, é soberano, o treino de habilidades emocionais e cognitivas, contribuindo

aspectos relevantes da motivação, primordialmente intrínseca. Para esta digestão é primordial reflectir sobre a preparação fisiológica, cognitiva, emocional e social do Ser Humano exposto ao trauma e sua capacidade de lidar com essa carga emocional, suas competências e habilidades, motivação e energia traduzidas na sua capacidade de resiliir, de recuperar o bem-estar inicial, ou seja traduzidas na sua resiliência. Pois, a categorização das funções cerebrais transformadoras do mundo sensorial em informação cerebral, passa pela atenção e concentração lhe dedicada, ignorando uns elementos, elaborando, *significando* – pensando e sentindo – outros.

Reflectindo sobre os ciclos que compõem a vida, à luz de Erikson (1998), sucedem num *continuum* e representam diferentes estágios de desenvolvimento, estando-lhes associada uma crise ou um conflito a resolver. E é de salientar que a cada ciclo corresponde a (di)gestão entre expectativa e realização, para a qual é de considerar a oportunidade disponibilizada e criada de aprendizagem, desenvolvimento e inerente realização, bem como os eventos adversos aos quais se fez face, mediante a capacidade de resiliência adquirida ou desenvolvida. Na Teoria Psicossocial que formulam em 9 estágios, centremo-nos nos três últimos estágios. O 7º estágio (30 aos 60 anos) consiste na resolução do conflito ou crise da *geratividade* versus *estagnação*: preocupação com a nova geração, e com a realização pessoal e afirmação social, evidenciando o sucesso das dimensões familiar, profissional e social. *Cuidar* é a virtude deste estágio, operando o Amor, como a distinção das relações estabelecidas e dos laços criados, como prova de satisfação e realização pessoal. Esta virtude remete também para as conquistas pessoais não somente na dimensão de harmonia e satisfação sentimental, emocional, mas profissional e social. Sendo que a não resolução nas ou em alguma das várias dimensões que conferem o estatuto do indivíduo no mundo, nas relações com este e consigo próprio, pode levar à estagnação, desvalorização pessoal com ausência de socialização, ou por outro lado, o excessivo comprometimento em alcançar os objectivos propostos podem levar ao egoísmo e inerente preocupação exclusiva com o seu bem-estar, traduzida por acumulação de bens materiais, reflexo de sucesso profissional e relações superficiais. O 8º estágio (60-79) consiste na resolução de *integridade* versus *desespero*, em que *integridade* indica que o indivíduo considera como positivo o seu percurso vital, mesmo que nem todos os sonhos se tenham realizado, providenciando as ferramentas necessárias para uma aceitação da fase etária e inerentes desafios, bem como de satisfação pela missão cumprida, ainda que não plenamente, e *desespero* quando é concebido ser demasiado tarde para agir, corrigir, remediar ou se redimir, abrindo espaço ao desgosto, angústia, e pânico da morte, questionando se a vida terá valido a pena. Sendo a virtude deste estágio, a *sabedoria*, torna-se vital fazer uso da sabedoria alcançada ao longo da vida e principalmente os objectivos alcançados na anterior fase, para garantir a harmonia necessária à felicidade e bem-estar subjectivos. Sendo fundamental estar em paz com o passado, reflectindo sobre o que se alcançou e como, avaliando ganhos e perdas de forma positiva, considerando as características genéticas e competências aprendidas, bem como as oportunidades que o meio ambiente ofereceu para treino e desenvolvimento de competências. Quando são mais os objectivos, desejos, sonhos não realizados do que os alcançados e a frustração supera a capacidade de sublimação, colocando o foco nos fracassos, no défice de capacidades físicas,

cognitivas, emocionais ou sociais, não se resolve o conflito deste estágio. No 9º estágio (idade superior a 80 anos) emergem todas as crises anteriores, e estamos assim perante a *gerotranscendência*. Neste estágio são fundamentais as recordações. Quanto melhores e maior número de boas recordações e vivências felizes houver, melhor. Estão reunidas as condições para desenhar “the big picture” do que foi a vida, os desafios vencidos e por vencer, os sucessos alcançados, os fracassos, as relações interpessoais e os laços estabelecidos, as estratégias adoptadas e a capacidade de adaptação às mudanças intrínsecas e extrínsecas, a percepção das relações consigo e com o mundo, e finalmente de preparação ou aceitação da morte.

Várias vezes ao longo da vida se pode ser sujeito a elevado *stress*. Várias vezes é possível resistir, outras tantas evitar e aguentar, ou acreditar que se consegue aguentar, todavia o corpo manifesta sinais de alarme, de equívoco, somatizando, sentindo as dores físicas das dores psicológicas. Daí que seja imperioso focar o que se pretende alcançar, controlando devaneios ou falsas esperanças de que se aguenta qualquer crise.

Lutar por ser feliz, em todos os ciclos da vida, é o melhor ensinamento que se pode proporcionar. É também o menos fácil, exige resiliência, capacidade de projectar o futuro, noção realística de controlo (o que se pode controlar, o que depende do próprio) e orientação para a acção, sendo de atentar que os resultados de Wu et al (2013) indicam fortemente que os factores-chave da resiliência incluem capacidade para estabelecer laços românticos e sociais, funcionamento familiar positivo, planeamento, autodisciplina e habilidade cognitiva.

Conclusões

A Resiliência caracteriza-se por: fácil temperamento; boa auto-estima; *locus* de controlo interno; capacidade de reflexão e orientação para a acção: prever, planificar e traçar objectivos; dinamismo; experiências de sucesso; sentido de humor; optimismo; paciência; sentido de compromisso; perseverança; autonomia e independência; laços familiares e sociais fortes e afectivos; vinculação romântica segura; tolerância a emoções negativas e resistência ao *stress*; altruísmo; empatia; fé; inteligência; criatividade; capacidade de reconhecer oportunidades/alternativas e adaptação à mudança. Promover a Resiliência passa por aprender a ter atitude adequada ao Bem-Estar: relativizando; consciencializando as prioridades, alimentando os afectos, fomentando o sentido de humor, reflectindo e traçando objectivos realistas; valorizando as competências e aspectos positivos; criando diferentes perspectivas, alternativas e novos e adequados significados; mantendo o *focus* no objectivo e na solução; aceitando a mudança como uma oportunidade ou desafio; vendo o Todo e não somente as suas partes, acreditando, tendo espírito de corpo: sendo parte da Unidade.

*What I Have Lived For
Three passions, simple but overwhelmingly strong, have governed my life:
the longing for love,
the search for knowledge,
and unbearable pity for the suffering of mankind.*

(The Autobiography of Bertrand Russell, 1967)

Este texto não obedece ao AO90

Referências bibliográficas

Charney, D.S. "Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress". *The American Journal of Psychiatry*, 161 (2004) 195-216.

Erikson, E. *The life cycle completed: A review. Extended version*. New York: W.W. Norton & Company Inc., 1998. (Trabalho original publicado em 1982, com novos capítulos de formulação do 9º estágio por Joan Erikson).

Lyssenko, L., Rottmann, N. & Bengel, J. "Research on psychological resilience. Relevance for prevention and health promotion". *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53 (2010) 1067-72.

Seery, M.D., Holman, E.A. & Silver, R.C. "Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience". *Journal of Personality and Social Psychology*, 99 (2010) 1025-41.

Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J.J., Calderon, S, Charney, D.S. & Mathé, A.A. "Understanding resilience". *Frontiers Behavioral Neuroscience* (2013) 7:10.

**UM CASO FREUDIANO NUM MANICÓMIO GALEGO :
O CASO DO ARTISTA INCONSCIENTE**

T. Angosto Saura* ; M.J. Louzao Martínez ;
M.A. Miguélez Silva** ; M. Piñeiro Fraga*****
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo- Galiza, España

*Chefe de serviço de Psiquiatria

** Psiquiatra

*** Enfermeira especialista em Saúde Mental

E-mail:tibur1995@hotmail.com

Resumen

En 1933 el Dr. Villamil, médico del Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela, Galicia) envía a Freud un artículo publicado por él en la revista "*Los progresos de la clínica*" presentando un caso de un paciente ingresado en 1927 que realizaba elaboraciones artísticas que pensaba tenían su origen en una herencia común a la especie humana cuya liberación habría sido provocada por la perturbación mental.

Freud en una carta le contesta: *No dudo que C. G. Jung estaría dispuesto a aceptar su interpretación, y que utilizaría el caso como demostración para su teoría del 'inconsciente colectivo'.*

Quizás un examen de su paciente pueda sacar a la luz la ocasión en su vida en que hubiera podido familiarizarse con esas cabezas.

Siguiendo el consejo de Freud, tratamos de investigar la identidad del paciente, reconstruir su biografía y tratar de llegar a entender quien tenía razón: el Dr Villamil, Jung o tal vez Freud

Palavras-chave: inconsciente coletivo, Freud, Jung, doença maniaco-depressiva, álcool

Abstract

Introduction: Patient diagnosed with manic depressive disorder and alcohol abuse. Admitted to Conxo Asylum in 1927. During his stay in the hospital and coinciding in time with full decompensation of his disorder, the patient performs a series of works whose artistic riches can not be explained neither by his culture and knowledge nor by the clinical features of his disease. Due to this, his psychiatrist, with psychoanalytic background, asks his doubts to Sigmund Freud.

Objectives: Our research aims to follow his advices trying to clarify our questions.

Discussion: We discuss the clinical case features and the differences between the collective unconscious theories (Freud and Jung).

Introducción

Apresentamos a nossa investigação sobre o caso de um varão diagnosticado de doença maniaco-depressiva e uso excesivo de álcool internado no manicómio de Conxo em 1927.

A riqueza da sua obra artística durante o internamento e a impossibilidade de encontrar uma explicação lógica à mesma, tendo em conta as suas características clínicas, levaram ao seu psiquiatra, Dr. José Pérez López-Villamil, a pedir conselho a Sigmund Freud. Analizando a sua resposta, formulamos as seguintes perguntas:

- Quais os motivos da obra?
- É possível estar o doente influenciado pela presença de uma herança comum à espécie humana?
- Como pode ajudar o conhecimento mais profundo da sua vida a perceber a obra?

No presente artigo relatamos o caso clínico, explicamos o nosso trabalho de investigação e esclarecemos as nossas dúvidas.

Discussão/desenvolvimento do tema

O doente, SPP, um varão de 46 anos, lavrador de profissão e com aparentes dificuldades para ler e escrever, procedia de Cacabelos, no norte da província de León. Tinha sido internado por ordem judicial por alterações condutuais.

Durante a sua permanência no hospital ocupava a maior parte do seu tempo na elaboração de figuras com forte componente religioso, pertencendo aquelas figuras a religiões que o próprio doente desconhecia. Por exemplo diversos símbolos da religião egípcia, persa ou cristá. (fig 1-8).

Era destacável a compulsão com a qual se entregava a esta atividade e a coincidência no tempo do período de maior criatividade artística com o período de maior perturbação psicológica. Além disso, conforme o seu estado mental melhorava, apresentava um progressivo desinteresse acerca desta forma de expressão artística, permanecendo apenas um estado de simplificação e de utilitarismo das suas novas produções. Contudo, depois da remissão do episódio psicopatológico, o doente não acreditava ter sido o autor das peças e era mesmo incapaz de as reproduzir.

O psiquiatra responsável, Dr. Villamil, considerava que a obra de SPP não fora originada por acontecimentos ou experiências vividas pelo próprio doente, perguntava-se qual a origem destas peças e se seriam a expressão de uma herança comum à espécie humana, cuja libertação teria sido provocada pela perturbação mental. Achava imprescindível aprofundar até os estratos mais profundos do inconsciente arcaico, de onde brotariam estas imagens que embora não vividas pelo doente estavam contidas no seu psiquismo.

Como psiquiatra tinha recebido a influência do psicanálise, provavelmente a través de Novoa Santos, quem tinha introducido as ideias de Freud na Universidade de Santiago já em 1916, e de Sanchís Banús. Esta influência reflectia-se nos seus escritos e na sua forma de ouvir e analisar os doentes.

Assim expressou as suas dúvidas ante S. Freud:

"No siendo fácil explicar la existencia de estas imágenes en el inconsciente superficial del enfermo, atendiendo a su cultura, que no le permite conocer estas religiones, de las cuales grabó siempre símbolos preferentes y también a la antigüedad de la mayoría de ellas, cabe ahondar, para su situación en el inconsciente, hasta los estratos mas

profundos de aquel, hasta las capas del inconsciente arcaico, de donde en el estado mental enfermo brotarían estas imágenes no vividas por el enfermo, pero si contenidas en su psiquismo. Llegase así al arduo problema del contenido del inconsciente arcaico y la herencia psíquica, cuya manifestación, y seguridad de existencia encuentran en las piezas que expongo una magnífica prueba, máxime si se tiene en cuenta que no se revela en este contenido religioso los fundamentos comunes a todas las religiones y si una laguna muy evolucionada ya del contenido psíquico humano”⁽¹⁾.

E S. Freud respondeu o seguinte:

“A sua comunicação pareceu-me muito interessante. Não duvido de que C. G. Jung estaria disposto a aceitar a sua interpretação e que utilizaria o caso como demonstração para a sua teoria do inconsciente colectivo. Contudo, eu não posso aceitar esta opinião. A concepção, como símbolo de diferentes religiões, das cabeças realizadas pelo doente, não me parece em absoluto conclusivo. Os símbolos estariam mal escolhidos (como o colega diz, as reproduções não são nada satisfatórias). Têm o aspecto como se tratassem de modificações, tanto de um único ou de nenhum tipo.

Não lhe posso facilitar uma explicação destas obras, somente uma analogia lembrando-lhe o famoso caso da criada ignorante que falava corretamente hebreu durante um delírio. Chegou a saber-se que trabalhava em casa de um pastor que estudava hebreu em voz alta enquanto ela limpava o quarto.

Talvez assim, um exame ao seu doente possa expor em evidência a ocasião ocorrida durante algum momento da sua vida, na qual pudesse ter tido a oportunidade de familiarizar-se com essas cabeças.

*Atentamente,
Sigmund Freud.”*

É necessário saber que na altura na que se enviou esta carta tinha Freud 77 anos e estava doente de cancro. Os nazis governavam e o psicanálise era considerado uma ciência judia; muitos psicanalistas emigraram mas Freud resistia a sair de Viena.

C.G. Jung presidia a *Allgemein Arztlliche Gesellschaft für Psychotherapie*, e afirmava que *“o inconsciente da raça Judia não pode ser comparado com o da raça ariana”*.

Freud e Jung mantinham teorias opostas na explicação do inconsciente colectivo.

Para Jung, o inconsciente colectivo era uma camada comum a todos os seres humanos de todos os tempos e lugares do mundo, que estava constituído por símbolos primitivos com os que se expressava o conteúdo da psique; não derivava de experiências individuais mas retinha informações arquetípicas e impessoais e seus conteúdos podiam-se manifestar nos indivíduos da mesma forma que também migraram dos indivíduos ao longo do processo de desenvolvimento da vida.

Jung explicou-o com a teoria da existência de símbolos universais que podem aparecer, tanto em mitos religiosos como em delírios psicóticos. Tomou como exemplo um caso clínico: Tratava-se de um doente esquizofrénico crónico de Burghölzli (Hospital psiquiátrico no qual trabalhava com Bleuler) que sofria numerosas alucinações. Dito doente declarou que via o sol dotado de um halo, cujos movimentos produziam o vento. A origem deste estranho delírio parecia ser inexplicável, até que num livro sobre a liturgia do culto de Mitra, encontrou-se a explicação. Nesse livro, constava que o vento

se originava num tubo pendurado desde o sol. Exclui-se a possibilidade de que o doente tivesse lido esse texto, uma vez que esse livro foi descoberto posteriormente.

Resulta curioso o paralelismo entre o presente caso e aquele narrado por Jung.

Para Freud, a introdução do conceito de inconsciente colectivo não tinha muito sentido porque o conteúdo do inconsciente é sempre colectivo como património universal dos seres humanos. Freud aceitava, por tanto, a existência de uma herança filogenética que dava conta da transmissão dos processos psíquicos de uma geração à outra. Se cada indivíduo tivesse que adquirir todo o saber cultural acumulado historicamente, não existiria neste âmbito nenhum progresso. Para Freud o herdado são predisposições psíquicas que precisariam do ambiente para serem desenvolvidas. Ele rejeitou as modificações de Jung e calificou-as como uma reinterpretação abstracta, apessoal e ahistórico dos fatos analíticos num intento de evitar a consideração da sexualidade infantil e do complexo de Edipo.

A sua carta resposta obedece à sua postura de chegar ao filogeneticamente adquirido através do adquirido individualmente.

O doente faleceu em 1943 sem se ter dado nenhuma explicação à sua obra. O psiquiatra também não pôde esclarecer as suas dúvidas.

Outros autores sentiram curiosidade pelo caso e nos anos 50, o responsável da revista do sociedade psicoanalítica "Imago", Ernest Kris (1900-1957) contactou com Villamil para lhe manifestar o seu interesse no caso e solicitando as fotografias da obra. O seu artigo foi publicado em 1952 "*Psicoanálisis del Arte*"

O noso trabalho começou em 1996, quando, com a intenção de dar resposta a estas dúvidas e seguindo o conselho de Freud a Villamil iniciámos a seguinte investigação: Procuramos informação nos arquivos de Conxo mas só encontramos dados demográficos e não a história clínica. Conseguimos localizar à família por teléfono e falamos coa filha, de 76 anos e quem não via ao pai desde que ela tinha nove. Averiguamos que tinha tido vários internamentos: dois em Palencia (1906-1907 e 1912-1913), dois em Conxo (1923-1924 e 1927-1930) e um em Valladolid (1939-1943). Tinha sido diagnosticado de alienação mental e exacerbação maníaca com alcoolismo. Referente à sua patobiografia descobrimos que era um bom carpinteiro, mas tinha trabalhado como lavrador por falta de clientes e tinha estudos básicos. Já a família relatava a sua maneira de criar arte baixo os efeitos do álcool. "Quando estava mal trabalhava a madeira de santos"

Em 2005 viajamos até o seu Cacabelos natal, localizado ao lado de uma ponte, em pleno caminho de Santiago. Em seguida descobrimos que contava com numerosas igrejas e hospitais, estando perto da vila o Santuário da Virgem da Quinta Angústia e o Mosteiro de Carracedo.

Entrevistamos os netos de SPP (a sua filha, nessa altura, tinha já 92 anos de idade) e pudemos saber que SPP teve 7 filhos. Não era o único com doença mental na família. Uma das filhas "ria-se com frequência de maneira inapropriada, não tendo chegado a receber nenhum tratamento". Um dos netos, também ele marceneiro, suicidou-se aos 18 anos depois de um problema amoroso. Dos três bisnetos afetados, dois foram internados. Também não era o único artista: um bisneto, pintor e escultor de madeira, realiza exposições na atualidade.

Fomos informados de que em ocasiões o doente se apresentava agressivo, mas sem chegar a levar a cabo as ameaças verbais e o seu comportamento histriónico era induzido pelo consumo de álcool. A família informou das medidas que tomavam quando se descompensava: retiravam todas as facas da casa e às vezes encerravam-no. Nestes encerramentos, fazia pinturas nas paredes com as próprias fezes e talhava figuras nas partes de madeira da casa. Todos acreditavam que estava mal quando bebia e que ia recuperar-se com o internamento, mas explicavam a duração dos mesmos com motivos alheos à própria doença: “permanecia internado para fazer móveis às freiras”.

Além da pesquisa aportada pela família, realizamos uma revisão da história clínica do manicómio provincial de Valladolid com o fim de achar mais informação:

Os pais de SPP faleceram na 8ª década de vida, são e sem doenças mentais. Tinha 12 irmãos e não havia antecedentes em familiares próximos. O seu nascimento e desenvolvimento foram normais. Tinha recebido lactação materna; e a sua escolaridade tinha sido regular. Nas entrevistas clínicas realizadas, reconhecia beber, mas negava alcoolismo. Contava os encerramentos domiciliários com ideias de prejuízo “traziam presunto que comiam a mulher e os genros e a ele davam-lhe caldo”. Negava ter alucinações.

Casou-se aos 23 anos e um ano depois “tornaram-me maluco, envenenaram-me, não sei quem, mas alguém foi, pois da bebida não deve ter sido...” Os seus familiares chamavam-lhe bêbedo e ele a eles cabras”. Diz o paciente, que o levaram para o manicómio por gritar muito com a sua mulher e que o encerravam em casa, na prisão ou no manicómio porque “tinham medo de que os matasse, como se eu fosse um criminoso ou uma fera.” Mas na realidade houve uma ocasião na que incendiou o quarto e quase queima a casa.

Na exploração mental realizada no Manicómio de Valladolid no segundo dia de internamento, fazem-se referências explícitas de que não apresenta alucinações nem delírios, apenas referências a pessoas que o caluniaram, que lhe fizeram dano e que o acusaram de alcoólico.

Finalmente e com o fim de entender a obra pedimos uma análise das peças a um especialista em arte. O seu informe destaca a beleza, qualidade e barroquismo.

A primeira obra (imagens 1 e 2) pela face principal pode equipararse aos pórticos românicos e nela podem ver-se base, fuste e capitel. A face posterior concorda com a tradição popular da Galiza centro-oriental.

A segunda obra (imagens 3, 4 e 5) corresponde-se com os capiteis românicos e a coroa é própria dos reis bíblicos.

A terceira obra (imagens 6, 7 e 8) é a mais estranha pelo seu barroquismo e atributos orientais. Os elementos florais e geométricos são românicos. Nunha das mãos segura um nicho, típico da cultura popular religiosa.

A inspiração das obras poderia ser explicada por ser de Cacabelos, lugar de rota românica do caminho de Santiago. É destacável a riqueza das obras presentes nas igrejas e o museu de Cacabelos, com uma secção de arte sacra.

A peça oriental pode ter sido vista nalgum livro, nalgum teatro ambulante ou ser alguma variante de alguma escultura curiosa da zona.

Nas imagens 9, 10 e 11 pode-se observar a similitude entre as estátuas e alguns

monumentos de Cacabelos.

Conclusões

- 1.O doente não era tão analfabeto como tinha pensado o seu psiquiatra.
- 2.Estava habituado a talhar e a desenhar desde sempre.
- 3.Conhecia os monumentos da sua cidade de origem e desenhava-os e talhava-os com frequência.
- 4.As suas estátuas parecem ser variantes de motivos vistos nas igrejas da sua zona.
- 5.Tinha razão, por tanto, Freud, demonstrando uma vez mais as suas teorias em contradição de Jung.
- 6.Uma vez compreendida a obra do doente, concluímos que o mais insólito do caso não é a representação da obra mas sim que o doente as negasse e não fosse capaz de as reproduzir quando se encontrava estabilizado.

Fontes e bibliografia

- 1.PÉREZ VILLAMIL, José - “Matiz intenso de religiosidad en el contenido inconsciente del psiquismo humano”. Los progresos de la clínica. 254 (1933)
- 2.ANGOSTO SAURA, Tiburcio - El caso del artista inconsciente: Dr Freud/Dr Villamil. Capítulo del libro “La Gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)”. Editado por la Universidad de Castilla-La Mancha. 2008
- 3.KRIS, Ernest - Psicoanálisis del arte y del artista. Buenos Aires: paidós, 1952.

Agradecimentos

A todos os familiares e amigos de SPP com os que falamos, especialmente à família Udaondo Neira pela sua amabilidade.

A Inés Díaz, do Museo Arqueológico de Cacabelos.

A Afonso Chaves pela ajuda na tradução do texto.

Imag. 1



Imag. 2



Imag. 3



Imag. 4



Imag. 5



Imag. 6



Imag. 7



Imag. 8



Imag. 9



Imag. 10



Imag. 11



Imag. 12

29. X. 1920 -
WIKEN. IX., BERGGASSE 19

PROF. DR. FREUD

Sehr geehrter Herr College
Ich lese zwar Spanisch bin
aber genügt Ihnen Deutsch
zu antworten.
Ihre Mitteilung schien
mir sehr interessant.
Ich zweifle nicht dass z. B.
E. G. Jung Ihre Deutung
bereitwillig annehmen
und den Fall als Beweis
für seine Theorie der Colloction
unbewussten verwenden würde.
Ich kann mich dem nicht an-
schliessen. Die Auffassung der
von dem Kranken hergestellten
Köpfe als Symbole verschiedener
Religionen erscheint mir als
durchaus nicht zureichend;
die Symbole wären schlecht
genügend (die Abbildungen sind
wie Sie selbst sagen recht
unbefriedigend). Es sieht aus

Imag. 13

Es handelt es sich um Modi-
fikationen eines einzigen oder
weniger Typen.
Eine Erklärung dieser Bild-
werke kann ich Ihnen nicht
geben, nur eine Analogie
mühen ich Sie an das berühmte
Dor Romnis erinnern dass eine
unwissende Magd in einem
delirium korrekt hebraeisch
sprach. Es stellte sich heraus
dass sie bei einem Pastor
bedienstet gewesen war der
laut Hebraeisch studierte wäh-
rend sie im Zimmer aufraute.
So mag ein Examen Ihres Pa-
tienten die Gelegenheit in
seinem Leben auffinden
die ihn mit solchen Köpfen
de Raum gemacht hatte.
Mit Hochachtungsvollen
Gruss Ihr
Freud

PSICANÁLISE E PSICOCIRURGIA: A CONTAMINAÇÃO INCONSCIENTE

Manuel Correia

Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra -CEIS20
(Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia)

Bolseiro de Pos-Doutoramento da FCT; Investigador

E-mail:manuel.correia@uc.pt

Resumo

A simplificação freudiana da psique numa trindade de instâncias – Id, Ego e Superego – influenciou profundamente a cultura do Século XX. São conhecidos os exemplos dessa influência nas ciências, na filosofia, nas artes, na literatura e nos estilos de vida. A sua influência nos adeptos e praticantes da Psicocirurgia foi igualmente significativa. Egas Moniz foi responsável pela receção universitária da teoria em Portugal e Walter Freeman deixou registo das suas reflexões sobre o tema. Salientamos na nossa comunicação que apesar das aplicações terapêuticas aparentemente opostas – as psicoterapias enquadradas pela psicanálise de um lado e as intervenções cirúrgicas do outro – a visão do Ego encurralado entre o Inconsciente e o Superego foi compatibilizada também pelos pioneiros da Psicocirurgia. As funções atribuídas aos lobos frontais em relação com as do sistema límbico sustentadas numa base evolucionista são postas em correspondência respetivamente com o Superego e o Id, trazendo para a anatomofisiologia do cérebro designações inspiradas na psicanálise freudiana.

Palavras-chave: Psicocirurgia, Leucotomia, Psicanálise

Abstract

The Freudian simplification of the psyche as an instance trinity – Id, Ego and Super-Ego – has deeply influenced the 20th Century culture. Some of these examples are known in sciences, philosophy, arts, literature and life styles. Its influence on the supporters and practitioners of Psychosurgery has been meaningful as well. Egas Moniz (1874-1955) was the responsible for the university's reception of that theory in Portugal, and Walter Freeman (1895-1972) left records of his thoughts on the subject. We stress in our paper that in spite of the seemingly opposed therapeutics – the psychotherapies under the framework of Psychoanalysis on one hand and the surgical operations on the other – the picture of the Ego trapped between the Unconscious and the Super-ego was also made compatible by the pioneers of Psychosurgery. The functions attributed to the frontal lobes connected with those of the limbic system, sustained on an evolutionistic basis, are put in correspondence, respectively with the Super-Ego and the Id, bringing into the brain anatomy and physiology labels inspired in the Freudian Psychoanalysis.

Introdução — Psicanálise e Psicocirurgia: um diálogo

Algumas simplificações maniqueístas afastam completamente a Psicanálise da Psicocirurgia desprezando eventualmente a influência estrutural que o novo paradigma psicológico (que Sigmund Freud veio sistematizar) exerceu na cultura do século XX.

Todavia, seguindo de perto o percurso intelectual do iniciador do programa da Psicocirurgia – Egas Moniz (1874-1955) – e do seu mais destacado seguidor – Walter Freeman (1895-1972) – encontramos a confirmação de que ambos prestaram uma atenção especial à Psicanálise. Egas Moniz fez a receção universitária da teoria freudiana, em 1915,¹ e Walter Freeman utilizou frequentemente terminologia e conceitos do âmbito da psicanálise.²

Desenvolvimento do tema

Independentemente do grau de adesão inicial à doutrina freudiana, ambos assimilaram conceitos e designações oriundos da Psicanálise, utilizaram-nos em diversas circunstâncias e mantiveram-nos mesmo após terem entrado a fundo no programa da psicocirurgia no período em que foi levado a cabo o maior número de leucotomias e lobotomias (1936-1950).

Egas Moniz apresenta a Psicanálise (Psychoanalyse) sob a forma de uma lição de abertura do Curso de Neurologia. Tem intenção de ministrar um conjunto de três lições: “A primeira destinada ao estudo da psychoanalyse, a segunda à exposição dos métodos de investigação psychoanalytica e a terceira às suas aplicações clínicas”.³ Esta planificação consubstancia a relevância que a “nova psicologia” revestiria para os futuros médicos.

Moniz atesta aqui o carácter científico da Psicanálise. Foca a centralidade do Inconsciente — o “determinismo da nossa vida consciente” —, a importância do método catártico (referindo igualmente Breuer). Alude a uma presumível “fronteira entre o consciente e o inconsciente”, enumera os “complexos” detendo-se nas particularidades do de Édipo, adota o “pansexualismo”, acrescentando o propósito de “corrigir” alguns aspetos da redação inicial da sua obra intitulada *A Vida Sexual*⁴ procurando sintonizar-se com a nova teoria.

Seis anos depois, em 1921, Egas Moniz retoma a temática reproduzindo praticamente tudo o que escreveu em “As Bases da Psicanálise”, mas acrescentando a descrição de alguns casos clínicos em que ele próprio recorreu ao método freudiano, consagrando uma maior atenção aos recalcamientos e à importância da interpretação dos sonhos.⁵

Apesar de não ter continuado a publicar as suas reflexões e experiências em torno da Psicanálise, Egas Moniz conservou dessa fase boa parte da terminologia psicológica, alguns conceitos, e a convicção acerca do carácter científico das bases do hipnotismo e das suas potencialidades diagnósticas e terapêuticas.

¹ MONIZ, Egas – “As bases da Psicanálise”. *A Medicina Contemporânea* nº 33, 1915, pp. 377 – 383.

² RAZ, Mical – “Between the Ego and the Icepick: Psychosurgery, Psychoanalysis and Psychiatric Discourse”. *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 82, Nº 2, Summer 2008, p. 387-420.

³ MONIZ, Egas, Ob. Cit., p.377, nota de rodapé 1).

⁴ MONIZ, Egas, *A vida sexual*, Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1932.

⁵ MONIZ, Egas — *O Conflito Sexual*, Coimbra: Imprensa da Universidade, 1922.

Retomando as suas ideias acerca da dinâmica psíquica, em 1950, Moniz afirma que

Há no cérebro grupos fibrilho-sinápticos que se estabelecem por fáceis ligações de ignorado mecanismo e ficam adstritas a certas atividades psíquicas.

Entre estes o mais importante é o complexo célula-conectivo que nos trás a noção da consciência. Contudo esta nem sempre intervém na vida psíquica. Os atos automáticos, mesmo os mais complexos, estão fora da sua alçada.

(...)

As ideias mórbidas permanentes e supliciantes de certas psicoses derivam de correntes de influxo que atravessam o setor “consciência” e o mantêm sempre em vibração.

Há muitos outros complexos que permanecem adormecidos e se despertam ao menor afloramento das correntes de influxos que os excitam. Estes podem vir da esfera sensorial, sensitiva, etc., e da própria atividade interna neuronal.

Está nestes casos o complexo sexual, de grande importância.¹

A semelhança das arquiteturas conceptuais dos impulsos ou pulsões do registo freudiano com os influxos; dos complexos enquanto expressão neurótica de recalcamientos com os correspondentes complexos célula-conectivos deixam entrever um mapeamento anátomo-fisiológico de inspiração psicanalítica. O caráter determinante do Inconsciente, a potência do condicionamento sexual e a dependência intermitente do “setor” consciência sugerem que, apesar de Egas Moniz se ter deixado de referir diretamente à Psicanálise, alguns termos e conceitos adquiridos no quadro freudiano mantêm operacionalidade no seu discurso.

No livro seminal em que Egas Moniz expõe os fundamentos teóricos da Leucotomia Pré-frontal e relata os resultados de vinte dessas operações, a utilização do termo “complexo” numa aceção próxima da psicanalítica ocorre várias vezes.

La comparaison de ces symptômes avec ceux produits par d'autres lésions cérébrales l'on conduit [Kleist] à formuler des explications sur le mécanisme de symptômes psycho-pathologiques et même de complexes symptomatiques psychiques liés aux altérations des zones corticales et subcorticales du cerveau.²

A teoria geral, ainda que manifestamente insatisfatória para muitos dos seus pares era a de que a localização das conexões celulares correspondentes aos “complexos”, às

¹MONIZ, Egas – “Conceitos Neurológicos em Psiquiatria”. *A Medicina Contemporânea*, Ano LXVIII, nº 2, Fevereiro de 1950, pp.48-49.

² MONIZ, Egas – *Tentatives Opératoires dans le Traitement de Certaines Psychoses*. Paris: Masson, 1936, p.10.

obsessões, à ansiedade, às manifestações psicóticas, podiam ser interrompidas cirurgicamente e a cura ou o tratamento do distúrbio mental conseguido por essa via. O alvo a lesionar residia imprecisamente nos “centros ovais dos lobos pré-frontais”. Em paralelo, Moniz faz o estado da arte relativamente aos estudos acerca das funções do lobo frontal recordando designadamente os trabalhos apresentados ao Congresso Internacional de Neurologia ocorrido no ano anterior em Londres. Para além das múltiplas referências aos conhecimentos adquiridos acerca do Lobo Frontal, ao longo de todo o texto, dedica-lhes especificamente dois capítulos: “Les lobes frontaux et la vie psychique” e “Symptômes du Lobe Préfrontal”. Tudo concorre pois para que o Lobo Frontal outrora catalogado como zona silenciosa do cérebro comece a impor-se como zona de integração, coordenação ao mais elevado nível da vida psíquica. A perspetiva evolucionista aponta o diferencial de desenvolvimento dos lobos frontais nos antropóides relativamente aos restantes vertebrados. A hipótese que sustenta ser esse diferencial a base das funções psíquicas superiores (consciência, coordenação e orientação para valores) é assim compaginável com a simplificação de que as funções de “censura”, contenção e inibição configurariam a instância que Freud denominou Superego.

Walter Freeman e James Watts, discípulos norte-americanos de Egas Moniz, embora não associados, como Moniz, à receção da Psicanálise assimilaram mais abertamente a respetiva terminologia.

Em 1943, Freeman explicava assim os efeitos da lobotomia sobre o Ego:

It would seem, therefore, that prefrontal lobotomy abolishes many of the symptoms of mental disorder by bleaching the affect attached to the ego. Symptoms such as anxiety, worry, apprehension, obsessive thinking and the like are prominent in most of the psychoses at least during their inception. These symptoms have an egocentric signature. ... By reducing the emotion expended upon the ideas relating to the self, prefrontal lobotomy reduces the significance of the self to the self and tends to abolish egocentricity.¹

É visível a adoção e adaptação da terminologia de extração psicanalítica. O pressuposto biológico na etiologia das neuroses (o seu carácter sexual, eminentemente biológico na origem) não repelia os organicistas e tal como alguns estudiosos do assunto puseram em

¹“Psychosurgery: An Evaluation of 200 Cases Over Seven Years,” Baltimore, 22 October 1943. Freeman/Watts archives, box 16, folder 17. Citado por RAZ, Mical — Between the Ego and the Icepick: Psychosurgery, Psychoanalysis and Psychiatric Discourse”. *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 2, N° 82, 2008, p. 399. “Parece, portanto, que a lobotomia pré-frontal abole muitos dos sintomas de transtorno mental branqueando o afeto ligado ao ego. Os sintomas tais como ansiedade, preocupação, apreensão, pensamento obsessivo e similares, proeminentes na maior parte das psicoses, pelo menos, durante o seu início. Estes sintomas têm uma assinatura egocêntrica... Ao reduzir a emoção sobre as ideias relativas ao Eu a lobotomia pré-frontal reduz o significado do Eu sobre o Eu e tende a abolir egocentrismo.”

relevo, a Psicocirurgia foi, com raras (se bem que muito pronunciadas) exceções aceite pela generalidade dos psiquiatras independentemente das suas orientações.¹

Mesmo o psiquiatra Henrique Barahona Fernandes, conhecido pela sua desafeição relativamente à psicanálise salienta a tese de Freeman e Watts segundo a qual

(...) dans les psychoses existe une exagération du *souci de soi même*, des décriations de la *fantaisie* et d'autres troubles en rapport avec l'hyperfonction (...)²

procurando fazer coincidir categorias mentais com localizações cerebrais. Mas a simplificação neuro-psicanalítica é ainda mais flagrante. No seu vasto informe ao Congresso, o psiquiatra português caracteriza essa tendência:

Une autre interprétation, celle là de caractère psychanalytique, est défendue par REES, pour qui la leucotomie résoud les conflits en séparant le super-ego (frontal) de la libido instinctive (thalamus).

WYNYGAR accepte que la destruction du super-ego fasse disparaître le substratum des conflits. E. KRAPF, au contraire, pense que le super-ego n'est pas détruit, mais à peine diminué par l'affaiblissement des instincts agressifs qui le rendent moins "thanatique". Cet effet serait le résultat de la section des fibres thalamo-corticales, plus atteintes que les fibres fronto-thalamiques.³

Na mesma Conferência, Walter Freeman ao apresentar resultados provisórios de uma amostra de um milhar de casos, elogia Egas Moniz que ganhara, como se sabe, o Prémio Nobel da Fisiologia ou Medicina no ano anterior:

Indeed, this work is theoretically as important as the dynamic revolution of Freud and his followers. From the practical standpoint, it is even more fruitful for the relief of intolerable burdens of misery, both mental and physical, when intensive psychotherapy has done its utmost.⁴

Em traços largos, está desenhada uma das tendências do contexto: a Psicanálise surgira com impacto revolucionário; os conceitos e a terminologia a ela associados eram geralmente aceites, partilhados e aplicados. O mapeamento do cérebro fazia-se agora

¹ Para o caso norte-americano ver Mical Raz, Ob. Cit., 2008.

²FERNANDES, Barahona — "Anatomo-physiologie cérébrale et fonctions psychiques dans la Leucotomie pré-frontale". *Congrès International de Psychiatrie*, Paris: Hermann & Cie Editeurs, 1950, p. 36. Um agradecimento muito especial a Tiburcio Angosto que partilhou connosco a sua documentação relativa ao 1º Congresso Internacional de Psiquiatria.

³ Ibidem, pp. 37-38.

⁴ FREEMAN, Walter — "Plane of section in Leucotomy in relation to social adjustment. A follow-up study of 1000 cases". *Congrès International de Psychiatrie*, Paris: Hermann & Cie Editeurs, 1950, p. 63.

com o auxílio das denominações freudianas sobrepostas à concepção evolucionista das camadas encefálicas: o Id nos lugares mais remotos do tronco e do sistema límbico; o Superego nos lobos frontais. Faltava apenas acrescentar, como Freeman fez com toda a naturalidade, as vantagens e a superioridade da Psicocirurgia face à Psicanálise.

A Psicanálise e a Psiquiatria Biológica

Antes de finalizar o seu estágio em Paris, Sigmund Freud terá conversado com Charcot acerca de um novo método para a abordagem da “histeria”, partindo das percepções e representações que os pacientes tinham do que os afetava.

I wished to establish the thesis that in hysteria paralysis and anaesthesias of the various parts of the body are demarcated accordingly to the popular idea of their limits and not according to anatomical facts.¹

Segundo o próprio Freud, Charcot, apesar de admitir em palavras essa nova abordagem, partia sempre da anatomia patológica para a análise dos casos. Esta divergência metodológica explica em grande parte o que se seguiu, tornando-se Charcot uma referência fundamental da história da Neurologia, enquanto o recém-formado neurologista de Viena viria mais tarde a pôr em prática esse novo método cujo ponto de partida teria aflorado naquela conversa com Charcot.

Todavia, a extrema importância que Sigmund Freud atribuiu à sexualidade, aos impulsos, complexos e ao imperialismo determinista do inconsciente indicava o reconhecimento de que os fatores estruturantes do caráter, da personalidade, das atitudes e dos comportamentos tinham uma base rotundamente biológica.

Houve quem lhe chamasse uma “psicobiologia sofisticada”,² e quem apontasse nos textos de Freud numerosas provas de que embora se tivesse afastado do primado somático permanecera, no fundo, prisioneiro do paradigma organicista.

Se, por um lado, Freud adverte para a ilegitimidade de o seu esquema ser tomado como uma série de divisões espaciais suscetíveis de mapeamento cerebral,³ por outro mantivera uma espécie de fé inabalável na confirmação biológica do que por enquanto ia articulando metaforicamente.

¹ FREUD, Sigmund – “An Autobiographical Study”. *Freud – Complete Works*, Ivan Smith, 2011, p. 4191.

² “(...) Freudian psychoanalysis is a sophisticated psychobiology, the historical sources of which have not been generally recognized.” SULLOWAY, Frank J. — *Freud Biologist of the Mind. Beyond the Psychoanalytic Legend*. Cambridge: Harvard University Press, 1992, p. xi.

³ “The subdivision of the unconscious is part of an attempt to picture the apparatus of the mind as being built up of a number of agencies or systems whose relations to one another are expressed in spatial terms without however implying any connection with the actual anatomy of the brain”. FREUD, Sigmund, Ob. Cit., p. 4208.

Even when investigation shows that the primary exciting cause of a phenomenon is psychical deeper research will one day trace the path further and discover an organic basis for the mental event. But if at the moment we cannot see beyond the mental, that is no reason for denying its existence.¹

Esta postura esperançosa em relação às futuras explorações científicas, tão comum entre os neurologistas do seu tempo, harmoniza-se sem dificuldade com a sua convicção de que o biológico está sempre subjacente e é suporte do psíquico.²

Michel Onfray oferece também um grande número de passagens extraídas dos textos de Freud com o mesmo sentido,³ concluindo que, mais ou menos assumidamente, Freud abraçou o vitalismo.⁴

Nesta perspetiva, a receção e aceitação da doutrina psicanalítica pelo organicismo dominante surpreende menos, tal como a frágil contestação da leucotomia e da lobotomia na primeira fase: da publicação das *Tentativas Operatórias* (Paris, 1936) até ao 1º Congresso Internacional de Psiquiatria (Paris, 1950).

A Psicanálise, com o seu fundo biológico evidente, não apenas confirmava algumas das intuições em voga, como fornecia uma reflexão psicológica atualizada e uma terminologia de fácil assimilação. Onde alguns viam e eventualmente veem ainda incompatibilidades, os pioneiros da Psicocirurgia, a começar por Egas Moniz e Walter Freeman encontraram o que lhes pareceu corresponder a muitas das suas crenças e expectativas.

Metamorfose das narrativas psiquiátricas

É interessante constatar que duas práticas e teorias que conviveram harmoniosamente no passado — a Psicanálise e a Psicocirurgia — tenham sido filtradas e injetadas em discursos posteriores como se tivessem sido incompatíveis à partida. Para essa metamorfose das narrativas psiquiátricas contribuiu em primeiro lugar o enviesamento biográfico — Barahona Fernandes e outros biógrafos de Egas Moniz omitiram ou minimizaram a relação de Moniz com a Psicanálise. Em segundo lugar, contou bastante a ambiguidade silenciosa do próprio Moniz a partir de finais dos anos 20. Em terceiro lugar, o desconhecimento dos escritos de Walter Freeman a esse respeito, uma vez que na segunda metade do século XX teve lugar uma espécie de campanha ideológica opondo o “bom Moniz” ao “diabólico Freeman” tornando desprezíveis os escritos deste último.

¹ FREUD, Sigmund — “The Interpretation of dreams”. Ob. Cit., p. 552.

² “We often have the impression that with the wish for a penis and the masculine protest we have penetrated through all the psychological strata and have reached bedrock, and that thus our activities are at an end. This is probably true, since, for the psychical field, the biological field does in fact play the part of the underlying bedrock.” FREUD, Sigmund — “Analysis Terminable and Interminable”. Ob. Cit., p. 5046.

³ ONFRAY, Michel — *Anti-Freud*. Carnaxide: Editora Objetiva, 2012, pp. 356-377.

⁴ ONFRAY, Michel, Ob. Cit., p. 364.

Apesar de Egas Moniz averbar a primazia da receção universitária da Psicanálise, de a ter ilustrado literariamente e de também a ela ter recorrido na clínica, chegando a descrever alguns casos, Barahona Fernandes contraria o biografado, desacomodando-o da parte clínica. Comenta, a esse respeito, que no Serviço de Neurologia de Santa Marta não havia ambiente favorável à operacionalização do método.¹ Barahona Fernandes deixava passar em subtexto a opinião de que os ritmos, as demoradas inquirições, os acompanhamentos de longo prazo não se compaginavam com o regime industrial de um serviço de neurologia hospitalar daquela época. Quanto a este aspeto da metamorfose teremos de incluir, na versão que propomos desta sequência de textos, o ponto de vista do biógrafo — que minimiza as reivindicações do biografado a este respeito e o desautoriza na parte relativa ao relato de casos clínicos — e as descrições que o próprio biografado faz.² Quanto ao artifício de aludir o Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Marta como único cenário clínico possível para a prática da psicanálise, haverá que lembrar que Egas Moniz exercia também no seu próprio consultório na Rua do Alecrim e noutras instituições privadas e públicas. Quer a minimização do alcance que a Psicanálise teve no pensamento e na prática de Moniz, quer o artifício implícito que confina a sua prática clínica ao Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Marta são compreensíveis mas historiograficamente empobrecedoras. As duas conceções cuja junção lhe pareceria espúria não parece terem levantado quaisquer problemas a Moniz ou a Freeman.

É verdade que Egas Moniz não voltou a escrever sobre a Psicanálise a partir de meados dos anos 20 do século passado. A circunstância tornou-se algo enigmática à luz da motivação biográfica de Barahona Fernandes, posto que Moniz inicia a experimentação conducente à Leucotomia no final de 1935 e apesar de ter regressado a temas situados na periferia da psicanálise, como o hipnotismo, não mais produziu qualquer escrito conhecido acerca da sexualidade ou da psicanálise. Tudo isso parece verdadeiro. Há no entanto que acrescentar, para que o quadro cultural fique mais completo, que nada escreveu contra nem se lhe conhece qualquer nota de desvalorização da teoria freudiana. Pelo contrário, as reformulações expressamente motivadas pela adoção de conceitos psicanalíticos que introduziu em reedições do seu livro *A Vida Sexual* lá se mantiveram. A circulação do livro foi muito condicionada pelo puritanismo obscurantista do Estado Novo, mas o autor sabia que pelo menos as últimas versões continuavam a ser consultadas e nada fez para modificar a ideia que a leitura do livro deixa a esse respeito. Mical Raz sustenta que sobretudo nos Estados Unidos da América, psicanalistas e neurocirurgiões consagrados à psicocirurgia aceitavam-se e respeitavam as respetivas bases teóricas.³ Mesmo no caso português, sem ignorar a onda crítica que se foi levantando dentro e fora da equipa de Egas Moniz contra a interpretação otimista dos resultados da Leucotomia, deve sublinhar-se que os fundadores do movimento psicanalista em Portugal (Francisco Alvim e Pedro Luzes, entre outros) não se

¹ FERNANDES, Barahona — *Egas Moniz. Pioneiro dos Descobrimentos Médicos*, Lisboa: ICLP, 1983, p. 62.

² MONIZ, Egas — *O Conflito Sexual*, Coimbra: Imprensa da Universidade, 1922.

³ RAZ, Mical, Ob.Cit., p. 415

opuseram nem às concepções nem à prática da Psicocirurgia reservando, pelo contrário, uma documentada veneração a Moniz enquanto introdutor da teoria psicanalítica em Portugal.

Conclusão

De certo modo, Panchón,¹ ao formular com uma simplicidade irónica a questão de saber se há alguma psiquiatria para além da Biológica, — aqui em Coimbra, no ano passado — reeditou e pareceu dar implicitamente por encerrada a discussão que costumava separar os métodos “morais” das alegadas “terapêuticas somáticas”. As primeiras dando origem ao acompanhamento psicológico, através do diálogo, das medidas de recuperação e reinserção social, reeducação e persuasão; as segundas insistindo nas hidroterapias, abcessos de fixação, coma insulínico, eletrochoques e, claro, na psicocirurgia.

Desenvolvendo por certo sensibilidades diferentes, as concepções e práticas da psicanálise e da psicocirurgia estiveram aparentemente mais próximas do que algumas versões posteriores quiseram dar a entender.

Bibliografia

MONIZ, Egas – “As bases da Psicanálise”. *A Medicina Contemporânea* nº 33, 1915, pp. 377 – 383.

RAZ, Mical – “Between the Ego and the Icepick: Psychosurgery, Psychoanalysis and Psychiatric Discourse”. *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 82, Nº 2, Summer 2008, p. 387-420.

FREEMAN, Walter – “Plane of section in Leucotomy in relation to social adjustment. A follow-up study of 1000 cases”. *Congrès International de Psychiatrie*, Paris: Hermann & Cie Editeurs, 1950.

FREUD, Sigmund – “An Autobiographical Study”. *Freud – Complete Works*, Ivan Smith, 2011.

SULLOWAY, Frank J. — *Freud Biologist of the Mind. Beyond the Psychoanalytic Legend*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

Trabalho integrado no projecto de investigação de Pós-Doutoramento: História da Psicocirurgia: práticas e polémicas científicas e culturais. Uma perspetiva transnacional e comparativa (SFRH/BPD/75838/2011)

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projecto PEst-C/HIS/UI0460/2011. Ref. COMPETE FCOMP-01-0124-FEDER-022660.

¹ Refiro-me a um aparte de Antonio Carreras Panchón durante a sua conferência de encerramento do 1º Congresso Internacional de História Interdisciplinar da Saúde, Coimbra, 18 e 19 de Outubro de 2012. A conferência intitulava-se *La medicalización en la sociedad moderna: el caso de la psiquiatria*. Cito de memória.

**OS AMOS DA ALMA.
O DIFÍCIL PARTO TEOLÓGICO E FILOSÓFICO DA PSICOLOGIA
EXPERIMENTAL NO PRIMEIRO TERÇO DO SÉCULO XX**

Paulo Archer de Carvalho

Investigador; Bolseiro Pos-Doutoramento FCT
Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX
da Universidade de Coimbra CEIS20
E-mail: pauloarcher33@yahoo.com.br

Resumo

Propõe-se breve itinerário pela difícil origem e situação, entre nós e no quadro institucional e universitário, da Psicologia Experimental no primeiro terço do século XX. Negada a sua autonomia científica e validade epistémica até muito tarde pelos detentores dos saberes teológicos, revertida esta situação com o triunfo da República e a reforma universitária de 1911 (que extinguiu a única Faculdade de Teologia), em termos de se subjugar discursivamente, agora, a Psicologia ao credo cientista, positivista e evolucionista que animava o ideal transformador, abandonado o próprio Laboratório de Psicologia experimental após 1919 e sem director, após a morte de Alves dos Santos, só em 1929 – entre enorme polémica pública – seria provido pelo jovem Sílvio Lima (1904-1993), na sequência da pioneira e inovadora tese, *O Problema da Reconhecimento*, a autêntica certificação da maioridade metodológica e científica da ciência nova.

Palavras-chave: psicologia experimental; Sílvio Lima

Como corolário da magna reforma republicana do ensino universitário (1911), em parte convergente com aquelas gizadas pelos sectores mais liberais que em plena monarquia constitucional visavam destituir o monopólio coimbrão, e objectivando um programa laicizador que passou pela extinção definitiva da velha Faculdade de Teologia, são instituídas Universidades em Lisboa e no Porto, e determina-se em Coimbra a instalação do pioneiro Laboratório de Psicologia Experimental, o que na prática ocorre em 1912, anexando-o à recém-criada Faculdade de Letras. A sua direcção foi entregue ao ex-teólogo Alves dos Santos, o secretário particular de Teófilo Braga quando este assumir a liderança da ditadura revolucionária que promulga o grosso das reformas legislativas secularizadoras e prepara o terreno para as eleições para a Assembleia Constituinte donde sairá a Lei republicana de 1911. Sabe-se como uma *teologia ao contrário* presidiu à laicização dos estudos psicológicos, a um tempo libertando-os da filosofia idealista e da teologia católica, outorgando o psicofisiologismo e a ganga positivista e cientista que o revestia, exigindo assim a autonomia metodológica e uma via epistémica que libertasse o estudo do psiquismo de qualquer fenomenologia heteronómica ou a subjugasse a uma qualquer verdade revelada.

Joaquim Alves dos Santos (1866-1924) tivera atribulado percurso académico e ideológico. Até 1911, lente de Teologia, estribara uma gnoseologia dentro da dogmática e da cosmovisão católicas, típicas do antimodernismo do Concílio Vaticano I, quer na

dissertação (*Concordismus et Idealismus*, 1900), quer na agregação pedagógica, *O problema da origem da família e do matrimónio face à Bíblia e à Sociologia* (1901). Ao refutar teses transformistas, evolucionistas e naturalistas (Spencer, Darwin, Lamarck, Vogt), nega nesta fase a crescente afirmação do pensamento apodíctico, o cientismo e contesta filosofias materialistas e naturalistas da História e das Ciências da Vida, pela liminar negação do monismo naturalista de Häckel, pois aceitar o seu pressuposto seria recusar a imortalidade da alma, fundamento último da *Gnosis* da qual mesmo era docente. Assim, na perspectiva do teólogo, a naturalização do homem, a redução da consciência ao átomo, traria no contexto social a inevitável *irreligiosidade, imoralidade e anarquia social*¹.

A posterior adesão ao positivismo e à demopédia e mundividência republicanas, ter-se-á acentuado através da “conversão pela educação”. Daí conferir, depois, na segunda metade da primeira década, especial atenção à Escola em dupla vertente: como instrumento mediador e vulgarizador dos saberes – *telos* perfectibilista que o positivismo assinalava como justificação do *Estado Positivo* – ou seja, como *instância reprodutora* do saber; mas também como instância *produtora* da totalidade social, através da inoculação dos valores da cooperação que a escola deveria assumir, criando nexos de solidariedade que fariam da almejada “escola integral” a síntese entre o egoísmo e o altruísmo propugnada por A. Comte.

O facto de ter pertencido à Liga Nacional de Instrução e de ter promovido o I Congresso Pedagógico (1908), assinala a migração de convicção que Alves dos Santos patenteia no estertor da monarquia, em clara contradição porém com o monárquico que ainda é quando em plena capela da Universidade faz o elogio fúnebre de D. Carlos, no memorial de Fevereiro de 1909. Não por acaso, entre os «históricos» do PRP, partido no qual Alves dos Santos depois ingressará em 1910, após Outubro, esse paradoxo custar-lhe-á os epítetos de *corvo* e *adesivo*.

Assim, ao novo credo positivo e dada “a hegemonia do positivismo no mundo do pensamento contemporâneo”, devotará um compêndio escolar (1915) para uso no ensino liceal, com o elucidativo título *Elementos de Filosofia Científica*, no qual refuta quaisquer petições metafísicas e especulativas, e de acordo com a comtiana taxinomia hierárquica das ciências, releva a Filosofia como uma súpula de *ciência experimental* e reduz o espírito filosófico ao espírito científico e a filosofia à *filosofia* matemática, cosmológica, biológica e sociológica, eliminando os destroços da metafísica e da ontologia. Trocara em toda a linha o Velho catecismo pelo Novo, dir-se-á. Liberta da teia qualitativa da teologia moral, e mesmo da ética, a Psicologia, pelas mãos da *filosofia científica*, entrava no reino do dogma quantitativo do Ser. Divisando aqueles grandes campos na Filosofia esta reduzir-se-ia portanto a um *ensaio de explicação universal*, cujos fundamentos, no explícito *critério cientista* de Alves dos Santos, se deveriam buscar “nas conclusões certas das ciências particulares, estabelecidas pelos processos do método experimental” o que permitiria aceder a uma visão de conjunto sobre a Natureza.²

¹ Cf. Alves dos Santos, *O problema da origem da família...* Coimbra, 1901, 73-74. Cf. Álvaro Garrido, *Ensaio sobre o pensamento do lente republicano Alves dos Santos*, Coimbra, FLUC, pol., 1993, 9-11.

² Alves dos Santos, *Elementos de Filosofia Científica*, Coimbra, Moura Marques, 1915, da Int., 10-12.

Ora, se a Psicologia se confinava à «filosofia biológica» e aqui interna e hierarquicamente era subalternizada pela antropologia, constituía-a partindo de E. Mach como a “ciência dos fenómenos que não pertencem imediatamente senão a *um só*, e que, *para os outros*, apenas são conhecidos *por analogia*, em contraposição à física” cujos fenómenos no espaço e no tempo seriam generalizadamente perceptíveis, corrigindo este excesso subjectivista com Ch. Richet, para quem, como actividade *bio-psíquica*, a nova ciência abrangia um conjunto de operações de complexidade crescente, desde a mera actividade reflexiva elementar até às mais complexas operações intelectuais. Daqui resultaria para Alves dos Santos que, delimitando-o em grande parte como fenomenologia da consciência, e não como epifenómeno fisiológico, “o fenómeno psíquico conquanto indissolúvelmente ligado aos fenómenos *físico-químicos* e *biológicos*, deles se distingue contudo pelas características *subjectivas* que reveste (*consciência* e *extra-consciência*) e pelas *formas* que adquire nas suas relações com a actividade geral do organismo”.¹

Dado seu fundamento epistémico, a psicologia é lida por Alves dos Santos como dispositivo científico associado à pedologia e pedagogia, de cuja articulação funcional se fabricará uma demopédia da consciência republicana, porquanto na sua perspectiva a educação é uma *‘tecnocracia’*, instrumento passível de modelar a “própria congenitude do homem português”. Apercebendo-se destas limitações, Joaquim de Carvalho irá relê-lo, a despeito da *arquitectura escolástica das lições*, como “talvez o último representante do positivismo em Portugal”, embora numa posição espiritualista e ecléctica que não afasta a feição empírico-criticista². No fundo, este caldo de culturas epistémicas seria matizado também pelo experimentalismo clínico de Alfred Binet e a lição de Claparède e Godin, prolongando o positivismo psicologista finissecular (Miguel Bombarda, Magalhães Lemos, Júlio de Matos, Bettencourt Ferreira), movimento que não deixou de estar tocado, por seu lado, pela *sereia germânica*, como o esclareceria Sílvio Lima, que entoava o organicismo monista, materialista e evolucionista (Häckel, Vogt, Moleschott, Büchner), percebendo contudo as limitações que o paradigma psicofisiologia de Wundt começara a evidenciar, entrando em crise de credibilidade científica no final do século XIX, cujas insuficiências no essencial se cifravam na dessubjectivação e isolacionismo dos fenómenos psíquicos.

Em segundo lugar, resumindo, o magistério psicológico de Alves dos Santos evidenciaria a emergência da psicologia experimental como saber matricial (também no teor *moral*³) do ser humano que permitisse sobredeterminar a compreensão do horizonte perfectível em que se situa o positivismo e o próprio cientismo. Isto é, atende ao Ser como ente dotado de plasticidade intelectual e moral, capacitado para se regenerar do «vício», semeando em si próprio a «virtude». Por último, *mesologia* e *eugenia* são as suas preocupações nucleares: a escola seria a antecâmara adaptativa às condições mesológicas e o elo indispensável do progresso material e espiritual da *raça*, pelo que se demonstrava

¹ *Id. ib.*, §§ 72 e 73, 184-197.

² Joaquim de Carvalho, «Dr. Alves dos Santos», *OC*, VIII, 84-85.

³ M. Viegas Abreu, “A criação do primeiro Laboratório de Psicologia ...”, *Universidade(s)*, Actas do Congresso Internacional, 1991, 123.

forçoso monitorizar, como metodologia, a antropometria do crescimento fisiológico das crianças e adolescentes. A antropometria liga-se assim à parametrização ou psicométrica (*psicofísica, psicocronometria, psicodinâmica e psico-estatística*¹) da saúde física e mental da *raça*. Às velhas narrativas genealógicas aristocráticas e elitistas, contrapunha-se agora uma radicalmente nova genealogia popular e «nacional» da *raça*, em cujos estudos antropométricos do crescimento psicofisiológico se aplicou e cujos resultados empíricos, à distância de um século, continuam à espera de um especialista das áreas da psicologia e de fisiologia do crescimento que capazmente os interprete.

Em suma: o avanço dos estudos psicológicos, pedológicos e psicométricos explicava-se então como a mais-valia pedagógica para a implantação generalizada e estratégica da democratização do sistema de instrução pública que a República tentara promover, como instrumento de controlo de saúde pública infantil e juvenil que propiciaria a base da aprendizagem e da interiorização da axiologia republicana da cidadania.

Mas o destino do Laboratório e da disciplina seriam comprometidos pelo relativo alheamento de Alves dos Santos da sua Faculdade, em virtude do fundo envolvimento político do catedrático na administração local e na representação parlamentar, alheamento mais acentuado após a tentativa de extinção da própria Faculdade de Letras, em 1919, tida por «escolástica» pelo ministro Leonardo Coimbra e em cuja penumbrosa trama a atitude do próprio Alves dos Santos fora decisiva, como os pares facultativos logo o acusariam². Prematuramente morto este professor em 1924, baldada a tentativa no ano imediato de encontrar em Paris, por intermediação do prof. Dumas e sob sugestão de Joaquim de Carvalho um docente, a Psicologia foi entregue à regência interina de Maximino Correia, da Faculdade de Medicina, que a orientou em predominante perspectiva clínica enquanto a Psicologia experimental entrava em hibernação, tal como o Laboratório a que fora destinada.

Apenas seria retomado o originário veio experimental, e reconduzida a sua autonomia epistémica e científica, em 1929, pelas mãos de Sílvio Lima, entre os clamores de um candidato preterido, o ex-assistente contratado Manuel Serras Pereira que, em parangonas jornalísticas e público escândalo, estribava as teses ortodoxas, realistas e tomistas de uma intangível *alma*, descaracterizando-a na «ontologia subtil» de uma ordem universal³.

As vias percorridas pela argumentação de Serras Pereira são porém pouco douradas. Ele apresentara, *formalmente*, a primeira dissertação de doutoramento em «Psicologia experimental» numa universidade portuguesa, *A tese escolástica do composto humano* (1923), excluída posteriormente do concurso pois, afinal, não versava sobre psicologia experimental, apenas referindo de modo marginal escassos resultados empíricos obtidos em processos lidos alhures, no curto espaço de uma dúzia de páginas, como notam J. Ferreira Gomes e Costa Pinto. De facto, Serras Pereira não desenvolvera qualquer experiência e o que promove é a discussão metafísica sobre os pressupostos ineístas da

¹ Cf. Alves dos Santos, *Elementos de Filosofia Científica*, op. cit., § 76, 206-109.

² Cf. P. Archer de Carvalho, «A exclusão universitária. Sobre o caso Sílvio Lima, 1935», *Biblos*, IX, (2ª série), 2011, em particular, 139-150.

³ Cf. *id.*, *Sílvio Lima, um místico da razão crítica (da incondicionalidade do Amor intellectualis)*, Coimbra, pol. 2009, cap. I; e «A exclusão universitária», art. cit., 151-162.

psicologia bergsoniana e sobretudo da visão transcendental da *psychê*, tal como o tomismo a considerara.

A dissertação, quase desprovida de aparato crítico, procurava validar a tese escolástica da preexistência e independência da alma em relação ao organismo e, indo de Descartes, seria testada na “insuficiência idealista, na insuficiência materialista, na psicologia experimental e na tese bergsoniana da *Matière et Mémoire*”¹. Contra a perspectiva fisiológica e materialista, mas também contra a emancipação epistémica da nova ciência psicológica, propunha-se assim o caminho do retorno às velhas e mesmas teses teológicas coimbrãs do século XIX que, ao recusarem ao pensamento o estatuto de “secreção” cerebral, o entendiam como mero fruto do *movimento* que dependeria de “uma causa imaterial, como a alma humana ou como o primeiro motor – Deus”.

Para se atender à tentativa de reversão científica e a procura de explicação do deísmo espiritualista ao nível da micromatéria, Serras Pereira sintetizará as suas preocupações gnósticas num opúsculo intitulado *Deus como primeira intuição e último conceito em Filosofia* (1936). O essencial das suas proposições sintetiza-se na inevitabilidade histórica da necessidade humana da confirmação do divino, pois se Bacon não erra quando afirma que *muita ciência conduz a Deus*, então “a intuição de Deus, que a humanidade tem na fase pré-científica da sua evolução, será ainda o termo lógico da iniciação científica”.

Assim, a posterior publicação elucida melhor e reforça o sentido daquilo que em 1923 defendera – uma “ontologia subtil” que, das moléculas aos fotões, não é apenas constituída por elementos “puramente mecânicos”, mas por “centros de vida” os *dominantes* de Mendel e Reinke ou constituintes do *élan vital* de H. Bergson: uma estrela de cinema ou qualquer rato de laboratório apresentam a mesma constituição química – mas se algo os diferencia, é a respectiva autonomia dos centros de vida. Ora, “na matéria há ordem, na ordem há vida, na vida há pensamento”. O centro vital encontra-se justificado pelo pensamento – “os fenómenos psíquicos existem no homem: são o termo duma evolução, quando os consideramos na forma de consciência clara, mas existem também, em formas mais elementares, como sub-consciência e inconsciência”. O que quer dizer que para além da “ordem” realizada no Universo e dos factos psíquicos, o homem está capacitado para descobrir em si um facto novo – a personalidade; e essa a razão, à maneira substancialista da Escolástica, que o leva a indagar as causas primeiras – processo que teria o seu expoente quando, a “razão” e a “experiência” “protestarem contra o pluralismo das causas e subordinarem os deuses a um Deus único” – concluindo S. Pereira que “a este progresso quantitativo, no sentido monoteísta, corresponde um processo evidente na transformação qualitativa do conteúdo da consciência moral”.

Em suma: “o *Cosmos* não pode ser definido em termos de matéria pura”, mera contingência, mas na busca da lógica da sua transcendência – tarefa assinalada não à teologia, como todo o seu raciocínio exigia, mas à filosofia da qual a psicologia seria a obediente serva.

Propriamente dita, a tese enuncia-se na validação do conceito aristotélico, em termos renovados, segundo o qual “a alma humana tem por natureza informar a matéria - as informações e principalmente a consciência são posteriores do acto essencial de

¹ Cf. M. S. Pereira, *A tese escolástica do composto humano*, Coimbra, Imprensa Académica, 1923, XIII.

informação”¹. Em suma, a Psicologia nasceu, na sua indecisa configuração universitária, sob o signo da guerra escatológica: primeiro pelas mãos de um ex-teólogo, Alves dos Santos, que na nova catequese positivista e psicofisiologista encontrou o meio para denegar qualquer aspiração autonómica e a compreensão *psicológica* da *psychê*, embora abrisse espaço a um espiritualismo que atendesse à subjectividade; depois, pelas mãos de um jurista e assim chamado psicólogo, Serras Pereira, que *in nomine* da Transcendência negava não só qualquer possibilidade experimental para a afirmação da Psicologia como autónomo ramo científico, como indeferia o mínimo passo epistémico no caminho da sua emancipação e repunha o retorno ao mesmíssimo ponto, a Escolástica, onde as bases racionais de Alves dos Santos se haviam fundado e formado intelectualmente, *i. e.*, no remanescente teológico do mundo explicativo e referencial aristotélico-tomista.

Perante este impasse epistemológico, do qual a Faculdade de Letras terá consciência porquanto, após a prematura morte de Alves dos Santos e do assistência interina de Serras Pereira este não será mais reconduzido (até porque os membros do Conselho da Faculdade se declararam “moralmente impossibilitados” para o admitir a concurso)², será com Sílvio Lima (1904-1993) e a sua dissertação *O Problema da reconhecimento* (1928, só defendida no ano seguinte) que a situação seria desbloqueada. A tese fora co-orientada em Genebra por E. Claparède e H. Antipoff e na mesma época em que J. Piaget, seu colega de banca, publicava as suas primeiras investigações, cuja discussão dos primeiros resultados Sílvio Lima introduz entre nós.

Ora, sob o ponto de vista psicológico (e não sob o ponto de vista *psíquico*), a *oposição* substancialista *corpo-mente, organismo e «alma»*, não faz qualquer sentido ou é uma perda dualidade da metafísica cartesiana. Ao contrário de Cartesius, para Sílvio Lima o que é especificamente humano é esta *tensão* aporética entre complementaridade e condicionalidade, pois no “proteiforme campo da experiência” emerge a Heterogeneidade, o *pluralismo fenomenológico* do psiquismo, irreduzível a um qualquer monismo ôntico, redução só possível numa operação metafísica e, portanto, relevante de uma atitude epistémica metacientífica e metapsicológica, quer se tente hierarquizar o corpo em função da alma, como pretendem as gnoses espiritualistas e o exigia a visão teológica do mundo e de um Deus que dele se ausentara, quer se procure a sobredeterminação da mente pelo corpo e a explicação do espiritual pelo orgânico, como pretendiam o materialismo monista e o naturalismo em geral, incapazes de se desamarraram das rochas primitivas.

Aclarava K. Jaspers, nessa época, que a contemporânea visão científica do mundo ao opor-se à antiga visão mítica segregou “uma nova visão mítica elaborada por meios científicos”, desaguando numa epopeia que pela própria escassez de conteúdos e de recursos míticos se desencantou. Corrigindo a prometeica *fé antropológica* (agora na ara da *mathesis*), o relativismo filosófico e criticismo de Sílvio Lima, apesar de negar qualquer “profissão de fé relativista”, recolocava o homem no «caminho do meio», sem a expectativa salvífica e apenas com a incerta e metódica dúvida na sua própria

¹Cf. Manuel Serras Pereira, *A tese escolástica do composto humano*, *op. cit.*, XIII e 23.

² *Actas da Faculdade de Letras*, II, Coimbra, AUC, 1991, 30-31.

possibilidade, abrindo a via à maioria da inteligência científica para o conhecimento da *psyché*.

Entenda-se melhor este curioso passo que na mesma mente *cogitans* opõe o psicólogo ao filósofo. Se a tese de 1928 impugna a assinalada impotência kantiana dos estudos psicológicos, chama à colação a subjectividade não linear que *atormenta* a razão. Immanuel Kant não ignorara apenas o *chão ontológico da nossa existência*, como com M. Heidegger e a partir dele se evidenciou. Desprezara, no mesmo lance e nisso mesmo, o chão vivencial da complexa *emocionalidade* do psiquismo. O filósofo de Königsberg, dada a aporia categorial da *coisa em si*, negara a via da possibilidade introspectiva pois, para além da apreensão sintética do espírito, o cogito funcionaria no vazio quando procurasse incidir no *eu em si* (a *enteléquia assubstancial* de Leibniz) e o *Ich denke* não poderia metafisicamente julgar de si mesmo, anuindo à rejeição da «antropologia» (psicologia racional e empírica) como ciência formal. Também o neokantismo indeferia a exigência da Psicologia experimental que, ao partir da observação induzida ou vivida das sensações e dos chamados «factos de memória», procurava integrar num amplo quadro explicativo os fenómenos psíquicos e, exorbitando, subsumir velhas temáticas do foro filosófico (Ética, Estética, Lógica) às «leis» entretanto verificadas ou tendencialmente estabelecidas. Contra a tendência fisiopsicologista de pendor cientista ou naturalista, o idealismo de Marburgo e Baden reagira antepondo a forma de valor *a priori* e ideal à mera e empírica constatação dos factos psicológicos, isto é, à vivência subjectiva e temporal, a forma *crítica* à forma *genética*.

Mas por qualquer dos caminhos ou se negava a cientificidade da psicologia ou a se subtraía do estudo do *inconsciente* e dos dados não-rationais do psiquismo e de todos os dados de observação que não fossem redutíveis a um estado ou dado de consciência. Ora, Sílvio Lima, psicólogo e filósofo, a despeito da sua forte formação kantiana (relativismo gnoseológico, filosofia do sujeito, metafísica da liberdade, pacifismo e Paz Perpétua, racionalismo crítico), numa atitude histórica para quem atender à apreensão diacrónica dos estudos psicológicos e à circulação com os estudos comparados de filosofia, acabou por validar as pretensões daqueles que, no campo da filosofia mesma (Schopenhauer, Carus, E. Hartmann, Nietzsche), denunciavam no século XIX a estreiteza da visão unívoca e «consciente» da razão ao apelarem para «motivações inconscientes» do psiquismo e para a dimensão da afectividade, da sexualidade e do recalçamento na formulação da «vontade» e do pensamento e, depois (neste ponto acordariam Freud, Adler ou Jung), daqueles que analisaram, no campo da psicologia, o inconsciente como estrutura determinante no estudo do psiquismo e da conduta humana¹ ou como a sua linguagem mais adequada.

Ora, o inconsciente deixou de ser *incognoscível* ao estruturar-se como linguagem e (sub)objectivando um *logos* (Freud, Jung, Lacan, Jakobson, Deleuze, Greimas). É este, determinando ou não como um *id*, passou a ser encarado como um aspecto decisivo para a compreensão do *Eu*: nem a psique, nem o ser humano na sua totalidade e (des)unidade, se reduzem à dimensão linear, racional e cognoscente do *cogito* e a sua linguagem está aquém e além da representação autoconsciente dos «factos» e das «imagens». A própria

¹ Cf. F. L. Müller, *História da Psicologia*, I, Mem Martins, Europa-América² 2001, 350-51.

mente se capacita, como ensinou Wittgenstein, não apenas a reproduzir ou a reter mas a *produzir* factos dos factos e imagens das imagens. Sílvio Lima ao impugnar a visão *biozófila* da psique, na sua esclarecedora expressão, também no campo de aplicação às psicopatologias, entendeu que o intelectualismo (e a teoria das imagens), em analogia com a metafísica substancialista e teleológica, desprezara por um lado as “variantes somáticas no causalismo do *pathos* mental” e por outro (escreve em 1963, no término de uma carreira de sofrimento e arbitrariedades) ignorara a «pesquisa nuclear da alma» que Jung propusera no âmbito da «psicologia da profundidade». Ora, o estudo do inconsciente permitiria aceder à “*polivalência* fenomenológica da psique”, à interacção complexa de factores conscientes e inconscientes, representações e emoções. Ao recusar a estafada demonstração da face mesma apolínea e consciente da psique, abria as portas para a complexidade do estudo do psiquismo a acolhia os discursos do método para a sua emancipação ceintífica.

Não admira que autores, embora à revelia da luzerna dominante, autenticassem o *contributo histórico* de Sílvio Lima para a fundação epistémica –teórica e prática – da Psicologia Experimental, cujo laboratório primeiro os seus colegas facultativos, por *demasiado* jovem, e depois o Estado Novo, por ser muito crítico ou apenas um *homem livre* (coisa que se tem demonstrado, em todas as épocas, incontornável dificuldade entre nós), nunca permitiram que dirigisse. Digamos que a alma (*psychê*) passou a ser um assunto directamente político, como o fora *a contrario* na questão religiosa que a República suscitou como quase único e exclusivo programa governativo e constitucional. E tal como a alma fora objecto de controlo, disputa e morte, nessa longínqua e longa tradição inquisitorial, própria de desalmados, também aqui o Estado Novo iria tão longe, quanto os antigos irmãos do Santo Ofício: expulsou Sílvio Lima, em 1935, e encarregar-se-ia, como se de um autêntico problema de governação se tratasse, de seleccionar na católica Universidade de Lovaina alguém que desse garantias de fidelidade escatológica e penhores de fideísmo intelectual à ortodoxia.

É que Sílvio Lima bem sabia, sob o ponto de vista filosófico e com J.-M. Guyau, que querer *governar os espíritos* é bem pior e mais patético do que querer governar os corpos. Tinha autoridade insuspeita neste domínio: ele tinha sido a «cobaia privilegiada» de Salazar nessa «experiência» de exclusão e de repressão, de jogos de sofrimento e de poder que a mediocridade anulatória aproveita como prática da *normatividade* social, e como lei. O problema da dramática experiência intelectual portuguesa, da mais recuada à história contemporânea e à «história do presente», é que salazares, até nos territórios aparentemente mais insuspeitos, há e tem havido muitos. E a filiação escatológica, qual seja, continua a dar prémios: aos amos da alma interessam os funcionários zeladores e por vezes os papagaios diligentes e retóricos, não gente que pense. E diga.

PSIQUIATRIA, VIH E SIDA: UMA PERSPETIVA HISTÓRICA E CLÍNICA

José Cunha-Oliveira¹; Artur Furet²; Aliete Cunha-Oliveira³

¹Médico psiquiatra

²Médico interno de Psiquiatria do CHUC; Capitão Médico do Exército.

³Enfermeira especialista de Saúde Pública, Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Bolseira da FCT. Investigadora do CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia)

E-mail: josecunhaol@gmail.com; artur_furet@hotmail.com; aliete.cunha@gmail.com

Resumo

Nos anos 60 e 70 do século XX deu-se uma mudança de estereótipos sexuais e comportamentais e, mais tarde, de género. Neste contexto aparece o VIH, cuja via primeira de transmissão é a sexual.

Pretendemos chamar a atenção para os aspetos psicológicos e psiquiátricos associados à infeção VIH, que merecem uma atenção considerável desde a última década do século XX, devido ao impacto emocional da doença e seus efeitos na vida pessoal, sexual, ocupacional e social do indivíduo.

Pouco se fala em Portugal sobre este tema. Mas a American Psychiatric Association, por exemplo, tem um Office of HIV Psychiatry, reconhecendo a importância dos quadros psiquiátricos que surgem antes da infeção e a favorecem, os quadros que a acompanham, confundem e complicam os quadros psiquiátricos e neuropsiquiátricos consequentes à infeção VIH e, ainda, as dificuldades que os transtornos psiquiátricos determinam ao manejo terapêutico e aos cuidados em geral do doente infetado.

Palavras-chave: psiquiatria; VIH; sida

Introdução

Nos anos 60 e 70 do século XX, com o Maio de 68, em França e o Festival de Woodstock, no Estado de Nova Iorque, em agosto de 1969, modificam-se os estereótipos sexuais e comportamentais e de género. Entretanto, massificam-se os consumos de haxixe, heroína e cocaína. Por seu turno, a homossexualidade deixa de ser considerada doença, primeiro pela APA (1973) e depois pela OMS (1990).

Neste contexto, nos inícios dos anos 80, surge uma nova epidemia, de VIH/sida, cuja primeira via de transmissão é sexual.

Neste trabalho pretendemos chamar a atenção para os aspetos históricos da infeção VIH, o paralelismo com a infeção sífilítica e os aspetos psicológicos e psiquiátricos associados à infeção VIH, que merecem uma atenção considerável desde a última década do século XX, devido ao impacto emocional e físico da doença e do tratamento e seus efeitos na vida pessoal, sexual, ocupacional e social do indivíduo.

Resumo histórico

A infeção teve um hipotético início entre 1884 e 1924, no seio dos florescentes centros urbanos do centro-oeste africano – ex. República Democrática do Congo e Camarões (Worobey et al., 2008) e dever-se-ia à transferência para os seres humanos no início do século XX, a partir da infeção VIS em símios (ibidem), provavelmente através de caçadores profissionais.

Na história da infeção VIH destacam-se os seguintes marcos:

1981	A doença é detetada em homossexuais masculinos, envolvidos em redes de contactos sexuais, que compreendem as metrópoles de Nova Iorque, Los Angeles, Copenhaga, Londres, Genebra e Paris. A doença manifesta-se por pneumonias atípicas e síndrome de Kaposi, afeções típicas de imunossupressão, que na altura conduziam rapidamente à morte.
1982	A doença é detetada em imigrantes haitianos nos Estados Unidos, não homossexuais A doença deteta-se em bissexuais, heterossexuais, consumidores de drogas injetáveis, hemofílicos transfundidos e a filhos de mulheres VIH positivas
1983	Isolamento do vírus VIH-1
1986	Isolamento do vírus VIH-2 O <i>International Committee on Taxonomy of Virus</i> estabelece as designações de VIH-1 e VIH-2.
1987	TAR (terapêutica antirretrovírica)
1996	HAART (terapêutica antirretrovírica de alta atividade)

Quanto ao curso clínico da infeção podemos distinguir dois períodos: o primeiro, nos anos 80 e 90 do século passado, anterior à terapêutica antirretrovírica de alta atividade (HAART); e o segundo, a partir da introdução da HAART. O primeiro período é o correspondente a uma doença aguda, de evolução rapidamente mortal: são os chamados “anos terríveis“. O segundo, no fim dos anos 90, inícios do século XXI, corresponde à cronificação artificial da doença, por força das terapêuticas antirretrovíricas.

A cronificação da infeção VIH teve consequências ao nível do imaginário coletivo e das dimensões cívica, comportamental, política e financeira:

- ao nível do imaginário coletivo, a ideia de que “a sida já não mata”, que “já não há perigo”;
- ao nível cívico, a defesa do direito à sexualidade e à não discriminação;
- ao nível comportamental, o descuido da prevenção;
- ao nível político e financeiro, a dificuldade de alocação de recursos (crise financeira internacional, crise das dívidas soberanas);

- o aumento da esperança de vida das pessoas seropositivas tornou mais provável que os médicos encontrem pacientes com manifestações neuropsiquiátricas da doença (Dubé et al., 2005).

A incidência da infecção VIH baixou muito nos consumidores de substâncias, estabilizou nos heterossexuais e continua a aumentar nos homossexuais masculinos (HSH – “homens que têm sexo com homens” – para incluir os bissexuais).

Paralelismo Sífilis-Infeção VIH

Entre a infecção VIH e a infecção pelo *Treponema Pallidum* existem muitos pontos de contacto, que podemos esquematizar da seguinte forma:

1º - a ligação à atividade sexual; a irradiação inicial a partir de placas giratórias de encontros sexuais (portos, no caso da sífilis; aeroportos, no caso do VIH); parcerias múltiplas.

2º - repercussões no imaginário e nas representações sociais da sexualidade.

3º - a necessidade de medidas de prevenção primária: o apelo à redução e escolha criteriosa dos parceiros, uso do preservativo e realização de testes de deteção do agente causal no organismo.

4º - períodos de latência grande dos primeiros sintomas, permitindo que a pessoa infetada transmita a doença a outros sem conhecimento do seu *status*.

5º - um longo período entre os primeiros casos de doença e o surgimento dos primeiros tratamentos eficazes.

6º - falta de vacina preventiva.

7º - a necessidade de escapar à discriminação, i. e., não ser detetado pelos outros como portador.

8º - foco de origem: América Central, Antilhas.

9º - presença de quadros psiquiátricos, neuropsiquiátricos e neurológicos.

Aspetos psicológicos, psiquiátricos e neuropsiquiátricos

Desde a última década do século XX, vêm merecendo uma atenção especial os aspetos psicológicos, psiquiátricos e neuropsiquiátricos associados à infecção VIH, devido ao impacto emocional da doença, aos seus efeitos na vida pessoal, sexual, ocupacional e social do indivíduo e na repercussão do vírus no organismo em geral e no SNC. Pouco se fala em Portugal sobre este tema. Mas a *American Psychiatric Association*, por exemplo, tem um *Office of HIV Psychiatry*, reconhecendo a importância dos quadros psiquiátricos que surgem antes da infecção e a favorecem, os quadros que a acompanham, confundem e complicam, os quadros psiquiátricos e neuropsiquiátricos consequentes à infecção VIH e, ainda, as dificuldades que os transtornos psiquiátricos determinam ao manejo terapêutico e aos cuidados em geral do doente infetado.

A comorbilidade psiquiátrica está associada ao VIH/sida: como fator de risco de infecção, como comorbilidade associada ao VIH/sida, como sequelas do VIH/sida e como potencial mediador da progressão para sida (Benton, 2008). Muitas vezes, as perturbações psiquiátricas constituem, inclusive, a primeira manifestação da infecção

Estas patologias, de acordo com a sua etiologia e cronologia, podem ser agrupadas como segue: perturbações psiquiátricas prévias à infecção, perturbações neurológicas e

neuropsiquiátricas intrínsecas à infeção, perturbações psiquiátricas reativas à infeção, perturbações psiquiátricas devidas ao tratamento antirretrovírico e comportamentos *sui generis* ligados à infeção VIH (o desejo de infetar “o outro”; *barebacking* - roleta russa). As complicações neurológicas foram detetadas logo no início da epidemia (Snider et al., 1983). Na infeção VIH, as manifestações neuropsiquiátricas mais frequentes são os distúrbios cognitivos *minor* e motores e a demência associada ao VIH. As manifestações psiquiátricas mais frequentes são os distúrbios do espectro depressivo (Dubé et al., 2005). De referir também a presença de perturbações ansiosas e distúrbios do sono.

“Saúde mental e VIH/sida estão estreitamente interligados: os problemas de saúde mental, incluindo o consumo de substâncias, estão associados a aumento do risco de infeção VIH e sida e interferem com o seu tratamento; inversamente, alguns distúrbios mentais ocorrem em resultado direto da infeção” (OMS, 2008).

Os aspetos psicológicos e psiquiátricos associados à infeção VIH têm merecido uma atenção considerável desde a última década do século XX, devido ao impacto emocional da doença e aos seus efeitos na vida pessoal, sexual, ocupacional e social do indivíduo e, inversamente, pelo papel que certos quadros psiquiátricos desempenham em termos de vulnerabilidade e exposição ao risco de infeção (Chandra, Desai e Ranjan, 2005).

Alguns estudos revelam fatores de risco comportamental para a transmissão do VIH entre 30 a 60% em pessoas com doença mental grave: altas taxas de contactos sexuais com múltiplos parceiros, consumo de drogas injetáveis ou contactos sexuais com usuário de drogas injetáveis (UDI), sofrer abuso sexual, prática de sexo desprotegido entre HSH e baixo uso do preservativo (WHO, 2008).

Por seu turno, as taxas de prevalência do VIH em pacientes com doença psiquiátrica grave, internados ou em ambulatório, andam entre 5 e 23%, comparadas com taxas de 0,3 a 0,4% na população geral (WHO, 2008).

Nos serviços de VIH, o cotratamento subespecializado em saúde mental constitui mais a exceção do que a regra. Muitas vezes os doentes mentais e os usuários de drogas, pelas suas próprias características, recebem piores cuidados médicos e mais fracos cuidados psiquiátricos e não procuram nem seguem os tratamentos (Treisman e Angelino, 2004).

A infeção por VIH impõe uma significativa carga psicológica. As pessoas infetadas sofrem frequentemente de depressão e ansiedade, à medida que se ajustam ao impacto do diagnóstico e enfrentam as dificuldades de viver com uma doença crónica que ameaça a vida, diminui a esperança de vida, tem regimes terapêuticos complicados, acarreta estigmatização em maior ou menor grau, com perda de apoios a nível social e familiar e de amigos e perturba profundamente as relações afetivas. Não raramente a infeção associa-se a alto risco de suicídio e tentativa de suicídio (WHO, 2008).

As perturbações psiquiátricas, além de aumentarem o risco de contrair a infeção, reduzem a capacidade dos doentes em acederem aos cuidados médicos: em primeiro lugar, desorganizam-nos, fazem-nos sentir desamparados, diminuem a sua eficácia e o desejo de procurar assistência; em segundo lugar, tornam o tratamento médico mais complexo e fazem despende mais tempo e mais meios; em terceiro lugar, têm um efeito negativo na adesão ao tratamento, na medida em que para prevenir a resistência viral e a ineficácia do tratamento, é preciso que os doentes tomem de forma consistente pelo menos 90-95% das medicações antirretrovíricas prescritas (Treisman e Angelino, 2004) -

o que não acontece com muitas das perturbações psiquiátricas e neuropsiquiátricas associadas à infeção VIH.

Ao mesmo tempo, os distúrbios psiquiátricos interferem com a capacidade de obter ou utilizar a informação sobre VIH/sida, aumentando a probabilidade de envolvimento em situações de risco.

No grupo das perturbações psiquiátricas prévias à infeção VIH contam-se aquelas patologias que enfraquecem o discernimento, a vontade e o controle dos impulsos, favorecendo os comportamentos de risco ou reduzindo a capacidade de lidar com situações de risco, fazendo com que se torne mais provável a aquisição do vírus.

As populações de doentes mentais constituem grupos de maior risco de aquisição da infeção VIH, por um lado, e, por outro lado, detêm as menores taxas de adesão à terapêutica antirretrovírica. As taxas de prevalência da infeção VIH em doentes mentais internados ou em ambulatório situam-se entre os 5% e os 23%, comparadas com os 0,3 a 0,4% da população geral nos Estados Unidos (WHO, 2008).

Por seu turno, a prevalência de doença mental em indivíduos infetados com o vírus, é substancialmente superior à da população geral.

No grupo das perturbações psiquiátricas reativas à infeção VIH contam-se as que derivam da reação psicológica e emocional ao conhecimento do diagnóstico, ao enfrentamento da doença e das consultas, e aos exames e tratamentos, designadamente os efeitos secundários da medicação.

As perturbações psiquiátricas intrínsecas à infeção VIH são a consequência da presença do vírus no organismo, designadamente no Sistema Nervoso Central.

As perturbações psiquiátricas associadas à medicação antirretrovírica agitação psicomotora, quadros maniformes, alterações do estado de consciência e insónia.

O tratamento das perturbações psiquiátricas associadas à infeção VIH é, em termos gerais, idêntico ao tratamento de cada uma dessas perturbações de per si. Isto é, usam-se os psicofármacos aprovados para cada uma delas. De notar apenas que os pacientes com infeção VIH são habitualmente mais sensíveis aos efeitos extrapiramidais dos neurolépticos (Dubé et al., 2005). É de notar que é também essencial o bom curso do tratamento antirretrovírico.

As perturbações psiquiátricas complicam-se muitas vezes de perturbações neurológicas, e inversamente.

Infeção VIH e distúrbios psiquiátricos	
Perturbações psiquiátricas prévias à infeção VIH	Depressão Mania Esquizofrenia Consumo de substâncias Distúrbios da personalidade
Perturbações psiquiátricas reativas à infeção VIH	Depressão Quadros ansiosos Ideação suicida
Perturbações psiquiátricas intrínsecas à infeção VIH	Depressão Mania Quadros paranoides Deterioração neurocognitiva
Perturbações psiquiátricas devidas à terapêutica antirretrovírica	Quadros ansiosos Distúrbios do sono Quadros psicóticos Quadros maniformes Agitação e confusão
Comportamentos sui generis	Desejo de infetar o outro <i>Barebacking</i>

Perturbações neurológicas

As perturbações neuropsiquiátricas, como o défice cognitivo ligeiro e a demência, devem-se à presença do vírus no organismo, designadamente no SNC. Podem aparecer como défice cognitivo ligeiro, alterações motoras e demência. Nas crianças VIH+ podem ocorrer atrasos e défices do desenvolvimento psicomotor.

Défice cognitivo ligeiro

Define-se como um conjunto de sintomas que incluem

- dificuldades de atenção ou da concentração
- lentificação mental
- perdas de memória
- modificações da personalidade, com irritabilidade ou labilidade emocional

Perturbações motoras

- lentificação motora
- descoordenação motora

Demência por sida

- Pode surgir abruptamente, antes do diagnóstico de seropositividade e de sida (grave perda cognitiva, alterações do humor), mas habitualmente surge nos estados tardios

- É talvez hoje, em dia, o quadro clínico mais letal relacionado com a sida, porque destrói a oportunidade de o paciente compreender a sua situação e colaborar com os seus cuidadores.
- É causada por infeções do SNC oportunistas ou por outros quadros ligados à imunossupressão (citomegalovírus, toxoplasmose, meningite fúngica, linfoma, encefalite herpética, sífilis, vasculite intracerebral).
- É uma demência subcortical (como a do Parkinson e Huntington), afetando particularmente os gânglios basais e o nigroestriado.
- Apresenta os “três d” das demências subcorticais: demência (memória), depressão (humor) e discinésia (movimento).
- A terapêutica HAART diminuiu significativamente a incidência da demência por sida e constitui, hoje em dia, o esteio do tratamento dessa demência, podendo mesmo revertê-la em alguns casos.

Comportamentos sui generis

Embora pouco claros na sua génese, devemos referenciar dois tipos de comportamento que se observam em doentes infetados com VIH. São eles:

- o desejo de infetar o outro, bem documentado na figura de Gaëtan Dugas, impropriamente chamado de “paciente zero”, que tinha por hábito dizer aos parceiros, no fim de ter sexo com eles: “eu tenho cancro gay e vou morrer, e tu, se calhar, também” (Grmek, 1994);
- a prática de *barebacking*, como forma de transgressão e rebeldia.

Conclusões

Com este trabalho quisemos chamar a atenção para um problema pouco tratado entre nós. Os avanços na terapêutica da infeção VIH, tendo contribuído para a “cronificação” da infeção VIH, com o retardamento da fase de sida e o conseqüente aumento da esperança de vida destes doentes, vieram também tornar mais premente o conhecimento das relações entre a infeção VIH e as perturbações psiquiátricas prévias, intrínsecas e conseqüentes à infeção, bem como das afeções neuropsiquiátricas associadas.

Bibliografia

- APA - American Psychiatric Association (2008), *Co-occurring Disorders in HIV Positive Patients*. Office of HIV Psychiatry, Arlington.
- Benton, T. D. (2008). Depression and HIV/AIDS. *Curr Psychiatry Rep*; 10 (3): 280-285.
- Chandra, P. S., Desai, G. e Ranjan, S. (2005), HIV and Psychiatric Disorders, *Indian J Med Res* 121: 451-467.
- Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J., Pita, J. R. e Massano Cardoso, S. (2012). Sífilis e Infeção VIH: paralelismos e encontros. Poster. 1º Congresso Internacional de História Interdisciplinar da Saúde, Coimbra, 18-19 de outubro.
- Dubé, B., Benton, T., Cruess, D. G., Evans, D. L. (2005). Neuropsychiatric Manifestations of HIV Infection and AIDS. *J Psychiatry Neurosci*; 30 (4). 237-246.
- Grmek, M. (1994), *História da Sida*, Relógio d'Água, Lisboa.

Oliveira, A. (2008), *Preservativo, Sida e Saúde Pública*, Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Snider, W. D., Simpson, D. M., Nielsen, S., Gold, J.W., Metroka, C. E. e Posner, J. B. (1983). Neurological Complications of Acquired Immune Deficiency Syndrome: analysis of 50 patients. *Ann Neurol*, 14: 403-418.

Treisman, G. e Angelino, A. (2004), *The Psychiatry of AIDS – a guide to diagnosis and treatment*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

WHO (2008). *HIV/AIDS and Mental Health* – report by the secretariat

Worobey, M., Gemmel, M., Teuwen, D., HaselKorn, T., Kunstman, K. et al. (2008). Direct Evidence of Extensive Diversity of HIV-1 in Kinshasa by 1960. *Nature*; 455: 661-664.

Trabalho no âmbito do projecto de investigação de bolsa de doutoramento “VIH/sida e Comportamentos de Risco: monitorizar a evolução” (FCT — SFRH/BD/60841/2009), orientadores Profs. Doutores Salvador Massano Cardoso e João Rui Pita.

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projecto PEst-C/HIS/UI0460/2011. Ref. COMPETE FCOMP-01-0124-FEDER-022660.

UMA VISITA À EXPOSIÇÃO “UM BREVE OLHAR PELA PSIQUIATRIA”

Inês Pinto da Cruz

Socióloga; Doutoranda FLUC/Investigadora do CEIS20
Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-
CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia)
E-mail:inespacruz77@gmail.com

Resumo

Esta comunicação resulta da visita à exposição “Um breve olhar pela psiquiatria” no Centro Hospitalar de Coimbra, a qual nos conduz a uma pequena incursão à história da psiquiatria, desde as terapêuticas primitivas na Mesopotâmia, às greco-romanas, passando pelos avanços da Idade Média e pelas grandes descobertas da era Racionalista. O século do iluminismo é assinalado, enfocando-se o papel central de Pinel, cujos conceitos influenciaram directamente as escolas psiquiátricas francesa e alemã nos séculos XIX e XX.

Como não podia deixar de ser, são ainda destacados, na exposição, o papel das várias terapias psiquiátricas, o incremento da psicofarmacologia científica e o desenvolvimento das neurociências, aos quais se assistiu no século XX.

Por fim, demonstra-se que, em pleno século XXI, a psiquiatria acompanha o progresso científico da medicina, baseando-se na premissa de que a compreensão do indivíduo e do sofrimento mental surge de forma integrada, articulando conhecimentos biológicos, psicológicos e socioculturais.

Palavras-chave: psiquiatria, terapêutica, exposição, cronologia; Hospital Sobral Cid

Abstract

This paper refers to the exhibition “A brief look at psychiatry” in the Hospital of Coimbra, which leads us to a small foray into the history of psychiatry, from primitive therapies in Mesopotamia, to the Greco – Roman ones, as well as the advances of Middle Ages and the large discoveries of Rationalism. The age of Enlightenment is highlighted, with focus on Pinel’s important role, whose concepts influenced directly the psychiatry in France and Germany in the nineteenth and twentieth centuries

The role of various psychiatric therapies, the increased psychopharmacology and the development of neuroscience, which occurred in the twentieth century, are also featured on the exhibition.

Finally, it is shown that, in the twenty-first century, psychiatry follows the scientific progress of medicine, based on the premise that understanding individual and mental suffering arises in an integrated manner, linking biological, psychological and sociocultural knowledge.

Introdução

Esta comunicação pretende retratar a visita que realizei à exposição “Um breve olhar pela psiquiatria”, no dia 13 de Dezembro de 2012, a qual esteve aberta a público entre Setembro de 2012 e Março de 2013, no átrio dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Esta mostra era composta por documentação fotográfica, bibliográfica (livros e alguns textos), objectos e peças do foro clínico pertencentes, sobretudo, ao Hospital Sobral Cid.

Desenvolvimento do tema

A visita conduz-nos a uma breve incursão na história da psiquiatria. Inicia-se pelas terapêuticas primitivas da Mesopotâmia, com instrumentos como o trépano, que já antes de Cristo, era usado para aliviar as dores de cabeça ou extrair esquistossomas cranianas.

A cultura greco-romana foi também incluída nesta exposição, salientando-se a orientação naturalista de Hipócrates. Nesta perspectiva, Galeno, seguidor das ideias de Hipócrates, prescrevia aos seus doentes exercícios físicos e dietas especiais, defendendo entusiasticamente o método da sangria. Asclepiades afirmava ainda que a forma de afastar as causas das doenças se fazia pela normalização do movimento dos átomos, sendo a doença uma alteração desse movimento. Segundo ele, os tratamentos deveriam ser então, do tipo fisio-dietético: alimentação regular e equilíbrio entre actividade e repouso, complementando tudo com hidroterapia e massagens.

Foram ainda realçados os avanços da Idade Média, com a concepção de doenças psíquicas, como alterações da substância interna do corpo, e os da era Racionalista, através de grandes descobertas no campo da anatomia e da medicina, por intermédio de figuras de homens do conhecimento coevo como Harvey, Leonardo Da Vinci e Vesálias.

O século do iluminismo foi igualmente assinalado, chamando-se à atenção para as contribuições de William Cullen (1710 - 1790), psiquiatra de Edimburgo, que estabeleceu as primeiras classificações de doenças psiquiátricas com alguma base científica, tendo sido também o criador do termo neurose. Inevitavelmente, enfoca-se o papel central de Pinel, cujos conceitos influenciaram directamente as escolas francesa e alemã de psiquiatria, as quais se desenvolveram francamente no século XIX e XX.

Na exibição citada é possível observar uma cronologia, contendo fotografias e pequenos textos explicativos da obra de figuras relevantes da história da psiquiatria, nomeadamente: Pinel (1745 – 1826), António Maria de Sena (1845 – 1890), Carl Wernick (1848 – 1905), Magalhães Lemos (1855 – 1931); Júlio de Matos (1856 – 1922), Emil Kraepelin (1856 – 1926), Sigmund Freud (1856 – 1939), Eugen Bleuler (1857 – 1939), Sobral Cid (1877 - 1941), Elysio de Moura (1877 – 1977), Kurt Schneider (1887 – 1967), Karl Jaspers (1883 – 1969) e Karl Leonhard (1904 – 1988).

No que se refere às terapêuticas psiquiátricas propriamente ditas, são descritas acções como a sangria, referenciada em diversos textos médicos da antiguidade; a hidroterapia, utilizada desde tempos remotos e que teve larga utilização nos hospitais psiquiátricos ao longo dos séculos; a acupunctura, prática ancestral; e a malarioterapia, caracterizada pela inoculação artificial do paludismo.

Os anos 30 do século XX foram designados por alguns autores, pelo período áureo das terapêuticas psiquiátricas. Foi nesta década que começaram a utilizar-se as principais técnicas físicas, sobretudo as de natureza convulsionante e a psicocirurgia. A propósito das primeiras terapêuticas mencionadas, era possível ainda ler-se, que a ideia da acção convulsionante surgiu quando se divulgou o conceito empírico de que a epilepsia e a esquizofrenia se mostravam como doenças antagónicas e que as convulsões epilépticas poderiam constituir uma espécie de imunização contra a esquizofrenia.

No âmbito destas terapias, é indicado o electrochoque, a cardiazolterapia e tratamentos de acção metabólica. Relativamente ao electrochoque, lia-se, a sua utilização foi proposta pela primeira vez por Ugo Cerletti e Lucio Bini, em 1938, que construíram um aparelho regulador do tempo de passagem de corrente eléctrica, com precisão, bem como a sua intensidade, adaptando-a ao ser humano, ao aplicar dois eléctrodos ao nível das suturas temporais dos doentes e, fazendo passar através dessas regiões uma corrente alterna, obtendo assim a produção de convulsões com efeitos terapêuticos.

Quanto à cardiazolterapia, terapêutica convulsiva, pela acção da cânfora, podia ver-se que esta já teria sido utilizada em meados do século XVIII, por Auenbrugger, que com ela curava as fúrias de certos doentes. No ano de 1933, Von Meduna conseguiu induzir a primeiras terapias convulsivas injectando uma solução de cânfora a 25% por via intramuscular.

Com os tratamentos psiquiátricos do tipo convulsivo e com a psicocirurgia, foram-se inovando numerosas iniciativas terapêuticas com possível acção metabólica, sendo dado o exemplo da inalação pelo anidrido carbónico, o electro-sono, o coma atropínico, o choque acetilcolínico, o choque histamínico e o choque insulínico. Das técnicas mencionadas, as mais conhecidas e divulgadas foram o electro-sono, por ter sido usada na antiga União Soviética, e os choques acetilcolínico e insulínico.

Foi possível verificar igualmente, alusões a terapias de relaxamento, psicocirurgia (destacando-se a figura de Egas Moniz) e psicoterapias, nomeadamente hipnótico-sugestivas, psicanalíticas (relevo de Freud), behavioristas e humanistas; treino de aptidões e competências; narcoterapias; terapêuticas biológicas e físicas; piretotapia e proteinoterapia.

Como não podia deixar de ser, destacou-se ainda o incremento, no século XX, da psicofarmacologia científica, nomeadamente os ensaios químicos de Jean Delay e Pierre Deniker com a clorpromazina.

Foi evidenciado ainda o progresso das neurociências na 2ª metade do século XX, tais como a genética, a neuro-imagem e a neurofisiologia.

Em pleno século XXI, a psiquiatria acompanha o progresso científico da medicina sem perder a sua matriz única, em que a compreensão do indivíduo e do sofrimento mental surge de forma integrada, incluindo conhecimentos biológicos, psicológicos e socioculturais.

A exposição foi complementada com uma cronologia, assinalando eventos importantes ao nível da psiquiatria portuguesa, onde se destacavam o ano de 1848, com a abertura do Hospital de Rilhafoles; o de 1889, com a primeira Lei de Assistência aos Alienados (Lei Sena); o ano de 1945, com a abertura do Hospital Sobral Cid; o ano de 1949, assinalando a atribuição do prémio nobel de medicina a Egas Moniz, o ano de 1959,

com a inauguração do Hospital Psiquiátrico do Lorvão e, já em pleno século XXI, assinalou-se na cronologia a criação pelo Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra da primeira Unidade de Cuidados Especiais de Psiquiatria no país, que integra consultas a doentes internados, um serviço de psico-oncologia, consulta de sexologia clínica e consulta multidisciplinar de distúrbios alimentares e obesidade mórbida.

Para ilustrar toda esta informação, “Um breve olhar pela psiquiatria” exibiu também variadas fotografias, aparelhos e instrumentos médicos, objectos e livros. No que se refere às fotografias, podíamos ver uma do Prof. Bissaya Barreto no Hospital Psiquiátrico do Lorvão (H.P.L.), sendo cumprimentado pela primeira doente internada naquela instituição, à época chamada de Centro de Recuperação Colónia Agrícola do Lorvão (1959); uma de Sobral Cid, proveniente do Museu do Hospital Sobral Cid (H.S.C.); uma fotografia aérea do Hospital Psiquiátrico do Lorvão na década de 60; uma fotografia aérea do Centro de Psiquiatria e Recuperação de Arnes, (C.P.R.A.); uma fotografia aérea do Hospital Sobral Cid; uma da Clínica de Psiquiatria para mulheres dos Hospitais da Universidade de Coimbra e uma fotografia de uma enfermaria da Clínica de Psiquiatria para mulheres dos mesmos hospitais.

Relativamente aos aparelhos e instrumentos médicos, podiam ser apreciados três aparelhos de electrochoque, pertencentes ao Hospital Sobral Cid, ao Hospital Psiquiátrico do Lorvão e ao Serviço de Internamento Infantil do mesmo hospital, respectivamente. Era possível ainda encontrar um Esfigmomanómetro, proveniente do Museu do Hospital Sobral Cid e um Electroencefalógrafo, pertencente ao Hospital Sobral Cid.

Do espólio dos objectos, encontravam-se expostos os seguintes: um diploma atribuído ao Hospital Sobral Cid na IV Feira Nacional de Agricultura de Santarém; um quadro bordado sobre tela, realizado por um doente do Hospital Sobral Cid; Estufas de desinfecção a altas temperaturas do Instituto Pasteur de Lisboa e provenientes do Museu do Hospital Sobral Cid, em Coimbra; trabalhos realizados em actividades ocupacionais, como tapeçaria, crochet, artes manuais, artes em cerâmica, artes gráficas e encadernação (provenientes do Hospital Sobral Cid, do Hospital Psiquiátrico do Lorvão e do Centro de Psiquiatria e Recuperação de Arnes); potes em cerâmica, tipo louça de Coimbra, provenientes do Hospital Sobral Cid e datados de 1995; vidro pintado, do Centro de Psiquiatria e Recuperação de Arnes; uma garrafa de azeite de fabrico próprio, dos olivais da Quinta da Confraria e Quintinha do Hospital Sobral Cid, datado de 1990; uma mesa de toilette do Hospital Psiquiátrico do Lorvão; um plano de registo de ECT; uma cama de uma das enfermarias do Pavilhão 9 do Hospital Sobral Cid, edifício onde funcionou o Internamento Infantil até meados da década de 80 do século XX, e que se encontra hoje exposta no Museu do Hospital Sobral Cid ; um vestido de criança do Hospital Sobral Cid; processos Clínicos do Hospital Sobral Cid e do Hospital Psiquiátrico do Lorvão datados de 1945-1959; um cinto de contenção física pertencente ao Serviço de Psiquiatria (mulheres) dos Hospitais da Universidade de Coimbra; um Livro de Registos de presenças médicas do Centro de Psiquiatria e Recuperação de Arnes; uma caixa de seringas de vidro de insulina, pertencente ao Museu do Hospital Sobral Cid; um Registo de Insulinoterapia; um Selo Branco proveniente do Museu do Hospital Sobral Cid, datado de 1939; um Livro de Registos do Centro de Psiquiatria e

Recuperação de Arnes, datado de 1975; Livros de Enfermagem do Hospital Sobral Cid, datados de 1945; um relógio de ponto e um quadro de cartões provenientes do Museu do Hospital Sobral Cid.

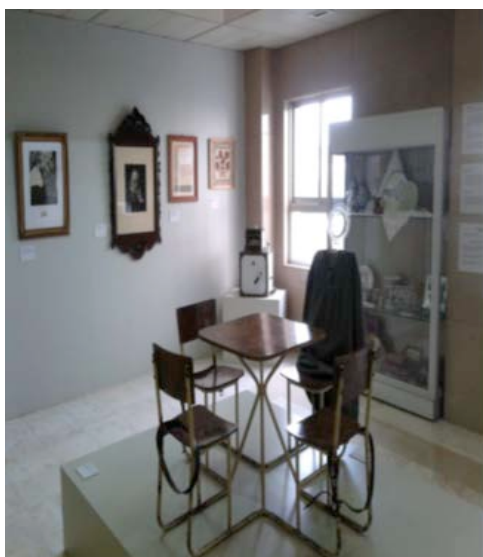


Figura 1: Vestido de uma criança do H.S.C., s. d.



Figura 2: Cama de uma das enfermarias do Pavilhão 9 do H.S.C., edifício onde funcionou o Internamento Infantil até meados da década de 80 do século XX – Museu do H.S.C.



Figura 3: Aparelho de electrochoque com carro e acessórios do H.P.L., s. d.

Finalmente, no que se refere aos livros exibidos, a variedade era grande e servia de base utilitária à informação colocada à disposição dos visitantes, a qual foi atrás abordada, podendo enumerar-se as seguintes obras:

- ALIÑO, L. Mompó, *Biotipología: estudio total de la personalidad humana con sus correlaciones morfológicas, temperamentales, caracterológicas e intelectivas - casos clínicos de anomalías del crecimiento agrupados por síndromes*. Barcelona: Manuel Marin, 1941;

- BURLINGHAM, Dorothy; FREUD, Anna, *Enfants sans famille*. Paris : Presses universitaires de France, 1949;

- CID, J. M. Sobral, *O caso Franz Piechowski, perseguido, perseguidor e magnicida*. Lisboa: Arquivos de Medicina Legal, v.3, 1930, p.235-314;

- CID, J. M. Sobral, *A clínica psiquiátrica de Lisboa (Manicomio Bombarda): propostas de reorganização apresentadas a S. Exa o Ministro da Instrução Pública*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1925;

-DENIKER, Pierre, “Hibernotherapies et médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique”. *Rapport pour le IIeme congrès International de Psychiatrie, Zurich, 1-7 septembre 1957*;

- JASPERS, Karl, *Psicopatologia General*. Buenos Aires: Editorial, 1945;

- KRETSCHMER, E., *Psicologia Médica*. México: Editorial Leyenda, 1945;

- MERENCIANO, Francisco Marco, *Psicosis mitis: los enfermos mentales que consultan al internistas*. Madrid, Mira y López, 1949;

- MIRA Y LÓPEZ, E. *Psicologia evolutiva da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Editora Científica, 1960;

- NÁGERA, Antonio Vallejo, *Psicosis sintomáticas*. Barcelona: A. Editorial, 1941;

- NOYES, Arthur P., *Modern clinical psychiatry*. London: W.B. Saunders Co Language, 1943;

- SENA, António Maria de, *Relatório d'uma Viagem Científica relativo ao trimestre decorrido de 15 de Novembro de 1878 a 15 de Fevereiro de 1879*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1880;

- TRANER, M., *Manual de Psicologia Infantil, de la Puberdad y de la adolescencia*. Madrid: Primera Edicion, 1946;

- YAHN, Mário; PIMENTA, A. Matos; JUNIOR, Afonso Sette, *Tratamento Cirúrgico das Moléstias Mentais (Leucotomia)*. S. Paulo: Edigraf, 1951;

- ZUBIN, Joseph, *Trends of Mental Disease*. New York: King's Crown Press, 1945.

Conclusão

Em jeito de desfecho desta descrição, considero esta iniciativa bastante produtiva, tendo mesmo verificado que se tratou de uma exposição bem sucedida, no sentido de ter atraído bastantes visitantes, tendo-se verificado, inclusivamente, uma extensão do prazo de abertura ao público, que dos dois meses previstos inicialmente, passou para seis.

Contudo, devo confessar que senti a falta de elementos afectos ao foro específico da psiquiatria forense. Acrescento ainda a lacuna biográfica que constatei existir, ao não encontrar qualquer menção à figura de Miguel Bombarda, pelo papel dedicado e inovador que desempenhou na história da psiquiatria em Portugal.

Trabalho no âmbito da bolsa de doutoramento (Bolsa de doutoramento: SFRH / BD / 77775 / 2011. orientada pelos Profs. Doutores Ana Leonor Pereira e João Rui Pita.

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projecto PEst-C/HIS/UI0460/2011. Ref. COMPETE FCOMP-01-0124-FEDER-022660.

**IV JORNADAS INTERNACIONAIS
DE HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

6 e 7 de Maio de 2013

Sala Sá de Miranda, Casa Municipal da Cultura, Coimbra, Portugal

Presidente das Jornadas: Prof^ª Doutora Ana Leonor Pereira

Programa

DIA 6 DE MAIO

9h30 — Sessão de abertura

9h45 — Comunicações e debate

—Ricardo Branco Julião — Mestrando em História e Filosofia das Ciências - Universidade de Lisboa; Membro integrado do Centro de Filosofia das Ciências da Universidade de Lisboa (CFCUL).

O ANTI-GALENISMO DE PINEL. OBSERVAÇÕES SOBRE A CRÍTICA A GALENO NA INTRODUÇÃO À PRIMEIRA EDIÇÃO DO *TRATADO MÉDICO-FILOSÓFICO SOBRE A ALIENAÇÃO MENTAL*.

—Ana Catarina Necho — Doutoranda em História. Faculdade de Letras – Universidade de Lisboa

A CRIAÇÃO DO HOSPITAL DE RILHAFOLES – O PRIMEIRO HOSPITAL DE ALIENADOS EM PORTUGAL: UMA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA MENTAL EM MEADOS DO SÉCULO XIX

—Aires Gameiro, OH — Psicólogo; Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; Investigador colaborador do CEIS20; Universidade de Coimbra

MISERICÓRDIA E MANICÓMIO CÂMARA PESTANA NA ASSISTÊNCIA AOS ALIENADOS NA MADEIRA ATÉ 1925

11h00 — Intervalo

11h15 — Comunicações e debate

—Manuel Curado — Professor Universitário; Universidade do Minho - Portugal

O AUTOMATISMO FUTURO DO CÉREBRO: SOUSA MARTINS (1843-1897) E JOSÉ DE LACERDA (1861-1911)

—José Morgado Pereira — Médico; Doutorando FLUC; Investigador CEIS20 – Universidade de Coimbra

A EVOLUÇÃO DAS IDEIAS PSIQUIÁTRICAS EM ALBERTO BROCHADO

—Adrián Gramary*; Cláudia Lopes** — *Médico Psiquiatra, Director Clínico, Centro Hospitalar Conde de Ferreira; **Escultora, Atelier de Expressão Plástica

HERCULANO DE SÁ FIGUEIREDO, UM ESCULTOR NO HOSPITAL CONDE DE FERREIRA

13h00-14h30 — Intervalo para almoço

15h00 — Comunicações e debate

—Paulo Archer de Carvalho — Pós-Doutorando; Investigador do CEIS20-Universidade de Coimbra

OS AMOS DA ALMA. O DIFÍCIL PARTO TEOLÓGICO E FILOSÓFICO DA PSICOLOGIA EXPERIMENTAL NO PRIMEIRO TERÇO DO SÉCULO XX

15h30 — Conferência plenária

—António Carreras Panchón — Professor catedrático; Departamento de Psiquiatria, Medicina Legal e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca, Espanha

MEDICALIZACIÓN Y PSIQUIATRÍA. ENTRE EL RADICALISMO TEÓRICO Y LA DEMANDA DEL USUARIO

16h15 — Intervalo e primeiro momento para discussão das comunicações em *poster*

17h00 – Simpósio temático: História da Psicanálise

—**T. Angosto Saura; M.J. Louzao Martínez; M.A. Miguélez Silva; M. Piñeiro Fraga**

UN CASO FREUDIANO DE UN MANICOMIO GALLEGO EN 1927

—Manuel Correia — Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20

PSICANÁLISE E PSICOCIRURGIA: A CONTAMINAÇÃO INCONSCIENTE

—A.Lapa Esteves*; V. Prego**; F. Moreira Simões*** — *Investigadora do CEPES; Pós-Doutoranda na Universidade da Extremadura - UEX. Membro Fundador da Associação de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica de Lisboa. Psicóloga Clínica.; **Doutorando em “Desenvolvimento e Intervenção Psicológica” pela Universidade da Extremadura. Investigador do CEPES. Mestre em Ciências pela Universidade de Liverpool; ***Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta. Membro da Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Membro da Direção da Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica.

“1+1=1” OPERAÇÃO BINÁRIA E/OU CHAVE DA FELICIDADE?

18h30 — Encerramento dos trabalhos do primeiro dia

DIA 7 DE MAIO

9h30 — Comunicações e debate

—David Simón Lorda*; Tatiana Bustos Cardona**; Xaqueline Estévez Gil ** — Servicio de Psiquiatria. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde. Ourense-España.

*Psiquiatra; ** Médico residente de Psiquiatria

ESPACIOS DE RECLUSION Y DE ATENCION A LA LOCURA EN LA GALICIA (ESPAÑA) DE FINALES DEL SIGLO XIX Y PRIMEROS AÑOS SIGLO XX

—Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro — Professora-Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

VIDAS INVISÍVEIS: DOENTES INIMPUTÁVEIS PERIGOSOS EM SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA FORENSE - PERCURSOS ASSISTENCIAIS

—Francisco Molina Artaloytia — UNED, Doctorando; Profesor-Tutor.

“RIGOR EN OCASIONES, CARIDAD SIEMPRE, SIMPATÍA NUNCA”: LA HOMOSEXUALIDAD EN DISCURSOS PARADIGMÁTICOS DE LA MEDICINA FORENSE Y EL DERECHO PENAL FRANQUISTAS

—José António Alves — Doutorando; Centro de Estudos Humanísticos da Universidade do Minho

O CRIME E ANORMALIDADE EM EDMUNDO CURVELO

11h00 — Intervalo

11h15 — Comunicações e debate

—António Barbedo de Oliveira — Médico; Hospital de Magalhães Lemos
(RE)LER MAGALHÃES LEMOS EM “VISITE PSYCHIATRIQUE À LA COLONIE DE GHEEL”

—Carolina Gregório Álvaro — Historiadora

DOUTOR ELÍSIO DE MOURA: O HOMEM E O MÉDICO

—Denise Maria Borrega Pereira — Doutoranda da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, Centro Interuniversitário de História das Ciências e Tecnologia (CIUHCT)

A DESCIDA DE LUÍS CEBOLA AO INFERNO: UM RETRATO IDEOLÓGICO E CLÍNICO DA DOENÇA MENTAL NO PORTUGAL DE MEADOS DO SÉCULO XX

—Porfírio Pereira da Silva — Animador Cultural - Biblioteca Pública Municipal de Viana do Castelo

ERNESTO GALEÃO ROMA (1887-1978): DISCÍPULO DE MIGUEL BOMBARDA E JÚLIO DE MATOS APRESENTOU, EM 1913, UMA DISSERTAÇÃO FINAL DO CURSO MÉDICO, ATRAVÉS DE UM ESTUDO DA MICROCEFALIA EM QUATRO PACIENTES

13h00-14h30 — Intervalo para almoço

14h30 — Comunicações e debate

—Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro — Professora-Adjunta; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

DO ASILO AOS CUIDADOS COMUNITÁRIOS: EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL

—Miguel Angel Miguélez Silva*; María Piñeiro Fraga**; Tiburcio Angosto Saura***

— *Médico Psiquiatra; **Enfermeira especialista em Psiquiatria; ***Médico Psiquiatra, chefe de serviço da unidade de agudos de Hospital Nicolás Peña; CHUVI (Complexo Hospitalario de Vigo), CHOP (Complexo Hospitalario de Pontevedra)

HISTORIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DESTINADOS A LOS ENFERMOS PSIQUIATRICOS DE LA CIUDAD DE VIGO: DESDE EL HOSPITAL REBULLON HASTA NUESTROS DIAS.

15h30 — Intervalo e segundo momento para discussão das comunicações em *poster*

16h00 — Lançamento da obra com as comunicações das III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental (2012)

16h15 — Comunicações e debate

—Sofia Nobre*; Maria Lapa Esteves**; *** Florencio Vicente Castro — *Doutoranda em Psicologia; Facultad de Educación da Universidad de Extremadura, Badajoz (España). Investigadora do CEPESE - Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade; **Professora; Doutora em Psicologia e Pós-Doutoranda em Psicologia na Facultad de Educación da Universidad de Extremadura, Badajoz (España); Investigadora do CEPESE - Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade; ***Professor Catedrático de Psicologia Facultad de Educación da Universidad de Extremadura, Badajoz (España)

RESILIÊNCIA: O NOVO PARADIGMA. DO AMOR À MORTE

—José Cunha-Oliveira*, Artur Furet **; Aliete Cunha-Oliveira*** — *Médico psiquiatra; **Médico interno de Psiquiatria do CHUC; Capitão Médico do Exército; ***Enfermeira especialista de Saúde Pública, Bolseira de Doutoramento da FMUC-FCT; Investigadora do CEIS20, Universidade de Coimbra

PSIQUIATRIA, VIH e SIDA: UMA PERSPETIVA HISTÓRICA E CLÍNICA

—Clariana Morais Tinoco Cabral*; Rosângela Francischini** — *Doutoranda em Psicologia pela PPGPsi-UFRN, Brasil; ** Professora Doutora do Departamento de Psicologia da UFRN, Brasil

SAÚDE MENTAL PARA A INFÂNCIA E JUVENTUDE NO BRASIL E AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

17h30 — Sessão de encerramento

Ana Leonor Pereira — Professora da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra; Investigadora e Co-Cordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20; Presidente das Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental

Comunicações em forma de *poster*

—A.Espandian Nojavan Pana*; L.Delgado Charo**; M.A.López López***; D.Simon Lorda

*MIR II, **MIR IV, *** PIR III, ****Psiquiatra Complexo Hospitalario Universitario de Ourense

A ESPIRITADA DE MANUELA EN MOECHE

—Inês Pinto da Cruz — Bolseira de Doutoramento da FLUC-FCT; Investigadora do CEIS20, Universidade de Coimbra

UMA VISITA À EXPOSIÇÃO “UM BREVE OLHAR PELA PSIQUIATRIA”

—Inês Pinto da Cruz — Bolseira de Doutoramento da FLUC-FCT; Investigadora do CEIS20, Universidade de Coimbra

ARQUIVO DA MEDICINA LEGAL DE COIMBRA: INTERPRETAÇÃO DE CASOS LIGADOS À PSIQUIATRIA FORENSE (1900-1926)

—Micaela Figueira de Sousa — Bolseira de Doutoramento da FFUC-FCT; Investigadora do CEIS20, Universidade de Coimbra

PRIMÓRDIOS DA REGULAÇÃO DE ESTUPEFACIENTES EM PORTUGAL (1911 – 1970)

—Nuno Borja-Santos*; Miguel Palma**; Bruno Trancas*** — Médicos; Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

A DEMÊNCIA (PRECOCE) NA PSIQUIATRIA PORTUGUESA DO SÉCULO XIX

—Ruben Gaio — Bolseiro de Doutoramento da FLUC-FCT; Investigador do CEIS20, Universidade de Coimbra

A RACIONALIZAÇÃO DA PSICOFARMACOLOGIA E O TRIUNFO DOS ISRSs (1960-1990)

—Sara Repolho — Bolseira de Doutoramento da FFUC-FCT; Investigadora do CEIS20, Universidade de Coimbra

SAÚDE MENTAL E PUBLICIDADE NA REVISTA “NATURA” (1942-1991)

Organização

A organização das *Jornadas* foi da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde com a colaboração científica e institucional do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — CEIS20.

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, Farmoz – Grupo Tecnimed, Câmara Municipal de Coimbra, Turismo do Centro, Banco Santander Totta e Bluepharma Indústria Farmacêutica SA.

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 10**Título**

IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental

Resumo

Esta obra colectiva *IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros que serviram de base às comunicações realizadas nas referidas *Jornadas* que tiveram lugar em Coimbra, nos dias 6 e 7 de Maio de 2013.

Autores (Eds):

Ana Leonor Pereira – Professora da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Investigadora e Co-Coordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20, Universidade de Coimbra

João Rui Pita – Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador e Co-Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX– CEIS20, Universidade de Coimbra.

Volumes publicados:

- 1 – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; Pedro Ricardo Fonseca (Eds.) — Darwin, darwinismos, evolução — 1859-2009
 - 2 – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental
 - 3 – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Ciências da Vida, Tecnologias e Imaginários. Na era da biodiversidade. Homenagem ao Prof. Doutor Carlos Almaça
 - 4 – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental
 - 5 – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Luiz Wittnich Carrisso — *Hereditariedade*. Dissertação para o acto de licenciatura na secção de sciencias historico-naturaes da Faculdade de Philosophia, que terá logar no dia 14 de março de 1910. Transcrição de manuscrito
 - 6 - Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental
 7. Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis — Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse
 8. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) — *A Revista de Neurologia e Psychiatria* (1888-1889)
 9. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo
-