

J. PINTO PEIXOTO * F. R. DIAS AGUDO * J. TIAGO DE OLIVEIRA * J. CAMPOS FERREIRA
MARGARITA RAMALHO * A. RIBEIRO GOMES * ARMANDO POLICARPO * F. DUARTE SANTOS
J. GOMES FERREIRA * L. A. MENDES VICTOR * MANUEL LARANJEIRA * M. GOMES GUERREIRO
J. CÂNDIDO DE OLIVEIRA * ROBALO CORDEIRO * J. CELESTINO DA COSTA * A. CASTRO CALDAS
BARAHONA FERNANDES * ARANTES E OLIVEIRA * A. F. CARVALHO QUINTELA * A. BARBOSA
DE ABREU * GOUVÊA PORTELA * L. BRAGA CAMPOS * J. J. DELGADO DOMINGOS * A. F.
OLIVEIRA FALCÃO * DOMINGOS MOURA * H. CAMPOS NETO * A. LARCHER BRINCA * J. F.
QUINTINO ROGADO * M. AMARAL FORTES * M. BAPTISTA BRAZ * M. PEREIRA COUTINHO
FERNANDO ESTÁCIO * P. O. PEREIRA SANTOS * A. A. MONTEIRO ALVES * BRITALDO RODRI-
GUES * L. AIRES DE BARROS * MATOS ALVES * M. PORTUGAL FERREIRA * ANTÓNIO RIBEIRO
FRANCISCO GONÇALVES * TELLES ANTUNES * LUÍS ARCHER * J. MONTEZUMA DE CARVALHO
J. FIRMINO MESQUITA * ABÍLIO FERNANDES * J. MALATO-BELIZ * ARSÊNIO PATO DE
CARVALHO * A. XAVIER DA CUNHA * ALLEN DEBUS * J. SIMÕES REDINHA * SEBASTIÃO
J. FORMOSINHO * A. M. A. ROCHA GONSALVES * L. ALMEIDA ALVES * OLIVEIRA CABRAL
FRAÚSTO DA SILVA * JOSÉ V. PINA MARTINS * AMÉRICO COSTA RAMALHO * FERNANDO
REBELO * C. ALBERTO MEDEIROS * ILÍDIO DO AMARAL * MANUEL GARRIDO ARAÚJO
MANUEL VIEGAS GUERREIRO * A. SIMÕES LOPES * A. SOUSA FRANCO * ONÉSIMO T. ALMEIDA
JUSTINO MENDES DE ALMEIDA * FRANCISCO GAMA CAEIRO * RÔMULO DE CARVALHO

HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO DA CIÊNCIA EM PORTUGAL NO SÉC. XX

I VOLUME



PUBLICAÇÕES DO II CENTENÁRIO DA ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA
LISBOA • 1992

Também a Neurocirurgia como parceiro natural das Neurociências seria merecedor de comentário extenso, todavia, esse tema é objecto de análise noutra texto.

Pode concluir-se afirmando que estamos optimistas no que respeita ao potencial humano da Ciência nacional, assim saiba Portugal encontrar o caminho para que o seu labor frutifique e se multiplique nas gerações mais jovens.

HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO NO SÉCULO XX DA PESQUIARIA E PSICOLOGIA MÉDICA EM PORTUGAL

H. BARAHONA FERNANDES *

Resumé

L'événement extraordinaire de la psychiatrie portugaise au XX^e siècle a été le prix Nobel (1948) de Médecine et Physiologie accordé a Egas Moniz par sa découverte de la «leucotomie pré-frontale dans le traitement de certaines psychoses». Ce fait a eu des répercussions mondiales contradictoires; il a la valeur d'un stimulus pour la recherche naturaliste en Psychiatrie et va à la rencontre du mouvement actuel de la «psychiatrie biologique» avec le concurs de plusieurs sciences en fécond développement (psychophysiologie, neurochimie, endocrinoneurobiologie, génétique moléculaire, imagiologie, etc.). Le progrès thérapeutique le plus décisif a été celui de l'introduction (1952) dans la pratique thérapeutique des nouveaux *médicaments psychothropes*, en changeant la manifestation des symptômes psychopathologiques, mitigés par les effets complexes pharmaco-psycho-sociothérapeutiques qui ont supéré les «*méthodes de choc*» dans les psychoses découverts en 1936. La connaissance scientifique des modes d'action a été en retard avec les *faits cliniques*. D'autre part ces méthodes et leurs explications théoriques ont été en choc dialectique avec les méthodes *psychothérapeutiques* et *sociothérapeutiques*. L'«antipsychiatrie» a mis en question l'orientation médicale; son intérêt a été le stimulus de l'organisation des vieux «Asilés» en des *Hôpitaux* et *Centres* communautaires. Depuis 1936 l'A. a defendu la «convergence» dialectique et intégrée des différents *sciences de base* aussi bien *naturelles* que *humaines* et leurs méthodologiques. L'*expérience clinique* (mise en premier plan) s'est développé par des recherches multidimensionnelles «et pluridisciplinaires» et on a proposé un nouveau

* Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Sócio efectivo da Classe de Ciências da Academia das Ciências.

modèle de la personnalité en situation dans l'ambiance socio-historico-culturelle et éco-urbanistique et, aussi, des modèles des troubles de leurs systèmes psychopathologiques évalués par une échelle structurée vers un *diagnostique individuel structuré et personnalisé*. On a fait de grandes progrès internationales dans le diagnostique statistique (DMS-III-R; IOD-9).

On fait ici un bref aperçu historique des innovations des plus importantes dans l'assistance et rôle de certaines personnalités (Bombarda, Júlio de Matos, Sobral Cid, Magalhães Lemos, etc.) et de ses élèves dans l'enseignement (premières chaires de Psychiatrie en 1911, de Psychologie Médicale en 1955). L'ouverture de l'Hôpital Júlio de Matos à Lisbonne (1942) a outrepassé la tradition «asilare» et innové le régime «ouvert», la thérapeutique occupationnelle et une *ambiance thérapeutique humanisée*, mise en mouvement par l'apprentissage et la pratique d'une *psychopathologie clinique* en sens moderne, avec une orientation «phénoméno-structural-dynamique» ayant ses applications thérapeutiques pour la réhabilitation et la prévention.

La *psychologie médicale*, comprise comme introduction anthropologique à la Médecine a été développée et mise en pratique dans les unités psychiatriques ouvertes dans les Hôpitaux générales (innovées à l'Hôpital Universitaire de Santa Maria à Lisbonne) a contribué pour la «liaison» avec les autres spécialités médicales et chirurgicales et les médecins de famille dans des consultations extérieures liées au nouveau mouvement social préventif de la *Santé-Mentale*. Il y en a des ambiguïtés et des conflits entre des tendances «hôpitalo-centriques» et la «psychiatrie communautaire». Des résistances et des difficultés d'ordre socio-économique et, aussi, politiques et idéologiques, ont troublé plusieurs fois les développements progressistes de la psychiatrie portugaise.

On ne peut que référer sommairement les différents «écoles» et groupes de travail et de recherche (clinique-phénoménologique, anthropologique, psycho et socio-dynamique et, plus récemment, comportementale et cognitif). Il manque des ressources pour une recherche scientifique plus systématique qui utilise et développe les techniques actuelles.

Avec le concours des équipes de soins et sur une base clinique plus solide on est en train de développer plusieurs méthodes de psychothérapie d'inspiration diversifiées (psychodynamique, psychanalytique et humaniste-anthropologique), et comportementales, et cognitifs, individuelles et de groupes (groupe intégrant les thérapeutiques biologiques et sociologiques).

Dans un cadre générale *anthropologique* de l'étude de l'homme perturbé et ses possibilités de récupération on s'efforce de maintenir le *caractère médical* et la convergence dialectique éthico-anthroposcientifique et bio-psycho-socio-culturelle de la Psychiatrie.

1.ª PARTE

ABERTURA À PSIQUIATRIA MODERNA

1. Perspectiva geral

Na falta de investigações sistemáticas de ordem monográfica e historiográfica, tentamos esboçar algumas reflexões baseadas em grande parte na nossa própria experiência de sessenta anos. As críticas a esta interpretação podem porventura atenuar-se com a noção da «historicidade» (em sentido de Jaspers)¹ que nos dá uma *vivência pessoal e activa participação* nos factos ocorridos e a sua investigação e reflexão².

— Desenvolvemos deste modo, o texto, já publicado em 1986, no I Volume da *História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal*, por ocasião do II Centenário da Academia. «*O nascimento da Psiquiatria em Portugal*».

Referimos então em especial a fundação, em 1848, do Hospital de Rilhafoles — o primeiro «*asilos de alienados*» em Portugal, os seus antecedentes históricos e o início do estudo da Medicina Psiquiátrica.

Como é regra geral na evolução histórica de disciplinas como a Psiquiatria, desde os seus primórdios arcaicos, as *circunstâncias sócio-culturais, político-económicas, creenciais, ideológicas e filosóficas* marcam-se fortemente nas feições peculiares a cada época, muito em particular no que concerne a díspares formas de compreensão dos «desassizados» e a explicação da «loucura» em geral.

O Hospital de Rilhafoles emerge, na época do século XIX, da *intensificação do naturalismo científico nos estudos médicos* e acompanha estreitamente o movimento de *liberalização sócio-política* e da relevância dos *direitos do Homem*. *Daí partiram as tentativas de explicação organicista cerebral* e o movimento de ética médica de *respeitar a dignidade das pessoas*, em antes tidas como «possessos» ou «degenerados».

Esta orientação deve muito aos esforços e campanhas da *Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa* e sobretudo à acção das destacadas *personalidades* que ilustraram o saber e práxis desse tempo. Referindo ao original (e respectiva bibliografia)³ não podemos deixar de referir aqui os nomes de A. Bizarro, Bernardino António Gomes, Beirão, Ribeiro, Martins Pulido, António Maria de Sena e, para o final do século, de Magalhães de Lemos, Júlio de Matos e Miguel Bombarda.

É na sequência da obra destes últimos que se expande a ciência da especialidade no século XX, em especial — como veremos: a) pelo ensino da *Psiquiatria nas três novas Faculdades de Medicina*, em 1911; b) o cultivo e investigação da *psicopatologia*, a partir de Sobral Cid e dos seus discípulos; c) a *difusão social e a melhor aceitação dos cuidados aos doentes*; d) o movimento da *Higiene e Prevenção da Saúde Mental*, possibilitada inicialmente em 1942 pelas inovações do Hospital de Júlio de Matos e e) em especial pelo *progresso e investigação científica das terapêuticas*, em especial as *farmacoterapias* aplicadas no contexto da melhor compreensão e ajuda psico-sociológica das personalidades perturbadas e da expansão consequente das *psico e socio-terapias*.

Numa linha mais neuro-psicológica, emergiu o *descobrimento* sensacional da «*Cirurgia psiquiátrica*» de Egas Moniz de que a seguir falaremos. Os progressos científicos e suas aplicações clínicas (diagnóstico, prognóstico, terapêutica de recuperação e prevenção) desenvolveram-se considerável — mas irregularmente — por vezes com excessos ideológicos, em múltiplas e contraditórias «teorias» e experiências clínicas díspares. Tentaremos apreender a possível «*convergência*» da sua complexa *multidisciplinaridade*, focando globalmente o «*Homem perturbado*» situado no seu ambiente ecológico e comunitário visto num modelo de cunho «*antropocientífico*» bio-psico-sócio-cultural.

2. Egas Moniz — único Prémio Nobel português

Cabe à psiquiatria do século XX em Portugal a glória desta distinção que teve repercussão mundial: a *descoberta da «leucotomia pré-frontal»* como «tratamento de certas psicoses». Lamentando a sua falta neste Colóquio, citamos Fernando Namora na sua última obra publicada⁴, na apreciação crítica que faz ao nosso ensaio sobre as descobertas e personalidade de Egas Moniz⁵.

Comenta, a propósito da «*polémica ideológica e científica*» acerca da criação da mal chamada «*Psicocirurgia*» (melhor «*cirurgia psiquiátrica*») hoje incluindo as estereotaxias «*fomos esquecendo*, entre muitas coisas, a revolucionaríssima via da arteriografia, que fez escola portuguesa, a que a moderna medicina tanto deve. E em particular esquecemos a moldura histórico-natural das descobertas de Egas Moniz e o que elas testemunham no nosso génio para o enfrentamento daqueles

desafios em que a intenção se alia à «*objectividade realista*» e «*se não furta à ousadia*».

Este acontecimento extraordinário contrasta com as dificuldades das investigações mais sistemáticas da Psiquiatria científica (clínica e laboratorial) e da assistência efectiva e socialmente válida aos doentes mentais, como a seguir se relatará.

3. Os Hospitais de Rilhafoles e do Conde de Ferreira, bases de estudo das ciências e da práxis psiquiátricas

Resumindo o que comunicámos à Academia das Ciências de Lisboa, por ocasião do seu II Centenário (1984) no Volume já referido, lembramos o modo de nascimento da Psiquiatria como «*disciplina médico-científica aplicada ao tratamento dos doentes mentais*». Basicamente, assinala-se com o funcionamento, em 1848, do primeiro «*asilo de alienados*», organizado com esse fim no nosso país — o *Hospital de Rilhafoles*. Não aconteceu porém por acaso. Acompanhou, como se disse, o movimento do aprofundamento científico da Medicina e a acentuação política das liberdades superando neste particular a trágica situação anterior do «*tratamento desumano e as medidas de defesa da sociedade contra os alienados*» isolados nas prisões e nos pátios inóspitos de alguns hospitais.

Não insistiremos nas referências anteriores às *tentativas mais humanizadas* de cuidados de alguns enfermos da mente — em especial, em 1539, no afamado Hospital de Todos os Santos em Lisboa — o primeiro a receber alguns doentes «*fora do seu sizo*»⁶. O que agora importa revelar é o facto da abertura de Rilhafoles ter vindo mais uma vez confirmar a *relação dos progressos da psiquiatria com certa melhoria das condições da cultura e da vida sócio-económica e ideológico-política*.

No centenário da fundação da Rilhafoles, em 1948, foram lembradas essas circunstâncias⁷. O acto espectacular e significativo nesta «*revolução*» foi a visita anterior do Marechal Saldanha às enfermarias de S. Teotónio e Santa Eufémia no Hospital de São José, onde se albergavam (em espectáculo dantesco de «*agitação*», miséria e imundície) os alienados que logravam essa «*protecção*» (efectivamente mais da sociedade do que deles próprios).

No dia 13 de Dezembro de 1848 abriu, no velho convento de S. Vicente de Paula, o *Hospital de Rilhafoles*, com os primeiros doentes

transferidos de São José. Repetia-se — a par da superação científica das interpretações teológicas — a solução dessa época de aproveitar os conventos para instituições de Saúde. Segundo o relatório do primeiro Director⁸ houve de começo 350 doentes (numa taxa em relação à população muito inferior à dos outros países europeus). Internaram-se tantos casos «que por deficiência, ordem e segurança pública são recolhidos por dever da autoridade», como «os que tendo perdido a razão podem ainda recuperá-la por um adequado tratamento». É curioso notar que, por falta de outros meios, eram excluídos os doentes incuráveis que vegetavam inofensivos no meio da sociedade (imbecis, dementes, tranquilos, etc.)^{*}.

Pulido fez grandes esforços por seguir as regras da assistência então recomendadas (no espírito de Pinel e Esquirol⁹: de «brandura» no trato dos «guardas» (os enfermeiros desse tipo de hospitais) e a persuasão e assídua vigilância, bem como «o bem dirigido» emprego dos «agentes higiênicos, farmacêuticos e meios morais».

Um século e meio de experiência das *dificuldades* no nosso país (penúria de meios e desinteresse efectivo das autoridades) dão-nos uma ideia da difícil situação da época que forçou Pulido ao abandono da sua missão. Segue-se-lhe G. Abranches que logrou uma curta fase de melhoria das condições de vida dos doentes e introduziu a balneoterapia. Os «Banhos de Rilhafoles» tiveram certa fama e eram procurados (até aos anos 30 em que começamos a trabalhar no hospital) por outras categorias de doentes e até com a alegação de que as pessoas eram melhor «tratadas» («relação inter-pessoal») do que em outros serviços hospitalares. Compreendemos este caso como o início das *novas atitudes e aceitação* que já então começava a florescer no trato de *todos os enfermos* — entendendo-se que mesmo nos «alienados», estava o *Homem*, que merecia o nosso respeito, a nossa simpatia e cuidados.

Rilhafoles passou depois — mercê da repressão das instâncias administrativas e quebra dos esforços e dedicação afectiva do pessoal

* Note-se, (entre parêntesis), certa semelhança com a situação actual na qual os excessos do afã da «desinstitucionalização» (saída dos Hospitais para o novo sistema apenas esboçado), da psiquiatria comunitária, pode conduzir ao aumento de «marginais», pedintes e vagabundos, tolerados em certos ambientes de permeio com alcoólicos e dependentes de drogas. Veremos adiante como a atenção socio-comunitária a estas difíceis situações procura resolver mais realisticamente o problema.

médico e falta de formação dos «guardas» por épocas de decadência, merecendo lamentavelmente a fama de «asilo de lunáticos» a «segregar» da sociedade «sã».

Só em 1892 com a acção extraordinária de *Miguel Bombarda* houve nova melhoria das condições médicas e assistenciais no Hospital de Rilhafoles e novos progressos científicos.

Com *António Maria de Sena*, no Porto, operou-se um fenómeno comparável — a criação do novo *Hospital do Conde de Ferreira* em 1866¹⁰, já com magníficas instalações e inspirado em moldes europeus.

Sena foi um brilhante representante da psiquiatria científica francesa (Magnan, Morel, etc.), e alemã (Kraft-Ebing, Schule, etc.). Pode-se dizer que criou independentemente (anos 80-90) o cultivo científico da Psiquiatria no Porto, através do seu discípulo Júlio de Matos (v. cap. 4). Praticou a *clínica* com esmero e também, pela primeira vez, promoveu a organização de *Laboratórios* (de anatomia, fisiologia e outros) em cujas técnicas se treinara em França (Brown-Séquard, Marey e Charcot) estudando em especial, a conselho de Ricardo Jorge, as localizações funcionais do encéfalo.

A sua obra primacial é porém sócio-assistencial (plano e direcção do Hospital do Conde de Ferreira) e de *estudos estatísticos* e contribuições para a melhoria da *Saúde Pública* no âmbito do que hoje se chama a *Saúde Mental*. Também, de forma precursora, defendia o *trabalho metódico dos doentes como meio de tratamento* e os cuidados individuais dos doentes: «com brandura e persuasão». Iniciou também uma *acção pedagógica* no ensino médico e do pessoal do Hospital. Foi efectivamente o «pai» da linha de *estudos psiquiátricos* que através de seus discípulos Júlio de Matos, e Magalhães Lemos se estendeu até aos nossos dias.

Movido pelas *aspirações sociais do seu tempo*, foi um *progressista liberal* e, no campo científico, um *evolucionista*, considerando a alienação mental ligada à *história natural* do homem um *movimento regressivo*. Cria assim na hereditariedade das afecções mentais, defendendo-se no entanto dos excessos da «teoria da degenerescência» (v. a seguir). Valorizando conjuntamente a acção dos *factores ambientais*, esboçou de certo modo uma convergência das duas correntes que desde então até hoje se têm degladiado. Se como naturalista via os «degenerados» em regressão não se esquecia do seu papel de «médico» para os *compreender e cuidar como homens doentes*.

4. Desenvolvimento da Psiquiatria. As grandes personalidades de Miguel Bombarda, Júlio de Matos e Magalhães Lemos

Constituem os três grandes «troncos» das gerações seguintes da psiquiatria, na linha directa de Júlio de Matos, Sobral Cid e do autor desta comunicação e os seus colaboradores e actuais continuadores da «escola» de Lisboa*.

As realizações multifáricas de Miguel Bombarda desde 1892 até 1910 (data em que foi assassinado por um paranóico na antevéspera da revolução republicana) repercutem-se plenamente no começo do século XX. Em várias ocasiões estudamos a personalidade e posição doutrinal de Bombarda, assim como os seus trabalhos psiquiátricos e notável papel no desenvolvimento do Hospital de Rilhafoles que, depois da sua morte, se chamou primeiro «manicómio» e, desde 1948, *Hospital de Miguel Bombarda*.

No ângulo científico-filosófico¹¹ como duro polemista, Bombarda grangeou fama nacional. Regeu *fisiologia* e *histologia* na Escola Médica e favoreceu a criação dos respectivos laboratórios no próprio Hospital de Rilhafoles, de onde emergiu a estirpe dos *mais destacados investigadores naturalistas dessa época* (Marck Athias, Celestino da Costa, os irmãos Bettencourt, Azevedo Neves, etc.) nas áreas da fisiologia, histologia, bacteriologia gerais e o último na Medicina Legal.

Bombarda foi um notável «administrador», político e jornalista médico, escrevendo com grande repercussão, sobre variadíssimos temas clínicos, além da psiquiatria e da difusão da Higiene. No campo psiquiátrico estudou em especial as psicoses da menopausa e a pelagra**,

* Fora destas linhas, brotariam os casos peculiares de Elycio de Moura e Bettencourt Rodrigues (v. a seguir).

** Note-se entre parêntesis o facto, epidemiológico importante, dos sintomas dermatológicos, neurológicos e psiquiátricos da *pelagra* (atribuída já por Bombarda às más condições higiénicas e de alimentação das classes trabalhadoras) terem deixado de se manifestar no nosso país (prevenidas pela melhor alimentação) e explicadas como avitaminoses. Bombarda foi ainda um portentoso «animador» da reorganização do velho serviço hospitalar que, no decurso da sua direcção, alcançou o máximo esplendor da sua ainda hoje difícil existência. Acabou com alguns métodos obsoletos e cruéis de repressão da «agitação» dos doentes (que em parte deveria ser uma resposta reactiva dos tais maus tratos), as cadeiras fortes, as coleiras de contenção, prisões aos leitos e outros métodos coercivos. Apesar de tudo, dadas as dificuldades gerais do velho edifício e vícios da sua dependência administrativa dos Hospitais Civis, não logrou suprimir os clássicos

Analisando com fundo sentido clínico a patogénia dos sintomas psicopatológicos, adiantou a ideia de que tais quadros clínicos — como outros determinados por «causas» somáticas *não eram específicos* das etiologias. Eram *formas gerais* da resposta (para ele anátomo-fisiológica) frente a variadas condições etiológicas. Como se sabe, esta noção vincou-se solidamente em 1912, claramente demonstrada por Bonhoeffer na Alemanha e por Regis em França — lei que ainda hoje se tem de relembrar aos investigadores menos críticos em busca de especificidades etiológicas e determinismos rígidos e reducionistas.

Na época prevalecia a *psiquiatria «descritiva»*, de gloriosa tradição europeia. Bombarda contribuiu com clássicas pinturas verbais em língua portuguesa (a nomenclatura psiquiátrica, tão difícil, estava em formação), (v. Júlio de Matos e Sobral Cid). Além de outros, ressalta o estudo dos *microcéfalos*, também nos pontos de vista da *antropologia física* e da *anatomia cerebral macroscópica*. Mais uma vez foge a classificações rígidas e considera não haver um «tipo único» de doença. «Materialista» quase radical como era, é digno de nota o ter verificado a falta de proporção entre o grau da atrofia cerebral e o desenvolvimento cerebral no seu todo. Ainda na clínica, o seu estudo com maior repercussão internacional foi a análise do *delírio sistematizado de ciúme* (de origem alcoólica ou não) com forte organização racionalizada da teia delirante. Embora racionalista, Bombarda reconhece o

(mas «inquisitoriais»?) «coletes de forças» (que só cessariam com a abertura do Hospital de Júlio de Matos. Cap. 7). Nas «memórias da vida», de Kraepelin (expoente máximo da época que estamos a descrever) refere-se a sua visita a Lisboa (por ocasião do Congresso Internacional de Medicina em 1906 de que Bombarda foi o portentoso secretário geral); o facto (já na época rejeitado na Europa Central), dos doentes estarem amarrados ao leito... Bombarda compreendeu a necessidade de abolir estas práticas e recomendou a ocupação pelo trabalho, mas as circunstâncias nem sempre foram favoráveis aos seus desejos e recomendações. De personalidade forte e autoritário, talvez tal feição de carácter não tenha favorecido o abrandamento da «violência» e provavelmente favorecido a sua morte a tiro por vingança de um doente. O trato «humano-compreensivo» dos doentes viria a atenuar muito o risco (real) de tais violências. Esta mudança de atitude e as reflexões que a acompanham, exprimem já um progresso das *ciências humanas* (psicológicas, sociais, jurídico-éticas). Claro que já então os portadores de psicoses não eram «castigados» penalmente (inimputáveis). Apenas ficavam em «segurança» em pavilhões especiais, aliás abolidos já nos anos 40.

fundo «emocional» em que assenta; embora não aceite a sua psicogénese, dá-lhe uma «qualidade formal» compreensível*.

Evolucionista, causalista e materialista convicto, as suas polémicas ficam na história — em especial a obra «contra o livre arbítrio» — inteligente e penetrantemente contestada no ponto de vista epistemológico pelo Padre Santana.

As convicções de Bombarda sobre os «fundamentos neuronais» do pensamento e das suas doenças foram precursoras em antecipação da «psiquiatria biológica», apoiavam-se na teoria e nos novos conhecimentos da histo-fisiologia do sistema nervoso e tiveram grande influência na época. A eles e outros «somáticos» se opunham, como nos séculos anteriores, os «psíquicos» do seu tempo. Tal dialéctica continua-se ainda hoje nas antinomias dos «biológicos» e «psico-sócio-dinâmicos»¹³.

5. Rememorando Sobral Cid.

A Escola Portuguesa de Psicopatologia Clínica

Já em pleno século XX — de 1923 a 1941 — deu-se um passo fundamental na Psiquiatria portuguesa. Sobral Cid (1877-1941) num esforço auto-didáctico memorável — depois de ter sido lente com a regência de várias cadeiras em Coimbra (1901-1911) — logra apreender a fundo a psiquiatria da língua alemã, formar discípulos e fundar uma autêntica *escola de psiquiatria clínica*: através das suas primorosas lições com apresentação de doentes, pelo esforço continuado da redacção de longas *histórias clínicas* com os seus assistentes** e muito em especial,

* Na demonstração destas suas asserções no famoso caso da «paranóia abortiva» da pintora Josefa Greno: típico do ambiente cultural daquele tempo são as polémicas contra estes diagnósticos de «loucura» em especial em casos médico-legais e internamentos forçados. Varela Aldemira em 1952 examinou o caso, defendendo a pintora contra a opinião do alienista levando à inimizabilidade penal, à interdição e internamento¹².

** Dentre os seus colaboradores directos mais antigos, recordemos, entre outros, F. Ilharco (que depois foi Director do primeiro Centro de Saúde Mental), Américo da Assunção, Fernando Ferreira (kantiano, trabalhou em Berlim com Kronfeld e Bonhoeffer e veio a ser o primeiro psiquiatra de mérito em Lourenço Marques), Berta de Moraes, Aníbal Faria (fixado depois no Funchal). Além destes recordamos Granada Afonso, Gregório Pereira, (doutorado em Lisboa e Director do Centro de Saúde do Norte) António de Almeida (depois antropologista) sócio desta Academia.

em publicações que fizeram época e foram reeditadas em 2 volumes de *Obras* (Ed. da Fundação Calouste Gulbenkian, 1984)¹⁴.

Alguns dos seus estudos, sempre sobre a forma didáctica, em especial «Classificação e sistemática geral das psicoses» e a «Vida psíquica dos esquizofrénicos» e «Psicopatologia criminal» — valem como peças de antologia* pela alegância e precisão do *verbo* (pense-se na nomenclatura tão relevante na psiquiatria) pela clareza dos conceitos e reflexões críticas pertinentes, reformulando em *língua portuguesa* as difíceis especulações das diferentes escolas da psiquiatria europeia.

Com Sobral Cid deu-se efectivamente um *salto qualitativo*: não só a superação da tradicional psiquiatria «dos alienados»** e suas consequências na prática terapêutica e social, como muito especialmente o *aprofundar «fenomenológico» das vivências dos doentes* e dos «anormais» mentais, pela compreensão empatizante, humanizante — na sua original expressão; em «convivência» com as suas perturbadas pessoas.

O pano de fundo do seu pensar foi por nós interpretado como um «humanismo universalista» no espírito de von Humboldt, o criador do tipo que preferia das *universidades* germânicas epocais, basicamente dedicadas à *investigação científica*, muito diversas do pragmatismo anglo-saxónico e autoritarismo napoleónico.

Sobral Cid abriu-se assim à intercomunicação, ao «rapport» (à «relação», como se disse depois) do médico com o doente: a) penetrando intuitiva e afectivamente as suas *experiências interiores* («vivências») e o *nexo interaccional* com a *situação e circunstâncias exteriores*: b) facilitando a sua *abordagem terapêutica* por meios psicológicos, ultrapassando de muito as influências anteriores da psicoterapia suges-

* Referimos as suas *Obras Completas* (Prefácio do Autor deste texto). Em muitos escritos emergem novos aspectos também notáveis da sua personalidade de *humanista e pedagogo* de alto espírito universitário. Aos 30 anos «lente» em Coimbra. Autor de escritos importantes («Oração de Sapiência em 1907, Aspirações Universitárias; A Universidade ao Serviço da Nação». Reorganização Universitária (como Ministro da Instrução em 1914, etc.).

** No seu dizer: «as sínteses nosográficas» de Kraepelin (distinção da psicose maníaco-depressiva e da demência precoce, cognominada de esquizofrenia por Bleuler) «constitui o maior progresso realizado pela sistemática psiquiátrica no primeiro quartel do século XX». A ensinância de Sobral Cid promoveu a sua adopção em Portugal (em antes recusada por Júlio de Matos).

tiva de Charcot, cultivada pelos neurologistas («não alienistas») no tratamento das neuroses («histeria»)*.

A psicopatologia de Sobral Cid implica já um pensar muito *complexo* embora clarificado pela sua transparente elaboração cognitiva. De começo (no célebre trabalho sobre as esquizofrenias — 1924) diz-se inspirado nas concepções de E. Bleuler e da escola de Zurique («os complexos de Jung»). No desenvolvimento ulterior, desde que o começamos a ouvir (1928) nas aulas e durante a nossa aprendizagem hospitalar até a sua morte, jamais se mostrou partidário do «freudismo» como doutrina causalista exclusiva, radicada no «inconsciente». É digno de nota que, nesse mesmo ano (1924) impressionado por certas analogias semiológicas entre a esquizofrenia e a encefalite letárgica (de que na época se estavam observando as consequências neurológicas e psiquiátricas) escrevesse uma monografia sobre «síndromas psicomotores» nas linhas de Pierre Marie, Lhermite, O. Vogt, Kleist e Bialochoushi. Dava assim grande relevo aos aspectos *bio-encefálicos na psiquiatria*, aproximando os sintomas extra-piramidais de outras manifestações da série (acinéticos e hipercinéticos) e dos catatónicos e outras formas de «demência precoce».

Como analisamos no nosso ensaio sobre «Filosofia e Psiquiatria» (1966) operou-se na mente de Sobral Cid, «um conflito dialéctico» — aliás clássico na história do pensamento científico da Psiquiatria — entre as doutrinas biogenéticas e as doutrinas psicogenéticas.

Tendo ousado, como se disse, na esteira de Bleuler, e com o fino espírito compreensivo, uma interpretação «conflitual» arriscou-se contra a opinião dos seus pares da Faculdade (António Flores em especial), a formular a «identidade das perturbações psicomotoras da «aquinésia encefalítica» e da «catatonia depressiva» e dos síndromas hipercinéticos encefalíticos e as hiperquinésias catatónicas».

Investigações ulteriores¹⁵ vieram no entanto, estabelecer *diferenciações hierárquicas* (no sentido do «neo-jacksonismo») e a *distinção categorial* entre estes estados. Com este estudo comparado, Sobral Cid deu um passo importante no sentido da *psiquiatria de base neuro-biológica*, na tradição de Wernicke e Kleist, acentuando que na demên-

* Nas suas aulas e escritos, Sobral Cid cultivou na *práxis*, uma espécie de *psicoterapia dialogal* (não explicitada como tal) sem treino em nenhuma escola especial, mas inspirada na sua própria experiência, subtilmente humanizada — com doentes de toda a sorte e até no seu convívio pessoal.

cia precoce «o processo patológico se passa nos núcleos centrais do encéfalo». E ainda que «a constância com que nestas duas categorias de doenças a sintomatologia hipercinética se acompanha de um exagero de tendência instintiva ao movimento e da necessidade endógena da actividade, comprova a localização das disposições instintivas da vontade nos núcleos sub-corticais, isto é, em formação filogeneticamente mais antigas que o córtex cerebral». Era já uma linguagem bem diferente da «teoria da degenerescência» dos seus antecessores...

A subtileza psicológica de Sobral Cid não escaparam porém as diferenças do que hoje chamamos «estruturas psicopatológicas básicas» dos *dois tipos de personalidades perturbadas*. Nesse sentido não deixa de dizer (p. 262, «Obras»): «o que distingue os encefalíticos dos esquizofrénicos é a sua atitude diferente entre as perturbações psicomotoras. Os primeiros mostram-se capazes de analisar a sua experiência subjectiva». A inteligência intacta... embora reconheça o seu carácter coacto, refere-os a si próprios e não os exila da sua personalidade. O esquizofrénico, ao invés, sente a sua actividade automática como o produto de uma influência estranha que o domina e manobra e, nesse sentido, a interpreta delirantemente (influenciamento). Generalizando, Sobral Cid diz ainda que as perturbações psicomotoras de ordem neurológica prolongam-se do lado do psiquismo nos dois grandes síndromas mentais: o autismo e a dissociação da personalidade. Ficaria assim estabelecida uma *ligação entre o biológico e o psicológico* — linha esta que está no cerne dos progressos actuais da psiquiatria de cunho «biológico» (Cap. 10).

Da evolução ulterior de Sobral Cid apenas podemos sintetizar o que exprime um desenvolvimento da ciência psiquiátrica; a) a sua hábil penetração na *psicopatologia* não exclui (como tantas vezes tem sucedido na história) a atenção aos *aspectos somáticos* da personalidade v.g. a *tipologia constitucional* (morfológica e caracterológica) de Kretschmer, que na época teve imenso êxito, até em ambientes culturais extra-médicos; b) a *feição médica geral* das observações (clínicas e laboratoriais) apesar das dificuldades por falta de laboratórios, em especial de medicina geral, impedindo a descoberta de outros «momentos etiológicos» determinantes das causas «exógenas» (*infecciosas, tóxicas, etc.*) e somáticas gerais, metabólicas, etc. Sobral Cid interessou-se em particular pelas doenças endócrinas e pelo estudo dos síndromas *confusionais* (e outros síndromas exógenos, cujas manifestações: perturbações da vigiância e psico-vegetativas) estavam mais

perto da fisiopatologia; d) deu ainda muita atenção à *evolução da personalidade* anterior à eclosão das doenças psiquiátricas, conduzindo (além do estudo da constituição) ao interesse pela *psicologia infantil*. Interpretámos esta posição, bem actual, como uma sorte de «ontopsicogenia evolutiva constitucionalista».

Merece ainda especial relevância, pela projecção social que teve, o ensino da *Psiquiatria Forense* aos alunos da Faculdade de Direito e pelo cuidado extremo na elaboração dos pareceres médico-legais, alguns dos quais publicados*. Com os seus continuadores nesse trabalho (Barahona Fernandes, Pedro Polónio, Bracinha Vieira, etc.) estabeleceram-se sólidos critérios médico-jurídicos da imputabilidade criminal e incapacidade civil.

A todos estes aspectos sobreleva a contribuição dada para a «*psicopatologia clínica*» no sentido de Jaspers-Kurt Schneider.

O ponto original é o modo como interpreta a distinção fundamental (Dilthey, Max Weber, Jaspers) entre o «*compreender*» e o «*explicar*»: «atingimos a compreensão científica de uma psicose: a) quando conseguimos explicar causalmente os sintomas que ela apresenta, em termos anátomo-fisiológicos, como expressão de um processo patológico do encéfalo; b) quando chegamos à inteligência psicológica dos actos dos alienados, considerados como manifestações da sua personalidade e das suas reacções sobre o meio».

A expressão «inteligência psicológica» (em que Sobral Cid não voltou a insistir) significa efectivamente o compreender jasperiano — a apreensão «ecotímica pelo observador do sentido das motivações e das vivências da pessoa do enfermo — um dos pontos essenciais da hermenêutica da psicopatologia fenomenológica que se tem desenvolvido até aos nossos dias. Sobral Cid evitava a problemática epistemológica do tema e nunca se pronunciou, mesmo em diálogos privados, sobre as suas convicções filosóficas profundas. Na intenção do seu discorrer e em especial na sua efectiva utilização no «conviver» com os doentes evidenciava porém um *sentido humano* de grande profundidade, preludiando a formulação futura da antropologia fenomenológica. Bernardo Teixeira Coelho, ampliando agudamente indicações nossas nesse sentido, sublinha a visão antropológica de Sobral Cid:

* O «caso Franz Piechovski» foi um modelo de análise fenomenológica, clínica e médico-legal muito citado. (V. Obras).

«tenta abarcar o campo *médico à medida do homem*»¹⁶. Foi o embrião do que chamaremos o *grupo de estudos antropológicos do Hospital do Conde de Ferreira* no Porto (H. Gomes de Araújo, Teixeira Coelho, Guimarães Lopes). Dos nossos primeiros colaboradores em Lisboa, trabalhando neste espírito, rememoremos, entre outros, Luiz Navarro Soeiro, também subtil psicopatologista, em luta com certas tendências epocais, empíricas e epifenoménicas.

6. Elysio de Moura:

médico psicoterapeuta e precursor português da psicossomática

Uma outra destacada personalidade da Psiquiatria em Portugal — falecido nonagenário com aura de «numinoso» — foi o grande «médico de nervos» Elysio de Moura.

Já como jovem e talentoso «lente» da Universidade de Coimbra, criou a partir de 1911 por si só, o ensino da Neurologia e da Psiquiatria na Faculdade de Medicina, sem deixar propriamente discípulos directos que lhe continuassem a sua original obra. Apesar da escassa organização assistencial de que dispunha, cedo alcançou (desde os anos 20), uma fama extraordinária em todo o país (só comparável, no género, à de — hoje lamentavelmente milagreiro —, Sousa Martins). Dedicava-se em especial a tratamento de «neuróticas» e doentes «funcionais» do aparelho digestivo, sexual e circulatório. Tinha assim grande experiência não só neuro-psiquiátrica como de clínico geral — uma «ligação» muito encomiada nos últimos anos.

Visitava muito a França e os Congressos de língua francesa (onde era afamado) mas nunca seguiu qualquer «escola», embora se possam encontrar analogias entre os seus métodos psicoterápicos e os ensinamentos de Charcot e Binet, mais remotamente do nosso Abade de Faria, grande especialista em hipnotismo (Século XVIII). Seja como fôr, utilizava breves *diálogos* compreensivos com os doentes com forte componente «sugestiva» produzindo ou não diversos graus de modificação da consciência — até ao transe hipnótico... O que importa é ter usado na *clínica geral* estas e outras *técnicas de terapia de colorido psicológico*, tanto em enfermos gastro-intestinais e outros doentes corporais, como em perturbações psicogéneas e ainda, sobretudo, em doentes de tipo «neurasténico, hipocondríaco e histérico».

Bom conhecedor, por outro lado, da psicofisiologia patológica, pode-se assim considerar como um cultor (*avant la lettre*) da «psicosomática» antes da introdução desta orientação em Portugal nos anos 50-60.

Como noutra lugar escrevemos: «Elysio de Moura» agia pela sua presença — olhar penetrante, um certo ar tonitruante e um tom espectacular — sem perder jamais a autenticidade e a dignidade da sua Pessoa, identidade médica e generosas e amigáveis intenções terapêuticas.

É justo que se historicize a sua acção como a de um precursor, entre nós, das *psicoterapias* que à data eram ainda muito escassamente conhecidas e praticadas.

Pela sua generosidade e filantropia pessoal, foi um representante extraordinário do ideal humanista do *Homem Médico* — na sua refinada inspiração hipocrática — em eco com a sociedade da sua época (desde os anos 20-30) e a escassez dos meios terapêuticos nas situações clínicas em que a sua acção era decisiva.

7. Sentido científico, pedagógico e humano das inovações do Hospital de Júlio de Matos (1942)

Quase no meio do século XX, em plena guerra mundial, aconteceu algo decisivo no desabrochar evolutivo da psiquiatria nacional — a abertura do novo Hospital de Júlio de Matos.

As três facetas do título — *científico, pedagógico e humano* — interligam-se entre si e com os aspectos *assistenciais* e de *saúde mental* representando uma *inovação altamente significativa* da moderna medicina a caminho da sua melhor integração antropológica. «Da Medicina Humana às *Antropociências Médicas*».

A própria construção do novo Hospital já em si, foi uma realização de planeamento arquitectónico e até de arquitectura paisagística (F. Caldeira Cabral) — pelo seu belíssimo parque. A distância de meio século já pode ser avaliado objectivamente no seu valor «histórico» criando um «ambiente sedativo e agradável para os doentes, contribuindo para a melhoria ecológica da cidade de Lisboa.

Cabem aqui sobretudo os *aspectos científicos*. Não se pode porém deixar de acentuar a lei geral da necessidade de enquadramento das novas técnicas psiquiátricas no ambiente sócio-comunitário, por um lado, e económico-político por outro.

O grande passo foi a organização de um autêntico *Hospital moderno* e não mais de um «manicómio», como fora projectado em 1913 «o novo manicómio do Campo Grande». Muito menos de um «asilo de alienados».

Desta forma cessou — em todos os sentidos — a «alienação» que em antes representava o internamento: a *segregação social* de uma pessoa doente da mente (um «maníaco») numa «casa de doidos» (de «orates», «desassizados», etc.).

— Este progresso cultural tem dois aspectos fundamentais:

1) A instituição inovadora do «regime aberto» de hospitalização (como em qualquer outro Hospital sem a exigência legal de atestados médicos de «loucura»).

2) Mais importante ainda: o *respeito* e «simpatia» que isso significava para a dignidade e valia social da personalidade. Esta *atitude* melhorou decididamente a *relação médico-doente** e permitiu a criação de um *ambiente terapêutico* (material pelas boas instalações e locais de trabalho; psicológico pelas inter-relações e interacções pessoais e grupais do conjunto).

O essencial estava pois na formação e manutenção de uma *atmosfera humanizante*, de efeitos benéficos sobre as personalidades perturbadas e suporte necessário das terapias biológicas (na época, em especial os «métodos de choque» convulsivante e hipoglicémico pela insulina).

A *terapia ocupacional* («ergoterapia»), então também instituída de forma sistemática (até em doentes agudos) era uma componente fundamental desse processo curativo. No seu quadro de trabalho real e produtivo** em estreita cooperação com os enfermeiros (e mais tarde com terapeutas ocupacionais) e também com os médicos, criavam (não sem dificuldades e esforços, claro está) aquele *clima interpessoal* que estimulava a parte *conservada da personalidade* dos enfermos — compensando a expressão manifesta dos sintomas psicopatológicos e visando

* Que, desde então foi consciencializada como um novo pilar básico da acção médico-terapêutica e sanitária apesar da sua remota raiz hipocrática.

** Além de trabalhos domésticos, artesanais e agrícolas, tarefas industriais e também e não em último lugar, o preenchimento dos ócios e actividades recreativas e pedagógicas. Pense-se que além do *Homo faber* e *Habilis* (labor viris convenit) há o *Homo ludens*²⁴.

superá-los criativamente. E pondo também em marcha novos processos de *adaptação à realidade* e outros mecanismos, analisados noutros estudos.

Este processo terapêutico foi buscar os seus fundamentos às concepções e à práxis de Hermann Simon, aplicada às clínicas de doentes agudos por Carl Schneider, e em Lisboa adaptado à experiência dos enfermeiros suíços contratados para esse fim*.

Esta noção de uma organização hospitalar *integrativa e estruturada* dos componentes bio-psico-sócio-culturais faz parte do «tema» que se repete na orquestração deste trabalho. Actualmente, tornou-se um ponto de vista geralmente aceite sob múltiplas formas (v. cap. final). Em 1942, no efectivo funcionamento do Hospital de Júlio de Matos exprimiou-se na realidade deste conjunto de inovações (desde paisagistas até médico-científicas) e de relação humana. A adulteração «administrativista» ulterior a 1957 iniciou a sua regressão no sentido de uma certa «realienação asilariforme» que se está recuperando recentemente sob o estímulo da ameaça governamental «economicista» (depois anulada e muito criticada) da total destruição do Hospital (sob o pretexto da alternativa da nova «psiquiatria comunitária», ainda em realização muito insuficiente para as grandes necessidades da população e para os doentes de evolução muito prolongada).

Em conclusão: As actividades do Hospital de Júlio de Matos representaram — na época — inovações precursoras, em especial: a) a organização de uma «*equipa*» (médicos, enfermeiros, assistentes sociais) coesa, coordenada e identificada com uma tarefa global a cumprir; b) actividade clínica e terapêutica diferenciada; c) investigação científica planeada e sistemática; d) o caso exemplar da Terapia Ocupacional.

O sentido da revisitação feita 20 anos depois (com a experiência renovada na Clínica Psiquiátrica do Hospital de Santa Maria) mos-

* Constituindo uma *nova escola de enfermeiros* em moldes diferentes. Recentemente, certas tendências pretendem diminuir o valor da ocupação terapêutica (a continuar após a alta!) e reduzir a criação da «atmosfera terapêutica aos efeitos das relações interpessoais nos grupos psicoterápicos. Não é possível discutir mais o tema. Entram em jogo a classe e nível social e muitas outras circunstâncias. A nossa experiência (também nos Hospitais de Dia e nos serviços psiquiátricos dos Hospitais Gerais) é a de que a ocupação terapêutica é um meio de grande valia com sentido humano e democratizante.

trou-nos que a ocupação e actividade recreativa e lúdicas dos doentes hospitalizados são um vector fundamental das organizações hospitalares psiquiátricas (terapias institucionais).

A nossa conclusão em 1945 é hoje geralmente aceite, mesmo em relação a outras doenças que exigem recuperação: (Ortopedia, etc.). Mediante a ocupação, pode a personalidade perturbada pela doença e pelo sofrimento, reatar a linha directriz da sua evolução no Mundo, *aprendendo novas atitudes e formas de comportamentos activos e novas significações para a existência* (actualmente interpretáveis no sentido da Teoria e Técnicas de aprendizagem cognitiva).

Em relação ao doente mental, em risco de alienação, a ocupação regrada e as técnicas correlativas, facilitam a emergência do *Homem na sua vida própria e sociocultural* através do trabalho, do jogo, diversões e outras *criações livres* do seu Espírito pessoal. Cabe-nos ainda notar que o conjunto das inovações desenvolvidas no novo ambiente criado pelo Hospital de Júlio de Matos, se processaram de forma independente da introdução entre nós das técnicas psicanalíticas. (Cap. X). Acentuemos ainda que os princípios de ocupação e convívio dos doentes se estenderam depois aos ambulatórios, oficiais protegidas e ao modo de vida de todos os doentes, mesmo depois da alta e no regresso ao ambiente familiar.

8. Expansão científica de Psiquiatria portuguesa nos anos 50

No final da II Guerra Mundial a fama de Egas Moniz e o prestígio internacional do Hospital de Júlio de Matos* motivaram o convite do A. para a Comissão Organizadora do *I Congresso Mundial de Psiquiatria* (1947) que se realizou com grande êxito em Paris de 18 a 27 de

* O qual, aberto na época de perturbação bélica europeia e mundial, logrou condições excepcionais de desenvolvimento, tendo sido visitado por muitos psiquiatras estrangeiros e se tornou conhecido, sobretudo em França, Inglaterra e Suíça, onde havia vários bolseiros portugueses (em Paris: Miller Guerra e João dos Santos; P. Polónio e outros; mais tarde, Fernandes da Fonseca, E. Cortesão e outros; em Inglaterra, os quais divulgaram os trabalhos lusitanos então publicados).

Note-se, como paradoxo sociopolítico, a situação do hospital nessa época de censura autoritarista: a «liberdade» efectiva que todos os doentes (regimen «aberto» de internamento) e os médicos e seus auxiliares tinham efectivamente no ambiente ocupacional, B. F. «Se os sãos fossem tratados como loucos, in *Ver e Crer*, 1946. No Signo de Hipócratas LI Vol. 1956.

Setembro de 1950, sob a presidência de J. Delay (Secretário Geral Henri Ey). Esta reunião permitiu interligar as personalidades de todos os países cultos, dissociados neste campo, já desde a 1.^a grande guerra — em especial, a incompreensão recíproca das psiquiatrias francesas, alemã e anglo saxónica (prevalência psicodinâmica epocal nos USA por influência dos refugiados do nazismo, tensões internacionais, etc.).

Nos *Anais Portugueses de Psiquiatria* o Professor de neurologia, primeiro médico Director do Hospital de Júlio de Matos, A. Flores, faz um relato dos trabalhos da participação portuguesa em todas as secções do Congresso. Para dar ideia dos problemas então em estudo em Portugal e nos temas oficiais, citamos as comunicações seguintes: Almeida Amaral sobre testes mentais em psiquiatria clínica; A. Flores, anatomia e fisiologia à luz das lobectomias e topectomias (discussão convidada ao Relatório principal sobre esse tema, de Barahona Fernandes); Diogo Furtado: indicações respectivas dos métodos de choque em Psiquiatria; Gregório Pereira: estado actual e tendências da psicanálise em Portugal; Seabra Dinis: Evolução e tendências actuais da Psicanálise em Portugal; Fernando Ilharco: Genética e Eugénica; Correia de Oliveira: mecanismo patológico dos delírios; Diogo Furtado, V. Chichorro e A. Amaral: tratamento do alcoolismo pelas drogas do tipo Antabus; Pompeu de Oliveira e Silva: Reactivação psicótica pelo C. de Oliveira; importância dos Testes Mentais em Psiquiatria; S. Dinis: psicopatologia e despersonalização; Barahona Fernandes: Discurso no grande Anfiteatro da Sorbonne: anatomia e fisiologia cerebral e funções psíquicas na leucotomia pré-frontal; D. Furtado: relações das terapêuticas endócrinas e vaso-motoras em Psiquiatria; B. F., P. Polónio e Sousa Gomes: aspectos terapêuticos das leucotomias; Fragoço Mendes: o teste miocinético nos doentes leucotomizados; A. Amaral: os tempos de reacção psico-motora nos leucotomizados; P. Polónio: a insulina e insulina-cardiazol nos doentes mentais; L. Navarro Soeiro: a úlcera gastro-duodenal na medicina psicossomática; P. Polónio: tipologia constitucional das psicoses; Diogo Furtado: tratamento das depressões pelo dinitrilo succínico; Barahona Fernandes: noções de evolução e dissolução das funções em psicopatologia; V. Fontes, S. Ataíde, J. dos Santos: «influências da guerra sobre a juventude de um país que não teve guerra».

O conjunto destes e outros trabalhos foi encarado favoravelmente, contribuindo para uma lisonjeira cotação europeia da Psiquiatria portuguesa, esforçando-se por acompanhar os progressos internacionais.

O A. destas linhas ficou a fazer parte dos Comitês de Organização dos Congressos seguintes depois do Comité de peritos da O.M.S. Alguns dos AA. citados publicaram artigos de interesse em Revistas de outros países.

Não seria justo, se não completasse estas breves informações com a nota deprimente de que este *surto de progresso científico* não logrou manter continuidade regular nos anos seguintes, à míngua de estímulos e de meios para investigações especializadas.

Nas décadas seguintes a situação melhorou, contudo, graças à organização das Clínicas psiquiátricas universitárias de Lisboa, Porto e Coimbra e à *expansão social da psiquiatria*, apoiada nos *progressos terapêuticos* (em especial farmacológicos) e o aumento progressivo do número de psiquiatras e apoio de outras profissões (a nova profissão dos psicólogos clínicos, assistentes sociais, enfermeiros, educadores, etc.), alargando assim consideravelmente o âmbito social das práticas da *Saúde mental*, apoiadas nas *ciências humanas e sociais*, também em grande desenvolvimento.

2.^a PARTE

PERSPECTIVAS DIALÉCTICAS CONVERGENTES DA PSIQUIATRIA NAS ÚLTIMAS DÉCADAS

9. O devir da Psiquiatria portuguesa

Embora aceite por certas correntes da cultura actual, tentar agora «historiar o presente» seria ousadia a questionar. Perante o que tem acontecido nas últimas quatro décadas, não é porém justo silenciar o *desenvolvimento* evidente da práxis e o aumento da eficácia da psiquiatria. E os progressos científicos que estão em curso. Não nos cabe no ânimo ficar à espera dos homens de amanhã para tentar a avaliação, embora sumária de um assunto de tal importância e de tão premente interesse para o progresso da *saúde da população*.

Nestas áreas científicas e pragmáticas, tudo está em grandes transformações. Impõem-se *acções* imediatas, esclarecidas e fundamentadas na *pesquisa científica* das inovações em ensaio. Torna-se necessária a *reflexão crítica* sobre os resultados e a sua interpretação. (3.^a Parte).

Os progressos descritos no capítulo 8, depois do termo da II Grande Guerra Mundial, continuaram a acelerar-se de modo que o panorama geral da psiquiatria até ao presente sofreu *mudanças espectaculares* que, logo em 1959 relatamos como se transitará: «Da assistência psiquiátrica para a Saúde Mental». Dito mais radicalmente: da velha «defesa contra os alienados» para a *ajuda, tratamento e recuperação do Homem doente mental*. Fórmula esta que foi alargada pela O.M.S. no sentido da *prevenção* — «para a de «Saúde para todos os homens» que encaramos como o ambicioso propósito da «melhor Saúde dos Homens perturbados» — de todos os Homens do futuro — a promover para o ano 2.000. (Cap. final).

Tem-se repetido que na *ciência em geral* se têm operado mudanças de «paradigmas» (Kuhn) por vezes quase verdadeiras «revoluções» (v.g. o indeterminismo) a física nuclear, a biologia molecular, etc. Até na nossa área já ousámos — metafóricamente — comparar no plano a «liberalização» da abertura do Hospital de Júlio de Matos e as suas consequências (Cap. 3) com a abertura democrática da vida social do 25 de Abril...

Como em tudo o que é humano, tem havido, no entanto, problemas graves, retrocessos e até «desvarios»*. Não há porém dúvida que as *actuais possibilidades terapêuticas se ampliaram* consideravelmente. Compara-se: a) as receitas de opiáceos para a «melancolia» dos anos 20-30 (de que aliás resultavam algumas melhoras sintomáticas apreciáveis) com os efeitos dos electrochoques a partir dos anos 30 e nos anos 50, os resultados dos psicofármacos, psicotrópicos, «antidepressivos» e «antipsicóticos» que se têm multiplicado e estão em notório progresso.

* No sentido que damos a tal conceito, aliás bem português: o desen-caminhar errático dos *valores, convicções e posições espirituais*; por ex. certos *extremismos radicais* da «antipsiquiatria», v.g. a ideia extremista de terem sido os próprios psiquiatras a gerar a «esquizofrenia» pelo institucionalismo! O que é verdade dialecticamente, é que o ambiente fechado, vazio e pesado dos antigos manicómios — com escassa assistência, agravava certos sintomas (v.g. catatónicos) que hoje só vemos apenas esboçados, graças às novas terapias. Por outro lado, cresceram muito outros tipos de desvarios: condutas desviadas, perturbadas, (v.g. as dependências tóxicas e, a marginalidade, etc.).

Outra expressão significativa desse avanço é a *mudança de aceitação pelo público da Medicina psiquiátrica e dos próprios psiquiatras* pelos outros clínicos*.

Conforme a preferência e preparação especializada dos autores, depois dos anos 50, muito se falou (sobretudo nos USA e suas repercussões na Europa) da «*revolução psicanalítica*» alterando o conhecimento da mente humana, invadindo a «clínica» tradicional «clássica» desdenhando das «descrições» dos sintomas e até do «diagnóstico» em favor de meras «motivações inconscientes». A breve trecho tais atitudes e repectivas técnicas psicoterápicas foram ultrapassadas na práxis quotidiana pelos *efeitos terapêuticos* espectaculares dos *novos fármacos*, exigindo diagnósticos mais rigorosos e *observações clínicas objectivas* (v. cap. seguintes).

É digno de nota que, concomitantemente, a partir dos anos 60 houve novo *acréscimo das correntes psicoterápicas* individuais: (preferindo as «neuroses» e meras perturbações da personalidade tomando depois formas *grupais e sociais* até à propaganda e tentativas, mais ou menos felizes, da mal chamada «desinstitucionalização» dos hospitais pela dita «psiquiatria comunitária»**.

A Psiquiatria — de especialidade «esotérica» (os ditos «alienistas» eram incompreendidos pelo público e até pelas autoridades e mesmo rejeitados por muitos médicos) — passou, ao invés, a ter melhor *acei-*

* A especialidade separou-se da neurologia. Criou-se a psiquiatria infantil, Segundo a *Ordem dos Médicos*, em 1954, havia em Portugal apenas 31 especialistas em Psiquiatria; em 1984 existiam 318, embora ainda muito concentrados nos grandes Hospitais, p. ex. em Lisboa (Hospital de Júlio de Matos 70, Hospital Miguel Bombarda 72), distribuem-se também por vários centros por todo o País (no Sul: Setúbal 4, Santarém 4, Portalegre 1, Montachique 2, Évora 2, Beja 1, Faro 6, total da Zona Sul 195; há 30 anos 19); na Zona Centro há 37 especialistas (em 1954, apenas 4); na Zona Norte, 86 (em 1954 apenas 8). Estes números estão em aumento. Quase paralelamente crescem os falsos «psicologistas» e quejandos «milagreiros» e exploradores de credências de toda a sorte — carecidas de um estudo sociológico crítico (v.g. o mito «espirita» de Sousa Martins no Campo de Santana, frente à Faculdade de Medicina de Lisboa e outros).

** Esta foi por vezes precipitante de resultados desastrosos, como também tem sucedido noutros países. (V. a seguir). Desta crítica algo ficou porém — dialecticamente visto — de justo: exactamente a *melhoria das condições de vida dos hospitais*, o alargamento da sua acção à «periferia» (sob forma de ambulatórios», Centros de Saúde — dos quais quando efectivamente existentes e bem

tação e difusão ao mesmo tempo que a *psicologia na medicina geral* — mediante as correntes da «*psicossomática*» — e depois em maior contacto e inter-relação na práxis entre os serviços hospitalares psiquiátricos e os de outras especialidades (endocrinologia, cardiologia, pediatria, gastroenterologia, etc.), até à chamada «*psiquiatria de ligação*» — o aprofundar das interconexões e intercomunicação dos psiquiatras com os restantes médicos, até com os «clínicos gerais» e «médicos de família», intervindo globalmente na prevenção e outras actividades de *Saúde Mental*.

Nos próximos capítulos referiremos (sem historiar em pormenor) alguns traços mais relevantes destes diferentes problemas. Notamos porém desde já — contra as tendências «reducionistas» — a *melhor aceitação progressiva* dos pontos de vista da *convergência «bio-psico-sociológica»* (e também «*cultural*»), por vezes incorrectamente compreendida como «*eclecticismo*». Do que se trata, como veremos, é da *integração e organização epistemológica* (e ontológica) de diferentes posições teóricas, de forma *pluri-inter* e *trans-disciplinar*, coordenando-as em modelos de conjunto, dos quais propuzemos primeiro em 1936, o modelo de «*convergência psico-fisiológica*» — seguidamente desenvolvido na perspectiva *sindromatológica neo-jaksoniana* em camadas (1948), e a seguir integrado no modelo da *personalidade em situação* (1966), até ao modelo global «*antropo-científico*» da *psicopatologia de feição «fenomenológico-estrutural-dinâmica»* do «*Homem perturbável*» (1977) e suas «*formas gerais de perturbação*» e «*estruturas psicopatológicas básicas*, como invariantes ligadas aos sistemas funcionais da personalidade em situação no ambiente bio-ecológico industrializado e sócio-histórico-cultural. Outros autores portugueses defenderam modelos *psicodinâmicos*, *comportamentalistas*, *antropológico-existenciais* e até *biológicos mecânicos*

organizados muito há a esperar para a *Saúde Mental*. Claro que estes são progressos que, só por si não justificam a propaganda alimentada por interesses pessoais e outros, extensivos ao assunto daquilo que intitulamos: «*Delenda* hospitais psiquiátricos». A experiência tem mostrado o real benefício de alguns grandes Hospitais e sobretudo das *novas clínicas psiquiátricas em Hospitais gerais* que deviam ser urgentemente implantados em todo o País. Parece-nos preferível a solução de constelar neles a acção social e comunitária mediante *Centros de Saúde e Consultas* periféricas, em colaboração com os clínicos gerais e os serviços de saúde em geral. As soluções devem porém ser adaptadas às circunstâncias de cada País e mesmo de cada região e respectivas possibilidades técnicas e socio-económico-políticas.

cistas e reflexológicas. O nosso fito é sublinhar que também em Portugal apesar das muitas dificuldades, se fazem esforços para *desenvolver as ciências psiquiátricas* e a sua *aplicação pragmática* em prol da saúde anímica (e até «*cultural*») da população.

Nos próximos capítulos esboçaremos algo sobre a *Psicologia na Medicina*, a *Psiquiatria biológica*, o impacto terapêutico dos psicofármacos, a difusão das psicoterapias individuais e grupais, a prevenção pela *Psiquiatria comunitária* insistindo porém sempre na *base fundamental da renovação científica da «clínica»* — o *diagnóstico* e a necessidade de melhor conhecimento das ético-patogenias e circunstâncias determinantes.

Como nota prévia, diremos que estas reflexões gerais têm um fim *pedagógico e pragmático*. Acontece de facto que há múltiplos e diversificados pontos de vista e acentuações por vezes («*dogmatizantes*») ou mesmo «*partidárias*» e personalizadas destas várias correntes. Pela posição geral tomada pelo A. claríssimo está que rejeitamos todos esses excessos de ver o Real — digamos — só com um «*olho*» apaixonado e crítico à moda de um «*ciclope*». Nessa posição somos acompanhados por todos aqueles que rejeitam os reducionismos simplistas e monovalentes*. E, em especial as posições «*sectárias*» de grupos ideofílicos reducionistas**.

Trata-se de problemas *epistemológicos*, outros sócio-políticos e até económicos — em plena discussão actual — aos quais nos temos referido no decurso deste estudo. A sua reflexão é necessária para se compreender a problemática psiquiátrica.

No capítulo 8 apontámos a expansão científica da psiquiatria portuguesa nos anos 50, dando como exemplo a nossa participação no *I Congresso Mundial de Psiquiatria* (1950). Passadas quatro décadas podemos referir, como índice da situação presente, a nossa posição no

* O dualismo cartesiano prevaleceu até aos anos 20-30. Foi então que ouvimos de um conhecido investigador da biologia: «em ciência sou materialista, no resto espiritualista». Havia psiquiatras e sobretudo neurologistas que consideravam o «*psiquismo*» como mero «*epifenómeno*» do orgânico. As posições extremas e superficiais inverteram-se e hoje há sociólogos e psicoterapeutas que «*escotomizam*» toda a biologia e os dados orgânicos com receio da sua «*medicalização*».

** Chamamos como Delfim Santos «*ideofílicas*» tais partidarizações interessadas afectivamente, que turvam a análise crítica clara dos problemas, como tanto desejava António Sérgio.

8.º Congresso Mundial de Psiquiatria, em Atenas (13-19 de Outubro de 1989) realizado significativamente no «Centro da Paz e Amizade», sob o signo dos grandes valores da psiquiatria progressista e humana.

Suzana Teiga, Directora da *Revista de Psiquiatria* dá-nos um resumo da extensa cooperação portuguesa (42 comunicações). Encontram-se referidos grande parte dos actuais nomes com actividade científica, que lamentamos não poder citar mais exaustivamente neste escrito.

Nos capítulos finais da 3.ª parte daremos a nossa própria *antevisão do futuro*. Nesse Congresso, Alfred M. Freedmann (USA) sublinha também o espírito da visão *convergente bio-psico-social* que há décadas temos vindo a defender — embora aquele A. acentue apenas a identificação total da experiência vivida com a biologia de que virão a emergir novos paradigmas para a Psiquiatria do século XXI. Mais que factores humanos pessoais e colectivos (não esquecendo os psico-sociais), Freedmann sublinha o «número astronómico de variáveis a estudar e até os aspectos físicos do tipo da teoria da relatividade, lei da indeterminação, teoria do caos, etc. ...»

Esperamos que essa evolução seja ousada mas não perca o «bom-senso» intuitivo e humanizante da Saúde Mental: é a *própria Psiquiatria, feita por Homens e para os Homens*. Na verdade o problema mais difícil está precisamente na História do devir do *Mundo em transformação*. Continuamos a «sofrer», mais do que o conhecimento científico deveria permitir, por mór das quesílias da administração e das paixões ideológicas cuja natureza e anomalias caberia exactamente à psiquiatria desvendar e remediar, começando por ventura pelo melhor entendimento entre nós próprios como especialistas das perturbações e dos desacertos e «distúrbios» humanos.

10. Breve vista da Psicologia Médica

As clássicas «ciências da alma» (Psique, Mente) não puderam ser tratadas, como cabia, neste Colóquio. A *Psicologia* constitui actualmente uma disciplina em grande desenvolvimento e lata aceitação social e cultural. Segundo a tradição era apenas abordada, ao nível universitário, nos cursos de *filosofia**; mais recentemente em cursos privados

* Desde o iluminismo, (Wolf, Cruzius) que a psicologia começa a separar-se da metafísica como «psicologia empírica» e depois «psicologia racional». O «movimento dos afectos» era já considerado como «patologia». O dualismo

(em Lisboa o ISPA). Só depois de 1974 foram oficializados cursos superiores de Psicologia, depois professados conjuntamente numa Faculdade de Psicologia e das *Ciências da Educação*.

Claro que os médicos psiquiatras desde há muito se interessaram pelo tema e ficaram célebres as polémicas entre os «psíquicos» e os «somáticos» no século XVIII e XIX, conforme a relevância (ou exclusividade) dada à génese psíquica ou somática das «doenças do espírito» e respectivas fundamentações filosóficas.

No começo do século XX prevaleciam na Medicina os somáticos (v. cap. 3, o exemplo extremo de Miguel Bombarda). Até ao aparecimento da «psicologia configurativa» (*Gestalt*) dominou a «teoria asso-

cartesiano decidiu da sua autonomia e ocupou-se dos processos da *consciência do próprio*. No século XVIII (Locke) foca-se o «sentido interior» como premissa da consciência e Jakob liga-a às «modificações dos movimentos do Eu». Hartley ultrapassa a psicologia das «potências» pela «psicologia das associações» e leis das «capacidades da imaginação». A auto-observação como «introspecção» tornou-se o método principal de estudo. Das quatro «potências» passou-se, com Tetene, a três: «afecto», «intelecto» e «vontade» ainda hoje usadas com outro sentido. No final do século XVIII por influência da Medicina (Mendelson) quis ser a «fisiologia da alma» (Psique). Lutaram depois: a psicologia fisiológica e um conceito «moral» e mais tarde histórico. A *Antropologia* de Kant insistiu assim num sentido interior na *experiência empírica* da psicologia, distinta da Psicologia Transcendental. É curioso recordar como desde então se pensou que nem a experimentação nem a matemática lhe eram aplicáveis. A antropologia de Kant é porém baseada na experiência empírica e explicada de modo «pragmático». Não continuaremos esta história através de Herbart e depois de Schelling (a psicologia empírica e a psicologia «sem alma» — frases muito repetidas até ao Romantismo: Carus, Goethe, Echenme era até à emancipação (com alternativas) de Herbart e aproximação das ciências sociais (Comte) — até à fundação no século XIX da «psicofísica» (Fechner) e da psicologia experimental (Wundt), já também em parte patologia cerebral.

Até aos nossos dias as «crises» da psicologia têm forte repercussão na psiquiatria. Os autores reuniram-se em «escolas» que se degladiavam (ainda hoje!); os neokantianos (Mach: o conjunto das experiências reduz-se à sensação até um complexo de sensações (o Eu). Passa então, como vimos em Bombarda e Júlio de Matos, a prevalecer a psicologia *positivista* (além da teoria da apercepção de Wundt). Depois veio a corrente das ciências do espírito (Dilthey, Spranger), a que a fenomenologia psicopatológica, com Jaspers, tanto deve, além da escola de Wurzburg (Kulpe e a «psicologia do acto». Estudou-se então o pensamento independentemente das sensações «contempláveis») como processo peculiar da vida interior. Husserl distingue então o objecto e o conteúdo das «vivências intencionais». Brentano releva a importância do pensar «não figurativo». Recordamos que nos

ciativa». A «associação das ideias» tinha um paradigma muito prenante na estrutura cerebral (ligações inter-neuronais) e nas doutrinas reflexológicas, em especial no Pavlovismo (reflexos condicionados)*. Não é possível descrever agora como a *psicologia comportamentalista* continuou, de certo modo, esta linha metodológica e de interpretação, aperfeiçoadas recentemente pela *psicologia cognitiva* (funções do intelecto). O estudo das demências e atrasos do desenvolvimento intelectual (oligofrenias) ligou-se a investigações da psicologia experimental (Wundt) e ao estudo dos testes de inteligência, de que se seguiram os testes de avaliação da personalidade — ambos objecto preferencial do trabalho dos psicólogos (médicos e pedagogos). Recorde-se em Portugal as obras de Jacob Rodrigues Pereira, António Aurélio da Costa Ferreira, Vítor Fontes e seus discípulos — em especial na então chamada

anos 30 Sobral Cid esteve muito interessado nesta linha que se encontra no seu pensar ligada a problemas e indecisões (com o seu afã de interrogações neuro-fisiológicas). A psicologia da *configuração* (Gestalt) e, depois, a estrutural, veio enriquecer esta linha. Mas foi o *comportamentalismo* que afastou mais fortemente a psicologia da filosofia bem como as correntes reflexológicas e a crise actual entre o desenvolvimento da *psicanálise* e o brotar da *psicologia cognitiva*, ambas na actualidade com grande influência na Psiquiatria, também em Portugal.

No século XX, mesmo nos USA, dominados até aos anos 60 no campo psiquiátrico pelo freudalismo, deram-se movimentos ligados a *correntes humanistas* (Tolman) com várias mediações filosóficas em especial da *antropologia existencial* de Heidegger e suas repercussões sobre a psicopatologia (Binswanger; em Portugal o já citado grupo do Hospital do Conde de Ferreira e outros, entre quais o não psiquiatra mas psicólogo, pedagogo e filósofo Delfim Santos. (V. Obras Completas, Fundação Calouste Gulbenkian).

* A patologia cerebral (Wernicke, K. Kleist) pretendeu englobar não só a neurologia como a psiquiatria estudando as «funções instrumentais» da Psique e as «funções nervosas superiores». Evoque-se apenas a importância da investigação das afasias, apráxias e outras perturbações «focais» do encéfalo com participação da vida psicológica. O desenvolvimento actual deu-se no sentido da criação de novas especialidades («neuropsicologia», «neurologia comportamental»), em pleno desenvolvimento. Em Portugal, A. Damásio, actualmente professor nos USA, criou um *Laboratório da Linguagem no Centro de Estudos Egas Monis*. Os neuro-psicólogos apoiam-se nas ciências da psicologia experimental dos animais, na investigação clínica com metodologias especializadas e em estudos neropsicológicos em normais. Por ex: o tema da especialização dos hemisférios «direito e esquerdo» adquiriu grande interesse assim como outros, desde as apráxias, disartrias, agrafias, agnosias, alexias, até às amnésias e demências (v. capítulo de Psiquiatria biológica).

«reeducação dos anormais», que passou depois a ser feita em Escolas e «classes especiais» do Ministério da Educação.

Noutro lugar historiamos as primícias da Psicologia no Hospital Júlio de Matos, a criação do *primeiro Laboratório de Psicologia Médica* em termos modernos, propulsionado e dirigido por Almada Araújo e que se prolongou em Laboratórios de Psicologia nas clínicas psiquiátricas e nos Institutos de Psicologia médica dos Hospitais Universitários e noutros hospitais da especialidade.

Fundamental foi neste ponto a criação em 1955 do *Curso de Psicologia Médica no Curriculum* dos estudos Médicos Universitários, estimulado pelo A. e seus colaboradores a partir de *Cursos livres de Psicologia Médica* feitos desde 1949 no Hospital de Júlio de Matos com participação da Faculdade e de médicos dos Hospitais Cívicos, e que teve forte assistência de clínicos gerais, endocrinologistas e outros especialistas. Estes cursos realizaram-se também no Hospital do Conde de Ferreira (H. Gomes de Araújo e colaborador B. Teixeira Coelho, Guimarães Lopes, A. Fernandes da Fonseca e assistente) e também em Coimbra (A. Vaz Serra e respectivos colaboradores).

Fundamental nesta evolução foi ainda a criação* em 1977 do primeiro *curso universitário autónomo de Psicologia*, proposto e planeado durante o Reitorado do A. e aberto em 1977 com colaboração de médicos e psicólogos (1.º Director J. Ferreira Marques).

A evolução posterior deu-se significativamente pela fundação das *Faculdades de Psicologia e de Ciências da Educação* nas três grandes Universidades portuguesas, cuja história será feita noutro lugar. A Psicologia social é professada, entre outras, nas Faculdades de Sociologia (em Lisboa, Orlindo Gouveia Pereira e Pina Prata).

Presentemente tenta-se recuperar o atraso em que se encontrava a psicologia portuguesa. Fundou-se a *Sociedade Portuguesa de Psicologia* (e mais tarde, outras sociedades especializadas); criou-se a *profissão específica de Psicólogo* e dentre estes diferenciou-se a especialidade de *Psicólogos clínicos* que passaram a fazer parte das «equipas» das Clínicas e ambulatórios de Saúde Mental. Muitos deles dedicam-se, a

* Também sob o impulso do A. quando Reitor da Universidade de Lisboa, a seguir ao 25 de Abril. Esta ligação histórica não é casual, porquanto o Ministério da Educação da época da ditadura era profundamente reaccionário e tinha-se oposto ao ensino e difusão da psicologia, receando a «perturbação espiritual da consciência da juventude...».

exemplo de outros países, à prática de diferentes formas de psicoterapia, também privada. Outros trabalham nos *Laboratórios de Psicologia* na elaboração sistemática de *observações psicológicas* que figuram nos serviços bem organizados, nas «histórias clínicas» de cada doente e são discutidos nas reuniões e grupos clínicos com o conjunto das «equipas» psiquiátricas e de Saúde Mental». Têm grande importância na Psiquiatria forense.

Nos Hospitais de Dia ganhou-se lata experiência no campo da psicologia grupal e assim como, muito em especial, nos *Centros de Saúde Mental infantil* — o primeiro, fundado por Victor Fontes nos anos 40, com orientação constitucionalista clínico-pedagógica (continuado por S. Ataíde) e a seguir mais amplamente por João dos Santos, discípulo de Wallon, mas com progressiva participação da orientação psicanalítica, continuada e acentuada por Coimbra de Matos em Lisboa; em Coimbra orientado por Maria Manuela Mendonça, com orientação clínica radicada na escola psiquiátrica de Lisboa; no Porto com Celeste Malpique, psicanalista e outros clínicos.

Os psicólogos da infância desempenham um papel fundamental no movimento da *Saúde Mental*. A acentuação da sua relevância é feita por Maria da Graça Barahona e pelo Autor do presente trabalho, sob o mote: «*A Saúde Mental começa na criança*».

11. Reflexões críticas sobre a evolução da Medicina Mental e suas disciplinas conexas

A. A dita «revolução psicanalítica»

Há autores que encaram a conhecida e original obra de Freud como a 2.^a «revolução psiquiátrica» depois da de Pinel. Não se pode porém olvidar a contribuição decisiva para as ciências médicas psiquiátricas da *linha clínica* que, vinda do século XIX, culmina em Kraepelin e, já em pleno século XX, em Jaspers e Kurt Schneider, por um lado e em Kretschmer por outro, e ainda, nas correntes que levaram à *psiquiatria biológica actual*, (Griessinger, Wesnick, Kleist). Na Alemanha antes da II Grande Guerra a psicanálise foi excessivamente marginalizada pelos universitários (exceptuando-se Bleuler, Jung e de

outro modo, Kretschmer* entre outros). A psicanálise veio a reentrar na Europa a partir da sua explosão nos anos 50 nos E.U.A., de forma avassaladora. Em Portugal, Freud era apenas cultivado literariamente. Presto a minha homenagem a João dos Santos, que psicanalizado em França (sem perder por completo a linha psicopatológica médica por um lado, e a pedagógica por outro) mercê de amiga relação com o A. — que o iniciou na clínica psicopatológica em Lisboa, nos deu o gosto de nos ter desencantado a sua própria «análise». Apesar das reservas críticas que continuo a manter frente ao «freudismo» tive então oportunidade, de certa maneira, de «conviver» o cerne do processo analítico. Assim, sem ter sido especificamente analisado, alarguei as possibilidades de «compreensão simpática» e significativa do Humano continuamente enriquecidas pela fenomenologia e pelas novas modalidades da antropologia. Ao mesmo tempo, conservei a consciência crítica das limitações da psicanálise e a sua problemática — permitindo a consequente abertura para a convergência dialéctica que temos vindo a cultivar, com forte resistência dos ortodoxos.

Não me cabe historiar o crescimento da psicanálise em Portugal. Com João dos Santos e outros psicanalistas, formados na Suíça (Alvim, P. Luzes, etc.) organizou-se, nos seus moldes específicos, a *Sociedade Portuguesa de Psicanálise* (filiada na respectiva Sociedade Internacional), pautando dogmaticamente as suas regras de «análise lectiva» dos candidatos a psicanalistas e conservando o seu peculiar timbre de secretismo de técnicas, enquanto mais recentemente alguns (Coimbra de Matos, Celeste Malpique, etc.), publicamente vão divulgando a excelência superlativa da sua doutrina, a ponto de se afirmar que as descobertas de Freud teriam alterado o conhecimento da mente humana «para sempre» (E. Cortesão).

Com o andar do tempo ocorrem lutas competitivas entre as diversas correntes analíticas e a partilha desse campo por muitos dissidentes da ortodoxia. Os resultados terapêuticos efectivos avaliados por métodos objectivos têm sido porém limitados — frente à explosão colectânea das terapias biológicas, em especial da farmacoterapia das

* Kretschmer teve grande influência em Portugal, primeiro em Sobral Cid e seus discípulos e a partir dos anos 40 sobretudo no Porto, através dos esforços didácticos e publicações de Azevedo Fernandes e G. Koch ambos trabalhando no Hospital Conde de Ferreira. G. Koch regressou à Alemanha onde é catedrático de genética.

psicoses. As indicações das «sessões de análise» começaram a espalhar-se (psicanálise «breve»); além da cura tipo faz-se psicoterapia de «orientação» freudiana; pratica-se também em «grupo»*. Já há indícios de maior abertura à cooperação com as técnicas psicofarmacológicas e a ligação à clínica «descritiva» numa *forma multidisciplinar* que chamamos «fenomenológico-estrutural-dinâmica». (V. p. 356). A sua base «bio-psico-sociológica» tende a ser cada vez mais aceite.

B. Tentativas de «desmedicalização» da Psiquiatria. A «anti-psiquiatria»

Outro embate «dialectizável» (dizemos assim, porque de começo foi radical e destrutivo) com a psiquiatria e a psicopatologia clínica foi o do preceito de se escotomizar e *denegar mesmo as componentes sómato-biológicas* das perturbações tratadas pelos psiquiatras. Alguns dos quais, em contraste, não deixaram contudo de as chamar e aceitar como «mentais» — mesmo quando eram fortemente «organicistas» (postulavam então uma «somatose» não demonstrada).

O absurdo da propaganda «anti-médica» que se veio a chamar a *anti-psiquiatria* estava logo na contradição com a etimologia: *Psichē-iatos — a medicina da mente*. Mais consequentemente, emergiram psicoterapeutas leigos (de orientação freudiana e outras) que apenas atendiam aos «clientes» relegando os aspectos biológicos para os médicos, (tratando estes separadamente «a doença»).

Uma certa faceta positiva da «anti-psiquiatria» estava entretanto nas *intenções* de melhorar a saúde mental genérica e os Hospitais Psiquiátricos tradicionais — susceptíveis de perder a sua feição «asilar» (manicomial) como já mostramos a propósito do Hospital de Júlio de Matos. Aí, de facto, se cultivou e aperfeiçoou a psicopatologia clínica e se aplicaram logo de início todas as inovações terapêuticas de base biológica mas também psico-sociológica (ambiente ocupacional, etc.), e mesmo individual, consciencializando-se a relação interpessoal médico-doente, essencial em toda medicina.

Neste momento histórico de real «convergência» *antropológica multidimensional* já não vale a pena rebater os absurdos «slogans» (que seduziram tanta gente, até psiquiatras mais experimentados) dos

* A «grupanálise» introduzida e muito desenvolvida por E. Cortesão, separou-se dos «ortodoxos» com a sua própria sociedade e metodologia iniciática. V. vol. *grupanálise* de E. Cortesão (falecido 1990), Fundação Calouste Gulbenkian.

muito falados (e com lastimável repercussão «cultural» em leigos falhos de crítica), v.g. Basdaglia, Cooper, Laing, etc. que se extremavam na fórmula: «não há doenças mentais, quem está doente é a sociedade que as gera».

Nessa óptica, os factos biológicos e outros de ordem médica «strictu sensu» seriam um «artifício» condicionado pela administração de medicamentos, um erro e um risco desnecessário. Um exemplo desses extremos: nessa fase tivemos experiência de esquizofrénicos, vivendo compensados em ambiente familiar e simpaticamente apoiados, a quem certos psicoterapeutas da confraria anti-psiquiátrica aconselharam a suspender de um dia para o outro («deixe-se de drogas») os psicofármacos e sofreram a seguir graves recaídas com reacções agressivas violentas. Os excessos acrílicos das «altas precoces» dos Hospitais — feitos nessa mesma orientação sectária e interessada — têm motivado muitas recaídas graves, na falta de condições médico-psico-sociológicas e económicas de real e efectivo apoio e tratamento extra-hospitalar.

C. Investigações psico-sociológicas

Pondo de parte tais extremismos, legitima-se plenamente o desenvolvimento de estudos familiares, grupais e mais latamente *sociológicos e culturais*, aplicados à génese e desencadeamento das doenças psiquiátricas e à medicina em geral. E, em especial, às terapêuticas sócio-psicológicas combinadas com métodos biológicos de muitas afecções psiquiátricas (psicoses esquizofrénicas, depressões, reacções situacionais, desenvolvimentos anormais da personalidade, dependentes do álcool e «drogas», etc.).

Em Portugal não se dispõe em geral de meios suficientes para estudos sistemáticos neste campo. Podem-se no entanto referir alguns esforços valiosos, entre eles a acção persistente lectiva e activa de Guilherme Ferreira, grupo-analista propugnador crítico da *Psiquiatria Social* e actual Presidente da respectiva Sociedade internacional.

A área da *epidemiologia* assume aqui um valor especial, mas exigir-se-iam diagnósticos mais rigorosos e estruturados (multiaxiais) de todos os doentes estudados. A nossa *estatística* oficial apenas usa algarismos da classificação internacional (I.C.D.-8.^a Rev.) da O.M.S. Se em muitas Clínicas se fazem numerosas observações aprofundadas e diagnósticos mais estruturados, a catalogação *estatística nacional*

é feita, na generalidade, de modo assaz imperfeito, excepto naqueles estabelecimentos oficiais onde se pratica seriamente a *psiquiatria clínica* com sólido apoio médico-psicológico em reuniões clínicas regulares.

D. Da relevância fundamental da Clínica e do Diagnóstico

A avidez de certos terapeutas pela «psico-sócio-dinâmica» leva-os, perante os doentes, a falhar a autêntica observação factual objectiva e concreta, erradamente menosprezada aliás por alguns como mera e superficialmente «descritiva» e insignificativa. O aprofundamento e repetição dos exames — também «em boa relação médico-doente» — vem com frequência mostrar que a fachada espectacular das verbalizações, actos e expressões dos observandos — (vistos noutras perspectivas como «condutas») assentavam efectivamente em perturbações de outro nível, p. ex. o «carácter», o fundo endotímico-vital, somato-psíquico, vigilância, intelecto, o próprio Eu **. Verifica-se assim que as circunstâncias sociais remodelavam, num plano interpessoal, esses «sintomas» básicos, mas não eram os determinantes «causais» principais, muito menos únicos. A colheita empática de «vivências» e dos modos de o próprio se sentir (Befinden) são *experiências subjectivas*, a sua auto e heterocrítica e compreensão hermenêutica frente à *personalidade* e à *biografia* (sem interpretações artificiosas) é que constitui a base autêntica da *análise fenomenológica* — a quinta essência da psicopatologia.

Sem o aprofundamento desta o *diagnóstico* dificilmente atingia aquele grau de exactidão «compreensivo e explicativo» que se torna necessário para as inferências terapêuticas e para todo o conhecimento e pesquisa psiquiátrica — «dados» de investigação, base de estatísticas e reflexões, etc.

* Como também recentemente acentuava P. Polónio — nosso colaborador da 1.ª hora com Baeta Neves e outros já citados, no Hospital de Júlio de Matos, e de 1977 a 1985 — Catedrático de Psiquiatria, persistente continuador da tradição clínico-evolutiva de orientação pragmática.

** Claro que não dizemos manifestações «mais profundas» para os separar nitidamente dos processos ditos «inconscientes» da chamada «psicologia profunda» que têm o seu processamento próprio (psicanalítico ou outros). Trata-se de níveis «hierárquicos» de estruturação e organização internacional dos sistemas funcionais da personalidade com *base psicobiológica*.

Nas correntes sócio-económicas mais radicais, o *diagnóstico clínico* era aliás menosprezado * ou mesmo ignorado. Os «mecanismos» freudianos encontram-se também nos «normais» (v. adiante) e sem a fenomenologia falhava-se a feição *qualitativamente alterada* daquelas perturbações psicopatológicas que precisamente são essenciais para o diagnóstico (p. ex. vivências de influenciamento do próprio, alucinações em diálogo, cominativas, paralogias, etc. (V. os manuais de Psiquiatria).

As escolas universitárias de Psiquiatria, tendo começado em Lisboa, até há poucos anos, não perdiam de vista a relevância da clínica e a exigência do diagnóstico **.

Também nos grandes hospitais que herdaram a sua tradição se manteve a prática diagnóstica e aprofundamento psicopatológico-fenomenológico ***.

Um novo estilo decisivo, veio, ao contrário do que se esperava, dos USA, com a publicação — hoje mundialmente conhecida e adoptada do *Manual Diagnóstico e estatístico* (D.M.S.) que vai já na 3.ª Edição revista DMS-III-R.

* Até nos meios literários e outros de insuficiente cultura geral correu o dito de que os diagnósticos psiquiátricos, mais não seriam do que «etiquetas» superficiais pregadas sem compreensão e simpatia nas «vítimas» dos psiquiatras.

** Num estudo nosso mostrámos que as «estruturas psicopatológicas básicas» (variações e desintegrações endotímicas (afectivas), hormotímicas (impulsivas) são invariantes, dando o colorido fundamental (de base por vezes encoberta pelas superestruturas racionais, as mais diversas; por outro lado há *formas gerais da personalidade se perturbar*: o deprimir-se, o ansiar-se, o recear, irritar-se, etc., nestas formas, sim, fortemente modeláveis e ligados às circunstâncias da situação, variável no tempo e no espaço. Poder-se-ia dizer que estas formas gerais de perturbações acompanham muito de perto o curso da «história» de cada indivíduo (biografia) de cada família, grupo, comunidade, sociedade, nação. As «estruturas básicas», tanto «normais» (caracterizando o Homo-Sapiens, acultura) como «patológicas» (correspondentes a cada «gradiente: carácter endotímico, paranoide, do proprium (Eu), vigilância, intelecto, psico-vegetativas, psiconeurológicas — apresentam-se à investigação como constantes nas diferentes civilizações e épocas históricas. Não sendo possível prová-lo aqui, recorde-se o exemplo da *identidade das estruturas básicas da melancolia* na época grega clássica, na idade média, renascença, tempos modernos. (V. o *Leal Conselheiro* do Rei D. Duarte!) que nos dá uma fenomenologia perfeita do «mal merencorico».

*** Já referimos atrás o grupo fenomenológico antropológico animado por H. Gomes de Araújo no Hospital do Conde Ferreira e praticado também em Lisboa por alguns especialistas (Cite-se Luís Navarro, Soeiro, Nunes da Costa, etc., e recentemente Mário Simões, entre outros, raros conhecedores actuais da

Já anteriormente porém a Organização Mundial de Saúde insistia (nem sempre com êxito)* na sua *Classificação Internacional das Doenças* (ICD). Revisão, da qual fizemos com P. Polónio e Seabra Diniz uma tradução portuguesa, propondo o respectivo glossário.

O que se pretende com estas novas classificações é a adaptação muito clara de *critérios objectiváveis de inclusão e exclusão* para delimitar rigorosamente os diferentes diagnósticos. No fundo trata-se de um autêntico «renascimento» da clínica europeia, tanto mais digno de apreço num país europeu como o nosso que nunca perdeu a ligação à psiquiatria francesa e germânica. Representa de facto um importante enriquecimento da psiquiatria nos países anglo-saxónicos com as contribuições da psiquiatria clássica europeia.

Pessoalmente costumamos lembrar aos jovens, ao discutirmos os textos do DSM-III: a redescoberta dos sintomas de 1.^a ordem de Kurt Schneider que tantas vezes em 1936 eu próprio ouvi referir àquele meu mestre, quando do meu estágio na sua Clínica em Munique. Sem falar já de tudo o que aprendi com muitos outros grandes mestres da época (V. Auto-exposição de Psiquiatria).

Quando em 1957 estive nas Clínicas americanas, com um *Leader Grant* aquilo em que mais insistiam os colegas didatas que nos receberam era a *formação psicoterápica* dos jovens em preparação, facultando-nos a assistência de revisão «psicoterápica» dos casos em estudo. Nesses colóquios e nas palestras que tive ocasião de fazer mostrei-me compreensivo com essa orientação, insistindo porém, fortemente, na necessidade (atrás referida) de *diagnósticos clínicos* muito mais aprofundados que então eram feitos.

psicanotologia de língua alemã e com parte francesa (H. F.). Esta corrente ainda tem por patronos os clássicos Husserl, Jaspers e depois da influência da antropologia existencial, Binswanger, von Gebattel, E. Strauss, J. Zult, Storch, V. Bayer, Runke. É do mais subtil e profundo que jamais se escreveu em Psiquiatria — mas que também se mostrou insuficiente para alcançar a «convergência dialéctica» com as outras correntes, em especial biológicas, sociológicas e comportamentalistas.

* Fomos alguns anos perito nas comissões de discussão internacional da classificação e outras actividades da O.M.S. Reinava então a preocupação de consensos mundial na nomenclatura e ordenação diagnóstica. O que tinha como consequência a simplificação excessiva das decisões genéricas por insuficiência da preparação de alguns representantes de países em começo de desenvolvimento. A situação tem porém melhorado e a 10.^a Revisão em estudo é muito mais aceitável e deveria ser oficialmente utilizada nas estatísticas portuguesas.

E. Do ensino universitário e clínico.

A exigência de reuniões clínicas e discussão de observações, diagnósticos e estratégias terapêuticas diferenciadas e personalizadas

O que dissemos anteriormente, além do interesse pedagógico da formação do «saber» (com «sabedoria») e da *própria personalidade* dos futuros psiquiatras, tem dois propósitos: 1.º a fundamentação num *diagnóstico individual estruturado e personalizado* das indicações terapêuticas electivas adequadas à complexidade da organização globalizante de cada «caso» de (cada «Homem perturbado» — portanto também uma «terapêutica complexa» conjugada. 2.º o rigor da delimitação do *material casuístico para investigações científicas*.

É constante a controvérsia na literatura especializada sobre a validade das diferenças metodológicas dos resultados obtidos com o «material» de partida. Como se veio a provar depois, havia nos anos 50-60 grandes discordâncias diagnósticas entre países cientificamente tão ligados como a Inglaterra e os USA (e também entre a França e a Alemanha, Portugal e o Brasil, etc.).

F. Os esforços de objectivação e quantificação pelas escalas de avaliação de sintomas

Além dos testes psicológicos, oriundos da psicologia experimental, e dos questionários, da psicologia social, emergiram nos anos 60, desta vez por iniciativa dos próprios psiquiatras clínicos, as chamadas *escalas de apreciação*, a mais divulgada das quais foi aplicada à *depressão* por Hamilton.

Também em Portugal o tema tem sido cultivado, no sentido do registar por escrito as observações psicopatológicas feitas pelos psiquiatras, o próprio discurso dos doentes (hoje gravado, quando necessário) e a anamnese objectiva relatada por terceiros. Nos hospitais de Miguel Bombarda e de Júlio de Matos (e noutros do país) há *Arquivos Clínicos* com valioso material de observação, muitas vezes aproveitado para teses universitárias e outros estudos. Os resumos diagnósticos de Sobral Cid ficaram célebres e têm valor didáctico. No Hospital Júlio de Matos organizamos cartões perfurados com a síntese dessas observações, resumidas na chamada *folha B*, com dados multidimensionais (além de sintomas, a história familiar, a biografia do doente, o seu tipo morfológico, dados corporais diversos, personalidade anterior, factores patogénicos (físicos, infecciosos, situacionais, sociológicos, etc.). Na investigação feita nos anos 40, — cujas conclusões já citámos (I Congresso

de Psicocirurgia em Lisboa, Congresso de Paris (1950) procurou-se já a *avaliação quantitativa* dos dados da observação. Em 1958 com Fernando Lopes da Silva, depois Professor de neuropsicologia na Holanda), planeamos, também uma *escala de avaliação das depressões* que foi depois utilizada por outros investigadores.

M. Paes de Sousa publicou em 1985 um valioso volume, minuciosamente documentado sobre o «*Sistema AMP — Manual de documentação e quantificação da psicopatologia*», traduzido da versão alemã e francesa e adaptado à língua portuguesa. O problema do vocabulário psiquiátrico alemão, levantou muitas dificuldades e merece ser considerado.

Com Sobral Cid, Fernando Ferreira, P. Polónio, Seabra Diniz, Simões da Fonseca, esforçamo-nos por encontrar equivalentes em português para certos vocábulos germânicos*. Com Seabra Diniz, João dos Santos, numa estadia no Brasil (1973) tentamos um acordo sobre vocabulário psiquiátrico — o qual se tem prolongado na *Sociedade de Psiquiatria da Língua Portuguesa* da Presidência de A. Fernandes da Fonseca, cujo *Manual (Psiquiatria e Psicopatológico)* adopta com bom senso os vocábulos mais usuais. Seabra Diniz começou nos Anais Portugueses de Psiquiatria um *glossário* de termos psiquiátricos e psicológicos** do ICD 8 R.

Nos últimos anos a literatura internacional, sobretudo de língua inglesa, está inçada por *escalas de apreciação* de sintomas de variações de comportamento, sinais de deterioração intelectual e da personalidade, inventários, questionários, etc. (v. a 5.^a Edição de Kaplan, Sadok — *Comprehensiv Textbook of Psychiatry* 1989). Muitos estudos publicados na literatura portuguesa usam essas escalas, em especial na avaliação dos efeitos terapêuticos comparados de novos psicofármacos.

No ponto de vista científico genérico, representam a introdução do *método quantitativo* na psicopatologia. Recordemos ainda (anos 30) as resistências dos fenomenologistas a tal intromissão metodológica na área do «subjectivo» do «vivenciado» e pessoalmente experimentado,

* As palavras vivência e vivenciar, etc., (de Erlebnis) só depois dos anos 30 tiveram uso mais geral, também na literatura não especializada. Befinden: o modo de o próprio se sentir subjectivamente (a separar da vivência do pensar, etc.) ainda não entrou no uso geral.

** Os trodutores do DSM-III em português (Lisboa (1986) usam por exemplo com menos propriedade o vocabulário «distúrbios» em vez de «perturbações, alterações, transtornos. Depressão maior (de major) não tem tradução em português,

dito não susceptível de avaliação quantitativa, no ponto de vista filológico-ontológico. Trata-se de um artifício de *avaliação numérica* por convenção da apreciação dos dados de observação, obtidos por consenso entre os investigadores. O uso dos novos métodos estatísticos (análise de variância múltipla, etc) tem sido utilizado com êxito, até à exaustão, de tal arte que os jornais especializados (evitando os excessos teóricos especulativos) aceitam mal os estudos não alicerçados em séries equivalentes de casos obedecendo às regras prescritas, aliás desde há muito tempo, na investigação epidemiológica, onde o que conta é o número de casos, muito mais do que as suas subtilezas *variações qualitativas*, imprescindíveis na clínica.

Estas são porém, como se acentuou, fundamentais na fenomenologia individual, podendo-se usar então *escalas estruturais* que permitam um *diagnóstico individual, estruturado e personalizado* (Barahona Fernandes).

G. Dos remédios tradicionais aos métodos de choque e aos actuais psicofármacos

Faz parte da história da medicina em geral, a «arte» de aplicar «novas» terapêuticas oriundas de meros ensaios clínicos sem um sólido fundamento em dados experimentais, ou de exames sistemáticos, controláveis e repetíveis em condições de rigorosa crítica metodológica. Muito menos terapias deduzidas de teorias sólidas geralmente aceites.

Lembremo-nos da tradição do ópio, da mandrágora, e meimandro, valeriana, beladona e quejandas «hervas» curativas «nervinas» conhecidas desde a antiguidade e ainda usadas neste século*.

Talvez as bebidas fermentadas alcoólicas sejam o mais antigo «psico-fármaco» de acção inicial euforizante e terminal narcotizante. Conhecem-se as consequências dos abusos e desvarios desses «agradáveis» remédios...

Recordo as primícias da clínica em 1930, apoiando a acção psicoterápica dos ansiosos neuróticos em pílulas» com pequenas doses de fenobarbital, valeriana e beladona, etc., e com os clássicos brometos

* Ainda nos anos 30 preveníamos com êxito e dulcificávamos o sofrimento de alguns melancólicos com prerarados galénicos de ópio, sem criar dependência e sossegávamos muitos ansiosos com valeriana e excitados com «Bromídia» (Brometos + hidrato de cloral), com escopolamina-morfina, até ao sintético sonífero, etc.

ajudando os auto-receitados a chá de «ervas e folhas». Os agentes climatéricos, exercícios físicos e, em especial os «banhos» de toda a sorte eram muito bem aceites, quando recomendados com simpatia, convicção e intenção curativa compreensiva*.

Não nos alongaremos noutras terapêuticas com feição «mágica» importadas do Brasil e de África e que dadas com «arte» e «simpatia» eram em certos meios tidas por milagrosas. Serão estudadas nas celebrações dos Descobrimentos.

— Uma mudança radical da situação do tratamento das psicoses graves foi feita pela *malarioterapia* da «paralisia geral» nos anos 20, e pelos métodos de choque nos anos 30. A descoberta da cura pela pirexia malárica trouxe o primeiro prémio Nobel da Psiquiatria a *Wagner von Jauregg* — iniciando os métodos biológicos de tratamento. A sua história, em Viena de Áustria é conhecida, a observação «empírica» (no sentido superior do conceito) das melhoras por efeito da pirexia palustre dos sintomas dessa grave encefalopatia sífilítica que conduzia à demência e à morte, com excepcionais remissões espontâneas. Inacessível aos novos medicamentos anti-sifilíticos (*Salvarsan*) curava-se quando aplicada a malarioterapia na fase inicial da doença; confirmada pelo exame do líquido céfalo-raquidiano, provocando artificialmente 10 ou 12 acessos febris por injeção de malária, terá, ao tempo, sido seleccionada no Instituto de Águas de Moura pelo Prof. Cambournac e, nos anos 30, transmitida directamente por mosquitos infectados**.

* A *balneoterapia* tinha aliás reminiscências históricas míticas, usada como era pelos gregos e romanos e em quase todas as épocas. Ainda no começo do século os «Banhos de Rilhafoles» tinham fama, usados até paradoxalmente por não doentes daquele Hospital (o que indica que a «rejeição» dos seus horrores não era tão geral como se tem propalado).

Os «banhos prolongados» com actualizados sistemas de aquecimento e circulação de água, foram muito usados na Europa Central nos anos 20-30 até ao aparecimento das terapias convulsivantes. Recomendados pela experiência de Almeida Dias, foram construídos no Hospital Júlio de Matos; mas, como a ergoterapia e os «choques», não chegaram a ser utilizados. Assim mudam as «terapias» e as esperanças e convicções dos homens!

** Sabe-se como a penicilina substitui depois todos esses tratamentos e a doença está em desaparecimento quase completo. Historicamente recordamos as investigações laboratoriais de F. Pulido Valente (1920; *in memoriam*, 1989) sobre a demonstração do *Tréponema Palidum* no cérebro de doentes mortos de paralisia geral. Outras tentativas de psiquiatria biológica comparada, foram as da «catatonia experimental pela bulbo-capnissis» (1932), feitas por Barahona Fernandes e F. Ferreira.

Importante é o facto de todos estes *actos médicos* obrigarem a cuidados corporais rigorosos dos doentes, *melhorando as relações inter-pessoais* e perdendo as enfermarias o timbre da «alienação».

Algo de semelhante sucedeu em 1936 com a «cura pelo *choque hipoglicémico*» (pela insulina) inovado por Sakel, também em Viena de Áustria, na base da experiência do tratamento de morfinómanos; as hipoglicémias casuais (e depois intencionais) ao recuperar-se a consciência, tornavam os doentes comunicativos e acessíveis. Com a insulina aplicada em grandes doses até produzir «comas» em esquizofrénicos evolutivos não só se alcançava — ao compensar a hipoglicémia — um *despertar que facilitava a transferência do doente* (que mais tarde chamamos «vital») para os enfermeiros e médicos; obtinham-se então acentuadas mudanças dos sintomas. Foi uma época de entusiasmo para os jovens psiquiatras; o acompanhamento e apoio pessoal dos doentes em tratamento mostraram-se muito benéficos. Referimos, para os pormenores, a Tese bem fundamentada de P. Polónio sobre o tema.

Outro método espectacular foi a descoberta da acção das *convulsões epilépticas* sobre a evolução de certos sintomas (depressivos, catatónicos, delirantes). Von Meduna partiu duma teoria que não se confirmou (o antagonismo entre epilepsia e esquizofrenia); uma injeção de cardiazol intravenosa, provocando convulsões controladas, provocava também mudanças dos sintomas, na recuperação das quais certos doentes melhoravam de forma tão espectacular que jamais tinha sido observada anteriormente em casos de doentes: *melancólicos, inibidos e delirantes*.

A utilização de correntes eléctricas (o «*electrochoque*» de Cerletti e Benit* facultou a sua aplicação técnica, melhorando ainda pela aplicação sob narcose e com relaxantes musculares, etc.

Houve longas discussões sobre o tema que não cabe referir agora e apesar da eficácia dos fármacos antidepressivos, o *electrochoque* continua a ser o mais poderoso tratamento de melancolias graves e resistentes a outras terapêuticas. Socialmente criou-se uma certa aversão aos «choques» eléctricos, resistência esta em vias de desaparecer porque manejados segundo as regras da segurança e da arte. O choque insulínico deixou de se usar dadas as dificuldades técnicas e sobretudo a instabili-

* O primeiro aparelho de electrochoque usado entre nós foi modificado por Almeida Lima e Almeida Amaral. Com Polónio e Sousa Gomes publicamos a primeira estatística e análise de resultados, defendendo já a *não especificidade* dos efeitos terapêuticos.

dade das remissões terapêuticas* e os efeitos da grande descoberta da Psiquiatria actual — os fármacos psicotrópicos — ministrar «comprimidos» aos doentes mentais como em qualquer outro ramo da Medicina e obter evidentes melhoras do seu estado, mesmo em casos graves de grande agitação maníaca, catatónica, em delirantes e alucinados, foi um acontecimento decisivo na história da Psiquiatria e também reconhecido e imediatamente experimentado e discutido em Portugal (D. Furtado, Barahona Fernandes, P. Polónio, Fernandes da Fonseca), etc.

O acontecimento tem relações com a «hibernoterapia» — as célebres «curas de sono», usadas desde os anos 20 com resultados apreciáveis em casos muito seleccionados de esgotamento depressivo, reacções psicogéneas situacionais e até esquizofrenias leves mediante a facilitação já referida de «transferência vital» e novas possibilidades psicoterapêuticas individuais e ambientais a cada tipo de casos e personalidades.

O cirurgião francês Labori, experimentou as fenotiazinas em «cocktails líticos» usados em anestesia cirúrgica. A *clorpromazina* sintetizada por Charpantier mostrou-se muito activa; os psiquiatras de grupo de Delay, Denicker e outros, começaram ensaios sistemáticos com total êxito, que breve se difundiram nas clínicas psiquiátricas dos países de todos os continentes — também em Portugal, primeiro na Clínica Universitária de Lisboa e, depois, noutros hospitais. Os efeitos «psicológicos» inactivadores da agitação psicomotora, agressividade, ideação incoerente e delirante, atitudes alucinatórias, levaram ao uso extensivo e ao estudo dos depois chamados «neurolépticos». Um aspecto do seus efeitos era a «inactivação de desvios psicopatológicos por excesso e outros aspectos: modificação da «organização» das discordâncias do Eu, tornando os doentes conscientes da natureza patológica do seu estado e aceitando (com excepções) o tratamento. (V. Manuais especializados, classificações técnicas, etc.).

Em Outubro de 1955 reuniu em Paris o *Colóquio internacional sobre a clorpromazina e os medicamentos neurolépticos em terapêutica psiquiátrica* sob a presidência de Jean Delay, Henry Ey e represen-

* Ainda se usam «insolinas sedativas», em pequenas doses, sem provocar comas, com efeitos «ruborantes» e ansiolíticos. Outro tipo de «choque muito usado nos anos 30-40 era feito pela injeção intra-venosa de acetilcolina; produzia uma sensação muito angustiante, elaborada depois psicoterapeuticamente (transferência vital).

tantes de muitos países entre os quais Portugal. Na nossa comunicação da sessão inaugural, confirmamos as acções secundárias na área neurológica (tremores, rigidez de tipo parkinsonicos e psico-motora), acinésias, paracinésias, discinésias, etc., e insistimos nos efeitos possíveis das *vivências psicopatológicas*. Daí a possibilidade de intervenções psicoterápicas complementares. Com H. Ey tivemos a consciência da necessidade de aproveitar a *nova relação pessoal*, assim possibilitada para fins readaptativos e mesmo psicoterápicos. O panorama das salas de agitados mudou por completo, dispensando medidas coercivas e protectoras.

Desse modo a Psiquiatria aproximava-se da restante Medicina. Tornava-se *também biológica*; o que veio a permitir até à data novas vias de investigação, bio-neuro-química, sobre que não podemos entrar em pormenores (mediadores bio-neuro-químicos, neurofisiologia das sinapses, da membrana celular, etc.). Constituiu-se um novo capítulo da *farmacologia* a «psicofarmacologia» laboratorial; neste campo as investigações portuguesas têm sido limitadas, mas excepto em relação com a clínica, começaram com Frago Mendez e seus colaboradores.

Desde o início sublinhamos o interesse da investigação coordenada dos aspectos bio-neuro-químicos com os efeitos terapêuticos, analisados no ângulo psicopatológico.

As próprias actividades «curativas» e a sua «experiência clínica» tornaram-se assim *fonte de novos conhecimentos científicos*, como aliás já o próprio Freud tinha iniciado na área da psicanálise e, numa área oposta, aconteceu na neuro e psico-cirurgia (Egas Moniz, Barahona Fernandes).

As correlações psico-fisiológicas tornaram-se evidentes mas de tal modo complexas que exigem investigações muito especializadas (recentemente com a electroencefalografia computadorizada, os diferentes métodos de imagiologia e testes bioquímicos multivariados).

A *investigação psicopatológica das mudanças de estrutura dos síndromas* em tratamento revelou-se muito fecunda e foi-nos possível inserir os seus resultados no modelo genérico de personalidade e seus sistemas neuro-psicofisiológicos para as acções dos fármacos ditos hoje antidepressivos (melhor «eutimizantes») sobre perturbações do fundo endotímico-vital em especial o gradiente endotímico. Os neurolépticos «inactivadores» pelo contrário deprimiam as suas formas de hiperactividade. Na clínica observa-se como síndromas depressivos melhorando por exemplo com imipraminas, se podem transmutar («virar») em sín-

dromas hipertímicos (se houver predisposição genética para formas «bipolares» das ciclotímias psicóticas).

Outra descoberta importante foi a do uso dos sais de «lítio» (carbonatos e outros) e da carbanazepina como preventivos das repetições e recaídas dos acessos maniformes e também dos depressivos (das formas bipolares).

Enquanto os doseamentos dos outros psicofármacos, para ajustamento de doses, não entrarem na prática e determinação da *litémia* é uma exigência importante para a segurança (risco de toxicidade grave acima de 1g/% e da eficiência (abaixo de 0,30).

Mais um exemplo de «medicalização» da actividade terapêutica. No entanto — repete-se — de forma alguma se excluem as avaliações e intervenções psico-sociais. Na base (ou «*fundo endotímico*») de leves distímias (depressivas disfóricas ou hipertímicas) podem-se desenvolver estados reactivos neuróticos e caracterológicos e outros que implicam as convergências integradas das duas ordens de exames e intervenções terapêuticas — claro está — no sentido antropocientífico usando técnicas *multidisciplinares* em favor do re-equilíbrio interior e melhor adaptação da Personalidade na situação e no ambiente, sobre o qual também, quando possível, se deve intervir.

A maior parte dos trabalhos publicados dizem respeito a aspectos parcelares destes problemas (avaliação da eficácia relativa, dos fármacos, tentativas de doseamento de amíneas biogénias, etc.).

Na práxis há que recorrer a *avaliações complexas* (v. cap. diagnósticos) para adequar as variantes das doses e qualidades dos psicofármacos, as respostas de personalidade e das estruturas psicopatológicas básicas em questão.

Os investigadores insistem em não usar demasiadas associações medicamentosas, dadas as dificuldades da sua avaliação rigorosa. Porém, na «arte» do ofício os clínicos experimentados usam realmente combinações múltiplas e variadas, na condição de observações repetidas dos doentes, ajustando as doses e as variações do medicamento às *variações do estado psicopatológico* e as atitudes do próprio doente perante eles (risco de dependência e efeitos tóxicos de «polifarmácia»).

Trata-se pois de uma autêntica *fármaco-psico-socioterapia* ainda em desenvolvimento (convergência integrativa) incompatível com posições exclusivistas e reducionistas.

12. Psiquiatria e Sistema Nervoso Central

Kleist notabilizou-se pelas suas pesquisas, feitas no homem doente, sobre a vida psíquica normal e patológica, as funções nervosas e as suas «*correspondências*» com a arquitectura cerebral. Na base do estudo das lesões focais do sistema nervoso (em especial feridos de guerra, mas também de afecções em foco do encéfalo) logrou assim novos conhecimentos não só anátomo-fisiológicos como bio-psicológicos, atingindo o nível das *funções nervosas superiores*. Kleist era citado sobretudo como «localizacionista» (em oposição ao gestaltismo) tendo estabelecido correlações entre as estruturas corticais, sub-corticais e do eixo cerebral, não só com funções motoras, sensitivas e vegetativas, mas ainda com funções psicológicas, a todos os níveis, chegando à ousadia de correlacionar certas *funções do Eu* (a corporalidade, o próprio, o «Eu colectivo» com o tronco cerebral, o córtex da região do cingulum e lobo fronto-orbitário. Referimo-nos para mais pormenores e comentários ao nosso estudo sobre a «Nova Carta das Localizações Cerebrais» comunicado à Sociedade Anatômica Portuguesa em Coimbra, em 1937.

Notável sem dúvida, e a merecer ser recordada, é a antevisão bem concretizada das correlações do que hoje se chama *sistema límbico* (McLean 1952) pelo relevo dado ao cingulum, hipocampo, tálamo e hipotálamo nas suas funções órgão-vegetativas em relação com os processos afectivos e também instintivos. E ainda com o conjunto da sensibilidade interior (*interoceptividade*) que está na base da construção do Eu, como mais tarde, após a experiência da leucotomia, tivemos ocasião de sublinhar* e que deu azo à nossa prova experimental chamada o «*teste da isquémia*», para o estudo da sensibilidade interior e seu papel nas reacções ansiosas**.

Sabe-se a importância que mais tarde adquiriram estes estudos para o progresso da neurofisiologia e bio-psicologia normal e patológica. Relevemos apenas a sua aplicação à leucotomia, nas suas ultimas formas selectivas, por métodos estereotáxicos, e toda a moderna e

* Barahona Fernandes: «A sensibilidade interior nas reacções da personalidade, o Eu e a interoceptividade», *Jornal do Médico*, 23: 571, 1954: «*Evolution psychiatrique*», 4: 597-620, 1953.

** Barahona Fernandes: «Prova de reacção psicossomática à esquémia», *Jornal do Médico*, 22: 561, 1953: «*Actas Iuso esp. N. Psiq.*», 12: 285-302, 1953.

irrecusável topística cerebral da investigação bioquímica das psicoses e da psicofarmacologia (em pleno florescimento actual).

O mais importante, do ângulo histórico científico e epistemológico, é a forma nítida, enérgica e criativa, como marcou na Psiquiatria, a sua orientação anátomo-clínica e bio-psicológica, baseado na análise sintomatológica concreta, tanto das psicoses como das doenças cerebrais grosseiramente orgânicas. Independentemente da etiologia, alcançam-se assim os *modos fundamentais especificamente humanos* de desintegração, a todos os níveis, das estruturas e do funcionamento da personalidade, segundo as suas «leis próprias» (Eigengesetzlichkeit) — um conceito decisivo do seu pensar que alguns depreciativamente chamaram «kleistisch» (kleistiano) mas que efectivamente se mostrou válido em muitos aspectos (doutrina «categorial» hierárquica).

Pelas suas opiniões, Kleist situou-se muitas vezes em oposição aos outros «grandes» da Psiquiatria da época (Kraepelin, Bleuler, Jaspers, K. Schneider, etc.). Em Portugal, logo em 1924, Sobral Cid considerou então largamente as *psicoses da motilidade*, o papel do *Striatum* e outros estudos de Kleist na sua obra sobre o *Syndromes psychomotores — Encefalite e Schizophrenia*.

Sobral Cid, aceitou, de começo, nessa linha, as relações desta psicose com os estados tardios da doença de von Economo (encefalite epidémica). Como vimos, mais tarde, evoluiu no sentido dos estudos clínicos, em especial de Bleuler e Kretschmer, que então se difundiram muito em Portugal. Apesar da sua «antítese psicopatológica» (tal definimos a sua posição) ficou ligado às bases biológicas da Psiquiatria apoiando, no fim da sua carreira, os tratamentos somáticos das psicoses. Mais uma vez surgia a antinomia clássica entre «somáticos» e «psíquicos» que ainda hoje lamentavelmente subsiste (de modo quase «psiquiaticida») no degladiar das correntes psicogénicas e somatogénicas e até na práxis, por exemplo na oposição exclusiva das bio — e psicoterapias. Kleist libertou-se, em parte, dessa contradição, diferenciando categoricamente os diferentes níveis de perturbação, desde os órgão-neurológicos até aos funcionais e os psicológico-reactivos, etc., No caso dos sintomas psico-motores: sintomas amiostáticos, psicocinéticos e catatónicos em sentido estrito e buscando, a sua diferente localização nos gânglios centrais e no eixo cerebral.

Do esforço de superar essas e outras contradições dialécticas nasceu o nosso «ponto de vista convergente», comunicado em Francfort,

em 1936, no *I Jahres Versammlung der Gesellschaft deutscher Neurologen u. Psychiatern* — sessão na qual Kleist explanou a sua monumental obra *Gehirnpathologie*, publicada em 1934. No nosso estudo sobre sintomas acinéticos acentuámos a *inter-ligação dos aspectos patofisiológicos e psicopatológicos* e analisamos muitos sintomas originais de Kleist, numa subtil diferenciação hoje quase ignorada, tais como a separação dos sintomas «catatónicos» no sentido estrito p. ex.: a resistência por negativismo, a *oposição motora* (Gegenhalten) de categoria psicocinética e outros: o acompanhamento motor (Mitmaehen), a fixação preensil (Festhalten) e o enganchar automático dos dedos (Hackeln), como variedades do reflexo de pretensão (Greifreflex) e discinesia psicomotora, (hervações contraditórias) *.

Em 1938, investigamos, já em Lisboa, os *Síndromas hipercinéticos* nessa orientação, publicando casuística sobre as «psicoses da motilidade» pertencentes ao grupo das *psicoses cicloides* de que também com Fünfgeld tivemos longa experiência em Francfort. Ampliávamos então os achados de Kleist com o estudo das vivências e outros dados psicopatológicos, distinguindo-os das esquizofrenias.

Aconteceu então o encontro com o «neo-jacksonismo» de H. Ey, desenvolvido até ao seu «órgano-dinamismo». Desse modo alargamos com novas perspectivas evolutivas e estruturais as ideias básicas de Wernicke-Kleist, acentuando a organização e diferenciação hierárquica das funções normais e, na patologia, a sua desintegração, também escalonada e hierarquizada no quadro da organização da personalidade.

Nessa linha tenho vindo a propor diferentes «modelos» psicopatológicos até à formulação actual das «estruturas psicopatológicas» básicas e das formas gerais de perturbação da Personalidade incluindo desde «gradientes» espirituais (Pessoa cultural) até gradientes psico-vegetativos e psico-neurológicos).

Além dos aspectos anátomo-fisiológicos (de importância fundamental) e dos esforços de diferenciação da nosologia de Kleist (com tantas contribuições positivas, v.g. fasofrenias, a individualização hoje geralmente aceite das formas monopulares e bipolares das psicoses ciclótímicas, a sua contribuição maior foi a apreciação clínica analítica (sem ser «atomística») dos diferentes síndromas psicopatológicos. A sua

* As hoje chamadas *discinésias tardias*, consequência dos neurolépticos, carecem de ser diferenciadas nesta orientação («paracinésias» de vários tipos coreiformes, atetósicos, etc.) de natureza amiostática (extra-piramidal).

distinção entre *complexos sindromáticos homónomos* e *heterónomos* (e as formas «intermediárias») e a ligação dos primeiros com a vida psíquica normal, em contraste com a desintegração mórbida dos segundos adquire hoje, sem dúvida, um novo sentido, dado que o problema subsiste desde E. Bleuler até ao presente, debatendo-se repetidamente a distinção entre sintomas primários (ligados ao processo biológico) e secundários (psicogénicos). Demos ao problema outra versão num ângulo «fenomenológico-estrutural-dinâmico». Por exemplo: reuni os síndromas incoerentes, estuporosos, hiperclínicos, acinéticos primeiro como um «tipo clínico» peculiar sem compromissos nosológicos («holodisfrenias») mais tarde sintetizado numa das «estruturas psicopatológicas básicas» consideradas etiologicamente neutras e que surgem sob o modo de invariantes transfenoménicas na evolução de diversas doenças. Na paralisia geral descrevemos estes estados, aparecidos como «ictus», sem sintomas neurológicos, mas sob a forma de estados agudos e curáveis, acinéticos ou hiperclínicos. Algo de comparável acontece com as formas crónicas de outras estruturas básicas (de desintegração do Proprium (Eu), etc.). A distinção feita por Kleist nas esquizofrenias, das formas «combinadas» e «extensivas» mostra as suas múltiplas possibilidades evolutivas. Se realmente (nessa ou noutras formas) são efectivamente entidades nosológicas autónomas ou *tipos biologicamente diversificados* do suposto *morbus* esquizofrénico é a esperança da actual investigação genética e bio-química.

P. Polónio fez variados estudos catamnésicos e de análise clínica das psicoses cicloides e também das esquizofrenias e, depois, das maníaco-depressivas, a que chamou «timopatias» (vocábulo usado anteriormente por Lopes Ibor para as neuroses ansiosas). Frago Mendes estudou no mesmo sentido as psicoses sintomáticas. Confirmou, entre outros, o conceito genético da «labilidade sintomática» de Kleist. Nuno Gonçalves, actualmente vivendo na Alemanha, estudou as holodisfrenias. Sem entrar em detalhes, citemos ainda outros portugueses: A. Brochado, do Porto investigou fenómenos psicomotores (oposição, etc.) no choque hipoglicémico provocado. Noutros estudos desses estados transitórios (da saída do coma insulínico) encontramos perturbações da linguagem com algumas formas peculiares e menos conhecidas, descritas por Kleist (disartria cortical, falta de «empuxo» (Antriebsmangel) da linguagem, mutismo verbal, etc.). A. Damásio deu relevo a estas perturbações «simbólicas», revelando a apraxia construtiva de Kleist como sintoma parietal e também frontal.

Embora Kleist (além das localizações para fins neurocirúrgicos) não tivesse tirado consequências terapêuticas das suas investigações, historicamente não podia deixar de estar ligado à descoberta portuguesa da leucotomia. Esteve em Paris em 1950, no I Congresso Mundial de Psiquiatria e discutiu os relatórios de Freeman, Mayer e nosso, sobre a «anatomo-fisiologia cerebral à luz da experiência da leucotomia». Valorizamos, então, a obra de Kleist, em especial o facto das lesões operatórias pouparem as áreas ligadas à exteroceptividade e atingindo a interoceptividade (ligadas por Kleist às funções do Eu); daí a extravessão, a «sintonização regressiva» (Barahona Fernandes) dos leucotomizados a aproveitar para a sua psicoterapia (na base da nova «transferência vital»), e para a sua recuperação social.

No nosso ensaio «Filosofia e Psiquiatria» (1966) dedicamos todo um capítulo à posição de Kleist situando-a como realista e naturalista em contradição dialéctica com outras correntes (fenomenológicas, psicológicas, filosóficas, etc.) aliás admiravelmente criticadas por Kleist, logo em 1925. Devemos ver na sua original obra uma das mais importantes contribuições para os alicerces da *investigação anátomo-fisiológica cerebral no sentido bio-psicológico* de uma psiquiatria «biológica» a partir de uma base clínica concreta e realista.

Kleist, na sua atitude de combate contra as correntes conceptuais opostas, em especial na patologia cerebral, mostrou-se sempre avesso às tendências holistas e globalistas o que se compreende pela feição vaga e imprecisa de muitas delas («o cérebro funcionando como um todo») face aos dados diferenciados que a rigorosa observação clínica e anátomo-cerebral parece impor.

A posição actual (R. Jung, Hecaen, entre outros) é a de discriminar funções localizáveis com certa segurança (e não apenas funções senso-motoras focais) de outras funções mais amplas e gerais, relacionadas com sistemas anátomo-fisiológicos que se estendem por vários *níveis encefálicos*, e não apenas com os chamados «centros» (definidos pela sua topografia e arquitectónica).

Um bom exemplo é dado pela «localização» das funções da consciência (melhor dito da vigiliade). Se há actividade sintética e globalizante é sem dúvida a da consciência. No entanto, Kleist, na base dos seus achados, alinhou logo em 1924 com a opinião de von Economo (1917) e Reichart (1919) de que havia uma regulação global das funções da consciência (hoje correspondentes ao conceito de vigiliade); que havia um chamado «centro nervoso» no diencéfalo, também respon-

sável pelas suas variações fisiológicas (sono, etc.) e, quando alterado, determinante das suas perturbações (sonolência patológica, perdas de consciência, síncope, estados confusionais, apáticos, etc.). A insistência no relevo dado às *regiões sub-corticais* como suportes da vida mental contra a preponderância atribuída ao córtex encerrava um núcleo de conhecimentos importantes e fecundos de consequências, com interesses para a clínica que se tem vindo a desenvolver muito nos últimos anos.

Pela acentuação dada ao sistema nervoso central, Kleist chegou a ser considerado como «materialista». Certo é que evitara todo o reducionismo simplista do tipo do monismo materializante e mecanicista. De forma alguma tendeu para o «epifenomenismo», dando pelo contrário especial valor às «*leis próprias*» de cada grupo de fenómenos desde os materiais e fisiológicos até aos psicológicos e espirituais. Embora evitasse especulações filosóficas, aproximou-se assim implicitamente, de uma doutrina categorial hierarquizada, como mais tarde formulámos a partir de Nicolai Hartmann sublinhando sempre a maior «força» da base órgão-fisiológica como apoio para as superestruturas.

Quem consultar as páginas 1146-1159 da sua monumental *Gehirn-pathologie* (lamentavelmente uma obra mais citada do que lida!) acerca de «Psicomotórica e a vontade» convencer-se-á do esforço de Kleist de se aproximar de outras aquisições da psicologia da sua época neste aspecto — das investigações de N. Ach sobre o processo de decisão (o «querer») feitas já com o método de auto-observação fenomenológica. Nos nossos trabalhos sobre síndromas psicomotores (1935-38) aprofundámos a questão, tentando definir e organizar a *convergência integrativa da patologia cerebral* e da *psicopatologia* nas linhas da *teoria das camadas*, como também mais tarde (1967) R. Jung aplicou à neurofisiologia em geral.

Essa obra de Kleist, vem aliás do tempo da 1.ª Grande Guerra Mundial, e não se pode libertar ainda por completo das doutrinas do «arco reflexo» medular transposto para o encéfalo e deste para a vida psíquica. Estava então na forja a obra de von Weizäcker — *Gestaltkreis* (o círculo configuracional) (1935) ligando recursivamente sensações e movimentos num todo unitário. Kleist opunha-se teoricamente a Goldstein, o propagador do «holismo» da época. Na apresentação dos dados, não deixa porém de os ordenar e intercorrelacionar estímulos e tendências sensoriais e estímulos e tendências motoras, tanto nas suas formas elementares como nas mais complexificadas. No âmbito do

normal transitava assim da «motilidade» mecânica para a «psicomotórica» (mais *dinâmica*); das sensações elementares para as percepções cognitivas e para os afectos básicos correspondentes. No âmbito da patologia, transitava também correlativamente das perturbações *amiostáticas*, extrapiramidais, parkinsonicas, etc., (de feição neurológica) para as *perturbações psicomotoras* (de feição psicopatológica).

Kleist foi na sua época (anos 20-50) o mais ousado e criativo defensor das *correntes naturalistas da Psiquiatria*. Vendo o problema de um ângulo mais dinâmico, como cabe à neurofisiologia e à biopsicologia, podemos aceitar estas ideias como um esboço básico das correlações psico-físicas. A investigação ulterior veio, nas suas linhas gerais, confirmar muitas dessas correspondências psico-orgânicas, em especial, no que concerne aos sintomas neurológicos (amiostáticos, ditos extrapiramidais, como o emperramento motor, rigidez plástica, falta de movimentos associados ou de movimentos anormais do tipo coreático, do tipo atetósico, balístico, tremores dos antagonistas, etc), e ainda, com menos segurança, os sintomas psico-motores (acinésia, hiper- cinésias, paracinésias, etc.). Outros, pelo contrário, como as condutas catatónicas não há ainda suficientes dados comprovativos das suas relações psicofísicas.

Se considerarmos o «arco reflexo» como um «circuito» retroactivo (como a neurofisiologia cibernética veio a fazer) e se o inserirmos no conjunto muito mais completo de um *modelo das estruturas da personalidade* — ressalta, então, claramente, a importante aquisição que constituiu — na sua época (da psicologia atomística, associacionista e intelectualista) o estabelecimento de *correlações* dos processos básicos da actividade psicológica com certas estruturas cerebrais profundas (striatum, sistema límbico) e com a *sobremodelação estrutural* dos processos psíquicos mais diferenciados (nos quais, neste aspecto, o córtex frontal e o córtex orbitário desempenham papel de relevo).

Algo de semelhante poderemos desenvolver acerca das *funções do Eu* e a sua correspondência (o que é diferente de «localização») já referida com o diencéfalo, o cingulum e o lobo orbitário. Claro que para alguns pode ser chocante a diferenciação feita por Kleist em «actividades» (Leistungen; actos, condutas do Eu) repartidas em diferentes níveis — desde o vegetativo, o afectivo, o instintivo, até o próprio corpo, do próprio ser pessoal e do chamado por ele Eu colectivo» (compreendendo as convicções normativas e éticas da Pessoa Cultural). Toda esta espécie de «diferenciação» funcional de algo que, como o

Proprium é essencialmente unitário e globalizado carece, sem dúvida, de severo exame crítico.

Visto porém, em especial, na sua aplicação à *patologia* — as possibilidades reais de desintegrações parciais diferenciadas «orgânicas e esquizofrénicas» oferece-nos uma primeira base para a sua *abordagem psicofisiológica*: há na verdade seguros indícios da relevância das actividades neurofisiológicas daquelas regiões para a sustentação «de fundo», do equilíbrio funcional do seu conjunto. Note-se, em especial, que lesões dessas áreas vêm romper esse equilíbrio totalizador, exprimindo-se em sintomas psicopatológicos diferenciados, tais: a) como perturbações neuro-vaso-vegetativas (de expressão psicossomática); b) alterações do esquema corporal; c) perturbações emocionais variadas; d) deterioração dos afectos valorativos e pessoais e altruísticos; e) condutas instáveis e actos ditos antissociais, etc. O que poderia parecer «atomização» torna-se já aceitável mesmo fecundamente heurístico se for visto na *perspectiva estrutural dinâmica* (multidimensional) que propusemos.

Não é possível alongarmo-nos sobre o tema nem dar outros exemplos de interesse, como o da construção da actividade psicomotora da sua fase de iniciativa e espontaneidade para o movimento, para a acção e para a linguagem, processos estes relacionáveis com o lobo frontal — área cujas lesões determinam perturbações também diferenciadas (perda de «empuxo» motor, (Antrieb) da iniciativa verbal e de condutas activas, nas lesões nos campos 10, 11 e 46 de Broadmann, em especial do hemisfério esquerdo*.

Nestas autênticas «descobertas» de Kleist devemos ainda ver uma primeira abertura para novas vias da futura *investigação biológica* na psiquiatria. Recordemos os novos impulsos que esta corrente ganhou, primeiro em 1936, com a leucotomia e as terapêuticas «de choque» (insulínico e convulsivante) das psicoses e, desde 1952, com a introdução dos modernos psicofármacos e actualmente se desenvolve de modo fecundo com toda a sorte de investigações: genética, de biológica molecular, neurofisiológica, psicofisiológica, etologia, psicologia experimental, etc. (que não podemos descrever agora).

Kleist tinha consciência das *dificuldades filosóficas* (epistemológicas) da sua orientação como investigador. Mais tarde refere que, nos

* A diferenciação funcional dos hemisférios estudados nos electroencefalogramas computadorizados toma hoje grande relevo.

primeiros passos, se esclareceu muito com a obra do filósofo Ernest Mach, e por último, com as novas ideias da física nuclear. No VI capítulo do nosso trabalho *Psiquiatria e Filosofia* (1966), comentámos esta posição basicamente *naturalista*. Não insistiremos aqui no nosso ponto de vista convergente, alargado depois num ângulo «fenomenológico-estrutural-dinâmico» (1974), estendendo-se aos níveis inorgânicos, biológico, psicológico e sócio-histórico-cultural (espiritual).

Se o «dinamismo», tanto «vital» como «psíquico» e «social», se tornou hoje uma directriz irrecusável, devemos-la inserir mais solidamente na *perspectiva estrutural* (também depurada dos seus excessos) não pondo de banda as *estruturas de base* em que os *dinamismos* assentam e sem os quais não podem existir. (V. Antropociências).

A obra de Kleist apela perenemente para a *organização arquitectónica fundamental* do encéfalo sem a qual não é possível erguer o *edifício funcional da Personalidade* nem encarar a sua situação no ambiente sem o risco de uma diluição insignificativa das interacções entre dados não diferenciados nem caracterizados em si mesmo (como em muitos casos acontece com certas teorias modernas da comunicação e interacção).

O cérebro parece, por vezes ter sido «esquecido» pelos psicólogos e psiquiatras. Alguns falam de vida mental e suas bases — dito numa bondade que fez carreira como se o crâneo estivesse apenas «cheio de algodão em rama»...

A Psiquiatria de Kleist reforça-nos contra tais correntes — a necessidade de não perder de vista o *fundo somato-biológico* de todo o acontecer psíquico e psico-social.

Doutro modo, perder-se-ia uma sólida orientação no caminho para uma ciência objectiva, para uma *psiquiatria médica*, definida em termos reais e humanos — que não esqueça a sua funda natureza bio-anropológica.

Quando em 1950 nesta Academia, Kleist dizia «... Como todas as outras ciências médicas, a Psiquiatria pertence às ciências da Natureza, porque as funções e perturbações mentais referem-se a estruturas anatómicas e a processos fisiológicos de carácter orgânico. Neste sentido são elas mesmo manifestações biológicas. Mas a Psiquiatria tem como Janus, «uma cabeça com duas faces. Vira a sua outra face para as ciências do espírito e aí reside a sua posição tão especial entre as ciências médicas e naturais. Esta posição exige também daqueles que a cultivam uma educação psicológica e permite-lhes perspectivas

na filosofia, e nos problemas sociais. Desta maneira a Psiquiatria torna-se também uma parte das ciências do espírito».

Acrescenta Kleist: O médico e o psiquiatra que pensam em termos de «causalidade» estão colocados em face de fenómenos psíquicos com a sua ordem, *intencionalidade e significação dos valores*, como se tratasse de um mundo estranho que entretanto com boas razões, defende a sua *autonomia* sem excluir a *dependência* relativa. Afirmou-se muitas vezes a impossibilidade de reunir os dois «reinos» do espírito e da natureza e considerou-se a questão das suas relações como um problema insolúvel «metafísico». Crê no entanto, que o mundo não existe para ficar eternamente dividido em duas partes. O Psiquiatra tem necessidade, para o seu ofício, de fazer justiça e estas duas partes e poderia contribuir mais que os outros investigadores da Medicina e da Natureza para a solução destes problemas. Entretanto o mundo no seu conjunto, não é apenas matéria nem apenas espírito e as suas relações não podem ser compreendidas nem exclusivamente em termos de causalidade, nem em termos de finalidade, continua Kleist. A unificação desta contradição não será possível senão num outro nível de ordem superior.

Com este fim a ciência da natureza já mostrou um caminho desde que a física, no seu próprio domínio tinha esbarrado com problemas que pareciam insolúveis. Se a física atómica descreve o mesmo processo quer como um movimento de corpúsculos, quer como um movimento ondulatório e não vê aí nenhuma contradição, mas duas maneiras de ver que se completam, poderíamos encará-lo como um modelo para os problemas psíco-físicos. Poderemos assim esperar que as funções psíquicas e corporais, as relações causais e finais não devem ser mais consideradas como inconciliáveis, mas como pontos de vista diferentes e legítimos da mesma «unidade superior».

Não é possível historiar agora a discussão crítica destes e outros *problemas epistemológicos* — se esta unidade que Kleist propõe pode corresponder ao *Uno* platoniano de António Sérgio ou é apenas uma referência à forma moderna (3.º Mundo do conhecimento objectivo) que K. Popper deu ao espírito objectivo de Hegel e que Eccles tentou relacionar com a experiência neurofisiológica. E toda uma vastíssima problemática envolvendo a *filosofia* sem a qual as ciências se podem perder em dados insignificativos e desligados do conjunto do saber*.

* Após estas reflexões gerais do desenvolvimento histórico da psiquiatria biológica, o espaço já não permite uma exposição mais pormenorizada e actua-

12. Relance sobre as psicoterapias

A «cura pelo espírito» poderia parecer estar fora da *história das ciências*. Muito mais pertenceria à cultura das religiões ou da «medicina popular». O conceito de «*Psique-iatria*» contém porém em si a ajuda médica à *Mente dos enfermos*. Desde a mais remota antigui-

lizada — em face de tão célere progresso que mal é compatível com qualquer espécie de historiar. Apenas algumas referências a investigações portuguesas mais relevantes, pedindo desculpa aos não citados pela omissão, não significativa de desvalor nem de desinteresse. As muitas *Revistas* da especialidade atestam a intensidade do trabalho em curso (na sequência dos Anais Portugueses da Psiquiatria): Acta psychiatrica portuguesa, Revista da Psiquiatria (Hospital de Júlio de Matos), Revista de Psiquiatria (do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina do Porto), Revista de Psiquiatria Clínica, Revista de Psicoterapias breves, etc. ...

A *Neurofisiologia* entronca directamente na matéria deste capítulo. Citemos a obra original de J. Simões da Fonseca, sócio desta Academia e Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Clássica de Lisboa, trabalhando no *Laboratório de Psicologia e Psico-fisiologia* por ele fundado (são seus colaboradores principais M. Luiza Figueira, José Mira, J. Barahona da Fonseca, Isabel Barahona da Fonseca, Maria Teresa Gil, Purificação Horta *et all*).

Trata-se de um conjunto já extenso de investigadores no campo experimental, iniciado em 1960, e em intensa laboração. Trabalha-se em conjunto com a Clínica Psiquiátrica com o seguinte projecto:

Usando um modelo probabilístico que generaliza a *teorização de Piaget* sobre as transformações das funções lógicas, caracterizou-se e simulou-se em computador o comportamento de doentes com *esquizofrenia paranóide*. Os resultados deduzidos a partir do modelo teórico não se distinguiram significativamente das observações empíricas feitas num grupo de doentes.

Este trabalho foi publicado em 1978 nos *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* e foi escolhido em 1979 como um dos «artigos do ano pela Revista «*Psychiatric News*», dos Estados Unidos da América. Depois disso, Simões da Fonseca e seus colaboradores generalizaram a teorização dos comportamentos e das *comunicações proposicionais em grupos sociais* e novamente foi possível encontrar indicadores característicos dos principais grupos diagnósticos em Psiquiatria Clínica.

Concluída esta primeira fase do estudo dos indicadores cerebrais de estados cognitivos, nomeadamente de imaginações desligadas de estímulos sensoriais imediatos, continuaram-se os estudos sobre processos cognitivos nas depressões e nas neuroses.

Obtiveram-se distinções significativas em observações electroencefálicas de «potenciais evocados» e outras entre *estados cognitivos diferentes* em indivíduos normais e sujeitos que sofriam de esquizofrenia paranóide.

dade, que o tratamento dos que sofrem utiliza métodos psicológicos e «morais», ligados a ideias sobre a mente humana e que agem mediante a *relação comunicativa* da Pessoa de quem trata e da Pessoa dos que sofrem.

Apesar das concepções naturalistas em que assentava a medicina hipocrática, as actividades psicológicas eram tidas em linha de conta

A metodologia usada baseia-se nas técnicas da Engenharia da Comunicação e foi desenvolvida em Lisboa com a colaboração de um grupo multidisciplinar de psiquiatras, psicólogos, engenheiros e físicos portugueses e espanhóis.

Recentemente foi concluído um modelo de *formação de sintomas* a partir de uma generalização da *teoria da aprendizagem*, a qual fez recurso à ideia de um sistema proporcional de reforços imaginados. Estes dados permitiram a superação diagnóstica convencional, também neste caso em validação cruzada dos diagnósticos feitos através da informação clínica e em completa independência dela.

Como *exemplo da produtividade* desta orientação, cite-se a Tese de M. Luiza Figueira, sobre relações *interpessoais* na esquizofrenia paranóide, trabalho experimental na mesma base teórica.

No *Centro de Estudos Egas Moniz* (inicialmente ligado também à psiquiatria biológica) funciona, além das secções específicas da neurologia (Comunicação de Castro Caldas); um *Laboratório de Sono*; com grande interesse psiquiátrico (avaliação de fármacos hipnóticos, etc.).

Apoiado na psicofisiologia *reflexológica* e nas teorias da *aprendizagem*, também com base experimental, tem tomado relevância progressiva a *investigação comportamentalista* (e em especial as respectivas terapêuticas).

Destaca-se neste sentido o *grupo de investigação de Coimbra*, criado e dirigido pelo Prof. A. Vaz Serra e seus colaboradores, Pio Abreu, Allen Gomes *et al*); mais no ponto de vista psicoterápico, assinala-se, além de outras, a Consulta do Hospital Júlio de Matos de terapias comportamentais (Dr. Afonso de Albuquerque).

Faz-se o voto pela instalação de novos Laboratórios de Psicofisiologia e do desenvolvimento dos já existentes, em especial ligados a novas Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa, Porto e Coimbra.

Outra faceta da investigação psicológico-psiquiátrica de base biológica é a da *Ecologia*: tivemos contactos directos com o Instituto de K. Lorenz (Seewiesen, Bavière) e o nosso colaborador A. Bracinha Vieira fez sobre o tema a sua Tese e outros trabalhos v.g. (anorexia mental) e rege actualmente um curso de *Etologia humana* na Faculdade de Antropologia da Universidade Nova de Lisboa.

A. Bracinha Vieira escreveu o volume *«Etologia e Ciências humanas»*, Lisboa 1983. É uma exposição sistemática de variados estudos (v. Bibliog.) considerada a *Étologia objectivista*, aplicável ao Homem, análise da agressão, relação médico-doente, análise da linguagem como sentido dialéctico do gesto e da palavra. Propõe um *modelo etológico de psicopatologia* o qual foi também divulgado em revistas noutros países. Procura-se uma base naturalística da sindromologia, de modo a encontrar ao mesmo tempo explicação e compreensi-

e obedeciam a preceitos normativos que ainda hoje são vigentes, ligadas à Deontologia e à Ética da profissão (o tradicional «Juramento de Hipócrates»).

Nestes breves apontamentos mais não é possível do que esboçar algumas reflexões críticas na base da nossa experiência.

Entre o «magnetismo animal» do século XVIII («mesmerismo») que o português Abade de Faria já acertadamente interpretou como «psicológico» — até ao hipnotismo de Liebau, Bernheim e Charcot, o também de Binet e Freud, até às técnicas actuais de psicoterapia grupal e familiar que grassam na actualidade — há toda uma complexa teia de laicismo, mistificação e mitologias superadas pelos esforços de psicologização científica de grande interesse médico e cultural com êxitos e decepções as mais variadas. Os progressos da «psiquiatria biológica» tem vindo periodicamente a limitar algumas práticas psicoterápicas razoáveis e recomendáveis, a ponto do recentemente, o prestígio dos exames laboratoriais de toda a sorte (e as múltiplas técnicas de «imagiologia»*, levarem a esquecer os efeitos terapêuticos posi-

bilidade, vistos num ângulo neo-jacksoniano da dissolução de funções; propõe o constructo do «inconsciente-socio-etológico» de onde emergem os comportamentos psicóticos.

Sem ser completo, registre-se ainda a mais antiga concepção biológica da psiquiatria — *heredo-genética*, defendida veementemente pelos grandes clínicos do começo do século (Cap. IV) de que actualmente é representante maior A. Fernandes da Fonseca e a sua brilhante escola no Porto, Palha, Mota Cardoso, *et al*. Para esse tema herança das perturbações afectivas e a bibliografia em geral recomenda-se a sua obra *Psiquiatria e Psicopatologia* (Fundação Calouste Gulbenkian) F. da Fonseca foi discípulo de Slater em Londres, que trabalhou no Instituto de Investigação Genética de Kaiser Wilhelm Gesellschaft zur Förderung de Wissenschaften (hoje Max Planck) Instituto onde se destacam em especial com Luxemburger, cujas técnicas de pesquisa também praticamos *in loco* (1936).

Não insistiremos na evolução que se deu desde as doutrinas das constituições (tomadas em parte como hereditárias) até às actuais investigações genético-moleculares e todo o interesse do estudo morfológico e geoquímico dos cromossomas, etc.

Historicamente já referimos a luta das propensões «herdadas» com as «adquiridas» e suas contaminações ideológico-políticas, neste ponto agudamente polemizantes. Ainda hoje certos sócio-psicoterapeutas se mostram renitentes a aceitar a relevância dos factores genéticos.

* Claro que os temores hipocondríacos, por um lado, e o afã do modernismo tecnológico por outro, conduzem a excessos: por ex., de repetir sem necessidade os TACS (Tomografia Axial Computorizada) em casos evidentes de reacções psicogénicas, curáveis com a medicação e apoio psicológico tradicional.

tivos, e em certos casos negativos, pelo contrário, (iatrogéneos) determinados pela *acção pessoal do clínico sobre o seu cliente*, tanto pela *palavra* como pelas *meras atitudes de melhor* (ou pior) compreensão dos problemas do sofrimento e da situação pessoal dos «dolentes» — dos que sofrem e apelam para o auxílio médico.

Nós próprio já temos aludido a um certo risco de «des-humanização tecnocrática» das práxis clínicas aliadas à «burocratização» das consultas em série ou em grupo, nas quais o papel do médico quase se limita, por vezes, a escrever receitas medicamentosas e requisições de laboratório, quando na *realidade «antropológica» que cabe à Medicina*, a missão decisiva é a do «diagnóstico» (como já mostramos) e, nessa base de orientação, de todas as acções e escolha selectiva das terapêuticas mesmo que executadas por outros membros da equipa (enfermeiros, técnicos de reabilitação, etc.)*.

Por outro lado ainda, mesmo em ambientes tidos por «desenvolvidos» há também o risco de aliciação de doentes crónicos ou desiludidos das organizações oficiais (e privadas) de Saúde, sucumbiram a sugestões e pressões de leigos (desde os bem ou mal intencionados, interessados e explorados) em favor de credices de toda a sorte**.

Os esforços dos psiquiatras actuais (v. adiante) em prol da *Saúde* tendem para a «Psiquiatria de ligação». Procura-se do «clínico geral» e dos «médicos de família» participação em atitudes de *compreensão psicológica* e mesmo de práticas psicoterapêuticas viáveis nas situações clínicas comuns. Realizam-se com vantagem Colóquios e reuniões de divulgação de toda a sorte, sem que se tenha encontrado a melhor solução — pois brotam os escritos inaplacáveis à práxis comum de tom psicanalítico e outros em jornais não especializados, para leitores que não estão em condições de os entenderem. Os colegas mais diligentes consultam a literatura, na qual ficarão porventura desorientados pela

* Não é aqui o lugar (v.g. de voltar a precisar o papel dos *psicólogos clínicos* a quem podem caber acções psicoterapêuticas especializadas, v.g. comportamentais e outros) mas sempre na base de um diagnóstico médico prévio e orientação «antropocientífica» global, acordada pelo conjunto da equipa.

** É significativo e pasmoso como no século XX, diante de edifícios como a Faculdade de Medicina de Lisboa, fundada em 1911, e em torno da estátua do celeberrimo clínico Sousa Martins, se amontoam, como na aldeia mais atrasada, as dádivas ao «Dr. milagreiro» e se lhe preste «culto» para-religioso mais ou menos comercializado! É espantoso! ...

multiplicidade de métodos psicoterápicos (o tratado de Corsini desenvolve 70 técnicas diferentes!).

Nestas circunstâncias tantas vezes ambíguas têm-se esforçado os docentes das Faculdades de Medicina por orientar os alunos nas práticas efectivamente exercidas sob contróle científico, embora diversificadas nos diferentes grupos de trabalho.

— Visto o *movimento psicoterápico* no seu conjunto, regista-se — depois da vaga psicanalítica, afinal de indicações limitadas na psiquiatria clínica e ainda não suficientemente testados objectivamente — deu-se, entre outras, a emergência cada vez mais intensa, das *técnicas comportamentais* e dos métodos ditos *humanistas*. E, muito em especial, dos *métodos psico-sociológicos da chamada psiquiatria comunitária*. (V. adiante).

A necessidade de abreviar este texto deixa estes múltiplos problemas sem discussão complementar de que, correlativamente, já foi dito em outros capítulos e será reatado na 3.^a parte.

Na perspectiva «histórico-auto-biográfica» (e aceitando a sua crítica de princípio) apraz-nos recordar a aprendizagem que nos foi dado ir tecendo em seis décadas de contacto com doentes de todas as classes e ambientes. A acção «centrada sobre o doente» (décadas antes de Rogers) brotou espontaneamente do exemplo de um tradicional «João Semana» do Bairro de Campo de Ourique em Lisboa, meu pai, António Fernandes, médico naval, depois clínico geral que trabalhava no consultório com Egas Moniz desde 1911, usando métodos sugestivos (tipo Charcot) nas frequentes histerias da época, apoiados em aparelhagem electro-estática e em injeções de cacodilatos, bromídias, valeriana, etc.

Auferi, depois das suas aliciantes aulas, e depois de 1930, como assistente de Mestre Sobral Cid, os seus ensinamentos no Manicómio Bombarda, onde, apesar das graves pechas da assistência «asilar» fechada, havia «ilhas» (incluindo a consulta externa e os célebres «banhos públicos») de *humana compreensão* para a Pessoa e o sofrimento dos doentes. No meu estágio na Alemanha (34-36) acompanhei de perto, a «visita diária» de homens como Kleist, Kurt Schneider, Bonhoeffer e outros, que, embora avessos ao freudalismo, manifestavam a grandeza das suas personalidades no trato afectuoso e eco-compreensivo dos doentes e na prática da ergoterapia e criação de ambientes humanamente mais afáveis e acolhedores.

Como técnico especializado, aprendi o «relaxamento» progressivo de H. J. Schultz que ainda hoje continuo a cultivar. Decisiva foi a

«lição» das inovações do início do Hospital Júlio de Matos, aberta a todas as experiências como já referi (Cap. VII). Recordo de novo o Dr. João dos Santos (que antes de psicoterapeuta foi professor de ginástica educativa) e ainda de Seabra Diniz, divulgador crítico da psicanálise em evolução no país e praticante da reflexologia pavloviana, Navarro Soeiro, Nunes da Costa, Almada Araújo e outros da época inicial do Hospital e, mais tarde, em especial os esforços de C. Caldeira num ensaio de assistência comunitária, anulada nos anos 50 pela censura administrativa que veio a dominar e contagiar alguns médicos...

A psicoterapia «ecotímica» de «apoio» a toda a sorte de doentes foi, de começo, apoiada, além do ambiente ocupacional e humano adaptado pelos efeitos dos *métodos de choque*. O acordar dos comas insulínicos e dos cuidados corporais prestados aos doentes — ao retornarem, («suados e fatigados») o contacto com a realidade — prestava-se a novos *liames de comunicação pessoal* com os enfermeiros e os médicos. Durante a ocupação terapêutica recordo como também se avivavam as «interacções» e a relação terapêutica com os doentes — até autistas e catatónicos abstrusos, também com amplexos de convivência, enlaçando-os fraternalmente para os ajudar nos seus movimentos e caminhar, e também durante as actividades de jardinagem, limpezas, etc.). A hermenêutica então cultivada em diálogos breves e incisivos permitindo a pacificação de encontros e ligações pessoais com alguns delirantes e alucinados e outros doentes distantes, difíceis e negatistas. Era o começo daquilo que, nos anos 50, com o auxílio muito mais electivo dos psicofármacos, chamaríamos *transferência vital* e *fármaco-psico-socioterapia* — tornada possível pela atenuação da gravidade («mitigação») melhoras até ao desaparecimento de muitos sintomas psicóticos.

Íamos assim desenvolvendo uma psicoterapia chamada «de apoio», mas na realidade, muito mais penetrante e activa; claro, feita no «aqui e agora» sem rememorações intempestivas do passado, evitando o risco reconhecido pelos psicanalistas na esteira de Freud, de interpretações «selvagens» e consequentes recaídas.

Esta posição psicoterápica, também convergente, foi depois naturalmente afinada na Clínica privada e muito em especial na grata convivência com os psicoterapeutas «grupanalíticos» e outros na cooperação da Clínica Psiquiátrica do Hospital de Santa Maria. Recordo com gratidão os apoios dados, em variados aspectos, entre outros,

por Orlando Silva Santos, José Barata, E. Cortesão, França de Sousa, Medina, Simões da Fonseca, Guilherme Ferreira, Bracinha Vieira, Silveira Nunes, César Diniz, etc. ...

Estes *encontros dialécticos*, conflituais mesmo, mostraram-se muito frutuozos exactamente pela posição da contradita teórica em que nos colocamos e cultivamos com especial interesse. (Consideramos o maior elogio recebido na nossa actividade o de preferirmos a convivência clínica com aqueles com quem não concordámos). Assim se desenvolveu a dialéctica — construtiva do nosso *ponto de vista «convergente» integrativo*. Esta posição estimulou-nos muito na formulação original e autónoma (e contestada aliás por alguns dos nossos cooperantes) dos conceitos, por exemplo, da já referida *transferência vital* — motivada pela alteração endotímica e hormotímica mais do que pelos mecanismos psico-dinâmicos da relação, porquanto brota no decurso de dias após o começo de uma farmacoterapia e não se lograva fora desses efeitos biológicos. De forma semelhante, o conceito de *fármaco-psicoterapia*, os efeitos curativos psicológicos alcançados nessa nova base de acção (ineficazes antes da mudança do fundo «vital»). Sem nos podermos alargar citamos ainda a noção de «sintonização regressiva» causada pela leucotomia, abrindo a porta do negativismo e autismo aos efeitos de aprendizagem terapêutica e muitos outros, etc., culminando na ideia da «superação humana do Homem perturbado» no plano da Pessoa cultural (o ser espiritual pessoal).

Com outros colegas não freudeanos tivemos a mais grata oportunidade de dialogar criticamente sobre o tema, na época de uma voga epocal da reflexologia pavloviana e as posições marxistas face às psicoterapias (Seabra Diniz, Medina, etc.).

No Hospital de Dia do Hospital de Santa Maria acompanhamos o trabalho de «grupo terapêutico», discutimos em especial com França de Sousa, Graça Cardoso, Daniel Sampaio, etc., os aspectos clínicos, relacionais e comportamentais, sem nos obrigar ao «treino lectivo» que então se divulgou entre os participantes. Nas *reuniões clínicas semanais* confrontavam-se, de forma profundamente lectiva, as posições fenomenológicas e «clínicas» clássicas e o modelo do A. com as opiniões dinâmicas e comportamentalistas*.

* Regista-se, com interesse, o uso de técnicas psicoterápicas nas afecções psicossomáticas. E até nas orgânicas teve certa voga na tuberculose e é muito importante nas afecções circulatórias, digestivas e neuro-sexuais. Até na SIDA,

Entretanto, pelos anos 60-80, os psicanalistas continuaram as suas tarefas de forma autónoma e sem participação dos «críticos» nas suas reuniões societárias e privadas.

De forma independente, E. Cortesão, discípulo de Foulkes em Londres, criou o seu grupo próprio em Lisboa, treinando os seus colaboradores no que justificadamente acentuou dever chamar-se «grupanálise» e acaba de publicar a primeira obra em português sobre o tema («*Grupanálise, Doutrina e prática*. Manuais Universitários da Fundação Gulbenkian 1989). Apesar do próprio E. Cortesão ter sido psicanalisado ortodoxamente e pertencer como tal à respectiva sociedade, a sua doutrina e respectiva sociedade independente entrou em conflito conceptual com a outra, de feição freudiana.

A grupanálise, graças aos trabalhos de E. Cortesão, C. Dinis, D. Neto, F. M. Franco, Caldas de Almeida, H. Rodrigues da Silva, tem tido difusão em algumas instituições (Clínica Psiquiátrica da Universidade Nova de Lisboa) e certos sectores da práxis psiquiátrica. Mais recentemente, têm brotado múltiplos grupos cultivando de forma isolada, *outras tendências psicoterapêuticas* (ditas centradas sobre o cliente ou não directivas de Rogers, «antropoanalíticas», psicoterapias breves de vários tipos, etc.

No ângulo histórico, não nos consta que os seguidores de Adler e de Jung tenham feito carreiras comparáveis entre nós, embora tenham tido apreciável influência na formação geral de muitos psiquiatras e também em ambientes culturais. Este último aspecto é patente em relação ao «freudalismo» que veio a ter forte repercussão literária. Algo de semelhante se deu posteriormente com as correntes existenciais (sobretudo escritores com queda fenomenológica e hermenêutica).

A hipnose teve a sua voga nas primeiras duas décadas do século, mais tarde com o apoio dos narcóticos («narcoanálise» e «narco-síntese»), e das psicoterapias nelas inspiradas, serviram-se de outros meios biológicos (inalação de O₂, N₂). P. Polónio, choque acetilcolínico* em parte

experiência de Nuno Félix da Costa, S. Onakinin, L. Ferreira (*Acta Médica Portuguesa*, 1989).

* Que praticamos em obsessivos, ansiosos e estados de pânico, «treinando-os a suportar a sua ansiedade». Foi uma situação que sem o apoio da clínica se mostrou espectacular e que nos sugeriu a noção de «transferência vital». A partir desta, podiam-se seguir diferentes técnicas conforme a estrutura e situação do doente.

para efeitos sugestivos-hipnóticos. Mais difusão têm tido as técnicas de relação, muito usadas na psico-somática e praticadas por não psiquiatras, bem com o «Yoga, acupunctura, digitopunctura», etc. em geral de aplicação extra-médica não controlada cientificamente.

Sem outras indicações, merecem desde já ser criticados alguns excessos de certos clínicos e a rejeição do diagnóstico de certos psicoterapeutas não só dos anti-psiquiatras. A difusão do *Manual Diagnóstico e Estatístico* da Associação norte-americana, veio reforçar, como se disse, a tradição «descritiva» e a relevância da «clínica» diagnóstica, que honestamente se não pode rejeitar.

Outro mais próximo colaborador nosso, o malogrado Carlos Caldeira, inspirado em M. Jones e depois em O. Rogers, organizou *grupos comunitários* na Clínica Universitária de Homens do Hospital Júlio de Matos e num pavilhão de doentes de evolução prolongada e ainda no Bairro da Boavista. Apesar de grandes dificuldades, teve êxito, até que a iniciativa foi cortada cerce como outras, de autonomia ocupacional, dentro do Hospital pelos motivos autocráticos já referidos, na fase administrativa sem Direcção médica.

A visão criativa de Caldeira e seus colaboradores constituiu-se num grupo de estudos e acção a que se chamou a «Antropoanálise» que tem prosseguido os seus esforços.

Maior amplitude, continuidade e estabilidade, teve a iniciativa original de A. Vaz Serra, Professor da Universidade de Coimbra, de adoptar a *doutrina comportamentalista* e praticar e ensinar (também na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação) a *psicoterapia comportamental* mais recentemente também com feição *cognitivista* em grande desenvolvimento actual. Não é necessário relevar o interesse científico destes movimentos pragmáticos.

A Eurico de Figueiredo, Professor do Instituto de Bio-médica da Universidade do Porto, psicanalista formado na Suíça, devem-se recentemente iniciativas de investigação psiquiátrica e actividades psicoterápicas prometedoras na linha das instituições de Lausanne.

O nome de Azevedo Fernandes, no Hospital do Conde de Ferreira no Porto, deve historicamente ser relevado, pelo seu persistente trabalho de ensino e prática de técnicas originariamente ligadas à metodologia multidimensional de E. Kretschmer, cujo centenário foi justamente celebrado naquele Hospital em 1988. Azevedo Fernandes divulgou e praticou também as técnicas de outros autores alemães.

Penitenciando-nos pelas omissões, cabe-nos lembrar o grupo já citado de Gomes de Araújo, hoje animado por Guimarães Lopes, pelo cultivo dos «progressos de psicoterapia» e psicopatologia alemã com colaboração de nomes conhecidos da literatura*.

13. O movimento bio-psico-sócio-cultural da Prevenção e da Saúde Mental

No século XX a noção de *prevenção* tende a dominar em toda a Medicina. Apesar das dificuldades e insuficiências dos conhecimentos etiológicos seguramente demonstráveis, também a Psiquiatria se lançou nesses objectivos de *prevenção da doença* e do melhor *desenvolvimento da personalidade* — de um *Homem menos perturbável e menos perturbado* — tanto biológica como, muito em especial, psicológica e socialmente. E também, na fase em devir da evolução das ciências, no ângulo sociológico e cultural. O seu fito primordial seria uma *Antropo-saúde* não só pessoal, como familiar e social, mas ainda também ético-cultural.

Já em 1931 nos lançamos na «Análise bio-psicológica da individualidade de Higiene e Ortogenesis». Na época prevalecia o conceito de *Higiene*: a «profilaxia», que tão evtraordinários resultados teve na prevenção das pestilências; persistia a noção constitucionista da raiz genética, visando a *prevenção hereditária*. Os conceitos mudaram, mas a *genética* renasce actualmente em força sob outras formas (genética molecular, etc.) e a noção do carácter constituinte do Homem é decisiva na sua evolução, sujeita à dialéctica genético-ambiental (epigenética e fenogenética). No pós II Guerra Mundial propogandeou-se a «*higiene mental* no entendimento dos povos», esperando vencer a crise dos conflitos post-bélicos. Perguntamos então: *a higiene mental nova utopia ou via eficiente do aperfeiçoamento humano?* As esperanças quase de «salvação» do I Congresso Internacional de Saúde Mental em Londres (1949) tiveram eco em Portugal — fundando-se a *Sociedade Portuguesa de Higiene Mental* com o objectivo de esclarecer a população e estimular as realizações sanitárias de prevenção, atribuídas na época aos *Dispensários de Saúde Mental*, separados funcionalmente dos Hospitais Psi-

* Além desses a *Logoterapia* de Viktor Franck teve certa voga como atitude *nootrópica* e mais recentemente a tentativa de síntese psicanalítica — existencial de Wys, propugnada por Azevedo Fernandes, etc.

quiátricos. A sua acção acabou por ser mais terapêutica de «prevenção secundária» (diagnósticos precoces cortando as evoluções malignas da doença) e prevenção terciária (recuperação social dos doentes melhorados), do que especificamente de prevenção primária. O clima sócio-político do País, reprimindo as liberdades democráticas não foi porém favorável à expansão dessa campanha, suspeita de «Socialista-sociológica». Renasceu, porém, após o 25 de Abril de 1974 em múltiplas reuniões e Congressos na medida em que aumentavam as convicções da *necessidade de uma psiquiatria Social* e de um *Serviço Nacional de Saúde*.

Desta evolução histórica citemos alguns traços de um texto lido no *I Encontro Nacional: o Ambulatório em Saúde Mental* (Setúbal, 1980) — em prol da realização autêntica de um Serviço Nacional de Saúde, no qual a Psiquiatria não seja apenas uma especialização restrita mas uma valência bio-psico-sócio-cultural com significado geral para o progresso individual e colectivo!

O vasto leque de trabalhadores da Saúde Mental (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros técnicos, evidencia a relevância destas perspectivas incidindo em todas as nossas actividades, desde a *prevenção* (recordemos) sempre: «*a Saúde Mental começa na infância!*) até à *recuperação comunitária*.

Começamos por recordar as recomendações da Conferência das Nações Unidas (que como, na época, Presidente da Associação Portuguesa de Cooperação com a ONU nos cabe divulgar e acentuar) sobre a «ciência e a técnica ao serviço da promoção da Saúde nos países em desenvolvimento, na qual se reconheceu a triste *situação sanitária* de milhões de pessoas sem acesso aos cuidados de saúde. Computados em 4/5 da população, vivem em especial nas áreas rurais e nas zonas degradadas das cidades. A atenção ao problema proposto pela *Organização Mundial de Saúde*, no seu Programa da «*Saúde para todos no Ano 2.000*» exige «medidas concretas para preencher o fosso entre as zonas armadas e as zonas desarmadas no ponto de vista sanitário», de modo a assegurar os irrecusáveis *cuidados primários* de saúde em coordenação com os sectores sócio-económicos envolvidos — com o fim de promover a saúde geral — condição indispensável à subida da «qualidade de vida» (de que tanto se fala actualmente) — tanto dos indivíduos, famílias e colectividades, como das possibilidades do desenvolvimento social e económico global.

As recomendações da OMS insistem: 1) na *mobilização e informação de todos* (a partir do íntimo das famílias) para compreenderem o problema e participarem nessa obra colectiva (desde a sua planificação até à aplicação e gestão); 2) *preparar pessoal e meios técnicos* adequados; 3) *mudar*, se for necessário, de modo radical, o próprio *sistema de saúde*, humanizando as actividades inter-sectoriais para promover os cuidados primários de saúde tidos como objectivo n.º 1; 4) implicar nessa transformação as «reorientações políticas e técnicas» necessárias, tanto no plano nacional como internacional; 5) tomada de consciência de que não basta o apoio formal das autoridades; exige-se uma «re-orientação» das estratégias nacionais do *desenvolvimento sanitário*; 6) e uma congregação de esforços; 7) apoiado no aumento substancial das verbas destinadas à Saúde.

Trata-se pois de «política» no estrito sentido do termo — de *Política da Saúde* e de *Política da educação e da cultura* que a ela estão ligadas.

Noutras ocasiões, temos falado, a propósito da «saúde democrática». Sem insistir, lembramos a exigência da saúde (também psicológica e «cultural»!) dos próprios trabalhadores da Saúde — de todos nós. No dizer de Bonnaffé — devemo-nos tornar verdadeiramente «desalienistas». O grande problema pessoal está aqui — o trânsito histórico da era da mera segregação dos «alienados» (e por extensão dos «alienistas», eles mesmos ...) para a harmonização dialéctica da desordem das perturbações da doença, para a reorganização da ordem, para o equilíbrio — para aquela *adaptação e realização do próprio*, dos *grupos* e da *sociedade* que constituem essencialmente a *Súde*.

Poder-se-ia pensar que nesta ânsia de perfectibilidade e de desenvolvimento algo há de «fantasia» desiderativa — uma espécie de «delirar», (em sentido psicológico) que se possa aproximar daquele modo «sublimado» que se procura realizar nos mais altos níveis da nossa Pessoa cultural, (transcendendo os meros interesses e valências individuais) e se pode chamar um «delirar criativo» feito com inteligência e afecto — do passado, no presente, para o *futuro* — em prol da saúde, da melhor harmonia, adequação e qualidade do existir humano.

— O que se disse vale para os problemas sanitários gerais. Não se devendo dissociar deles (a organização da Saúde mental pertence à *Saúde pública*) a Saúde mental tem, no entanto, uma certa especificidade pela focagem especial da *personalidade* e suas *relações sócio-histórico-culturais* a que corresponde a exigência de formação especializada dos técnicos — sem esquecer a cooperação com os outros

ramos de actividade nem com toda a promoção da Saúde; pressupõe a compreensão e prática de uma «Medicina Humana» personalizada e re-socializada — efectiva no real da práxis pela *humanização das Ciências* — e também ela mesma «humanizada» à *medida da natureza*, e da essencialidade das necessidades e propósitos culturais do ser humano.

Relembramos que todo este movimento começou no século das luzes, pela luta da «razão» contra aqueles que se cria serem os «sem razão». O «grande encerramento» de que fala Foucault esteve, em nosso entender, na origem de muitas dificuldades que ainda hoje persistem. Recorda-se como, no final do século XVIII, se começaram a «recolher», a «encerrar», a «internar» em estabelecimentos especiais os mais diversos tipos de *indivíduos doentes perturbados* sobretudo os tidos por «perturbadores» à mistura com verdadeiros doentes mentais, muitos «psicopatas» mais ou menos associiais, dissociais e anti-sociais, alcoólicos, criminosos, vagabundos, — toda a sorte dos que hoje se chamam «marginais». Só mais tarde os *grandes médicos* que foram Pinel e Esquirol encetaram o estudo clínico e a destriça «diagnóstica» das diversas formas de perturbação humana — um processo difícil que ainda actualmente não logrou solução satisfatória (veja-se a nova Revisão das Classificações Internacionais).

A campanha pela saúde deve assentar numa base de conhecimento e prática clínica a mais rigorosa e objectiva possível — como sempre temos insistido no ensino. Não ignoramos que o *agir* vai aqui porventura à frente do *saber*, impelido pelo empuxo de sentimentos humanitários e fraternais. A verificação da experiência adquirida e a sua ulterior correcção são uma regra científica irrecusável, sempre a respeitar. Pensamos que certo «jogo» pseudo-cultural, muito em voga — a «anti Psiquiatria» não veio facilitar a melhor ajuda aos doentes da parte do público nem a cooperação tão necessária de toda a população no trabalho da Saúde mental. De todo esse movimento «negador» aproveita-se, no entanto, certamente (como em todo o processo de reorganização pós-desintegração...) aquilo que chamamos anti-má-psiquiatria — afinal a *correcção clínica humanizada* dos mais variados erros, por exemplo: cuidar de autênticos «doentes» como se fossem apenas «desviados» — ou ao invés — aplicar tratamentos incisivos em meras evoluções perturbadas da personalidade e muitas outras faltas do género (recusar, por princípio, os psicofármacos versus desprezar a psicoterapia) por falta do diagnóstico rigoroso, de indicações terapêu-

ticas fundamentadas, de intervenções preventivas pertinentes — em suma: à míngua de sageza, bom senso e são entendimento humano.

Esboçada a evolução histórica das «concepções teóricas» do problema esboçemos os diferentes modelos de Saúde Mental que se têm desenvolvido no curso da história da Psiquiatria: 1) No começo do século XIX persistia uma noção tradicional da «loucura» e dava-se relevo aos «sintomas» como se «doenças» fossem (o delírio, etc.), na base das *condutas sociais e pessoais desrazoáveis*, socialmente inaceitáveis, rejeitadas e reprimidas; tentavam-se tratamentos tradicionais ditos «empíricos» por não terem base científica verificável; impunham-se autoritariamente as medidas repressivas decretadas (pretextando a defesa social) pelo interesse das classes dominantes; 2) No final do século XIX, passou a prevalecer o «modelo médico organicista» das «doenças», já citado — o seu ideal era a bacteriologia, fundada na pesquisa laboratorial, na procura das causas determinantes das enfermidades que se visava tratar — individualmente na base do diagnóstico, por técnicas clínicas e de laboratório. *Dominavam então as ciências da natureza sobre as ciências humanas*, não se sabia atender à ligação social, não se considerava a ligação e relação inter-individuais das doenças. Predominava a noção de *Saúde pública*, prestigiada pelos êxitos na prevenção das pestilências e afecções contagiosas evitáveis; a sua aplicação à psiquiatria foi porém restrita, apesar da eficácia de algumas medidas, quando a etiologia somática era conhecida, (por ex. a prevenção do cretinismo endémico pela administração do iodo, da paralisia geral pelo tratamento precoce e evitamento do contágio da sífilis, a prevenção das avitaminoses, etc.). Nas toxifilias, o álcool, em primeiro lugar, embora a «causa» fosse conhecida, as condições sócio-culturais e económicas tinham tal relevância que a prevenção do tóxico não era eficaz sem a focagem das personalidades e suas «comunidades» e condições de vida (modelos 6 e seguintes); 3) Uma variedade peculiar deste modelo — também naturalista e determinista-causal — diz respeito aos aspectos «constitucionais» das doenças, acentuando a sua base hereditária e consequente prevenção «eugénica»; que nos anos 30-40 levou a excessos condenáveis (esterelização e eutanásia) mas há grandes variantes, desde a velha «teoria da degenerescência» dos «indesejáveis» cuja acção a sociedade eliminava de vários modos..., até à moderna *genética populacional*, implicando o «planeamento familiar» (já com consideração de aspectos sociais, familiares e éticos). 4) Na primeira metade do século XX brotou, por *influência humanista* das ciências

do Homem (psicologias, sociologia, etc.) e movimento de relevância dos factores pessoais considerando o *Doente* e não apenas a doença. Era aliás um velho *preceito hipocrático*, esquecido pela super-especialização e tecnologias naturalistas; foi a chamada «era clínica» do movimento da Saúde. Na prática médica cresceu depois a «psicossomática» (a inclusão da dimensão psicológica, das relações psico-fisiológicas no estudo e tratamento das doenças somáticas) e o maior desenvolvimento da psicoterapia. E, conseqüentemente, a atenção aos factores psicológicos do desenvolvimento da personalidade a partir da 1.^a infância na prevenção. Daí o começo do conhecido: 5) *movimento de higiene mental*, formulando novas concepções de prevenção (primária, secundária e terciária, etc.), de começo com fins utópicos e, a pouco e pouco focando problemas concretos de prevenção em especial na infância; 6) mais um passo — nas últimas décadas — foi a extensão em larga escala das ciências humanas à Medicina, em especial das *ciências sociais* cultivadas por especialistas *auxiliares da higiene e da clínica*. Deu-se assim a constituição da «Saúde pública» focada sobre os grupos e as comunidades — a noção de doença extensiva dos indivíduos para as famílias e grupos — em função de certos *factores sócio-económicos* e perturbações das *relações sociais*. Exigia-se, desse modo, para o tratamento e prevenção, a cooperação interdisciplinar de vários especialistas, congregando os seus esforços em «*intervenções comunitárias*» ou agindo pelas *técnicas preventivas médico-biológicas e educativas e psicológicas* junto das comunidades, focando o planeamento e integração das acções a executar. — É o grande movimento de *Saúde mental internacional* (inovado e impulsionado pela O.M.S.) apenas em começo entre nós, mas despertando cada vez maior interesse. A Psiquiatria mutava-se decididamente em «Saúde mental» saía dos hospitais — o papel do «ambulatório» das intervenções comunitárias tomava cada vez maior relevância. 7) Não insistirei nas diferentes acentuações técnico-científicas do modelo de Saúde pública — seja no sentido comportamentalista (tentando apreender os factores de aprendizagem, ausentes, falhados ou desviados, e sua correcção por técnicas comportamentais — seja no sentido mais *sociológico* (com intervenções familiares, grupais e outras) relevando de preferência as interacções pessoais, a comunicação, a interacção social, etc.). 8) O reforço dado à *investigação*, (epidemiologia!) como base de aplicação mais exacta das medidas sanitárias, está no uso de *técnicas objectivantes de registo e estudo dos acontecimentos biológicos, comportamentais e biográficos* e dos seus factores condicionantes;

a sua avaliação por escalas e outros técnicos e outras técnicas, usando métodos estatísticos de correcção entre os dados observáveis. E uma exigência cada vez mais premente para fundamentar as intervenções sobre as pessoas e os modos e qualidades de vida, sobre os agregados familiares, etc. 9) Na *Conferência de Alma-Ata*, promovida pela O.M.S., visou-se o progresso da Saúde até ao ano 2000, procurou-se definir uma nova «era da ciência da Saúde política».

Entre nós estamos ainda bem longe dessa fase evolutiva da Saúde generalizada e avançada que até um esboço do Serviço Nacional de Saúde foi posto em questão! Dessas novas aspirações apenas referiremos a noção de que a Saúde seria, em última análise, um problema político, de tal modo está ligada às *condições sócio-económico-culturais das populações* e ao *ambiente ecológico* em que estas vivem demasiado estranhas à «cultura sanitária» de cada povo. Tem de se atender ao desenvolvimento, modos de vida, técnicas de existência, valores e costumes. Esse novo projecto seria uma *experiência social total*, focando até, mais do que as comunidades doentes, o «ente político» e a sua peculiar psicologia e sociologia; o qual procurará estabelecer, para fundamentar as suas intervenções, os «índices» e «indicadores» sócio-económicos — menos da «doença» que do «*desenvolvimento da saúde*». A focagem far-se-á sobre o conjunto da população, com a intervenção de «equipas inter-sectoriais», utilizando ciências económicas, sociais e políticas — na sua aplicação à Saúde — na sua ligação com as ciências sanitárias.

Em Portugal só recentemente é que começou a ser possível encarar a possibilidade de uma perspectiva deste tipo que diríamos de «Saúde democrática», ligada à «Saúde humana geral» pela aplicação de múltiplas ciências, na sua humanização e socialização (as «antropociências», como noutra lugar propusemos) aplicadas à realidade da situação concreta e às suas circunstâncias, Claro que é necessário um estudo prévio da situação peculiar do nosso País e agir criticamente evitando os possíveis excessos de uma pretensa «higiocracia» pondo a Saúde à frente e acima de outros valores. 10) No livro de homenagem ao Dr. Arnaldo Sampaio desenvolvemos o nosso modelo de personalidade num *modelo genérico de Saúde*.

A necessidade de um modelo englobante desse tipo resulta da conflitiva e confusa problemática actual e das múltiplas antinomias, quando não erros e enganos em que se debatem os defensores das dife-

rentes correntes em luta: — fala-se de *prevenção* mas a atenção e a maioria dos custos da Saúde vão para as actividades curativas.

— Defende-se a *Personalização da Saúde* mas contaminam-na com uma rígida organização burocrática.

— Defende-se os *interesses da população* menos favorecida, mas, temendo a «socialização» facilitam-se, por outro lado, a «reprivatização da assistência» e efectivamente evitam-se a humanização da Medicina e da Saúde, extensas à totalidade da população.

— Enaltece-se a *liberdade da acção médica*, da escolha do clínico assistente, mas cada vez as enleiam mais em restrições economicistas e regulamentos rígidos, planeados por gestores autocráticos e partidarizados.

— Tantos que exibem a sua «democraticidade», acabam por se tornar *individualistas*, quando não defendem egoisticamente apenas os seus próprios interesses.

— São os mesmos que se vangloriam do progresso social e desenvolvimento económico, mas se mostram incapazes de moldar a sua acção pelo *bem comum* — a *Saúde de todos* e não apenas o tratamento de alguns.

Muitos propugnam os *grupos*, a *acção social e comunitária*, a *cooperação interdisciplinar* mas, na verdade, estão presos (ou querem regressar) à defesa da sua própria «corporação» meramente ordenadora e cooperadora.

— Mais. Num ângulo técnico: são as incongruências da redução de todas as *complexas modalidades ético-patogénicas, terapêuticas ou preventivas*, a uma única categoria: biológica/psicológica/sociológica/económica/cultural.

— Chegou a estar na moda «*desmedicalizar*» a *Saúde Mental*; não é contudo possível ignorar os factores bio-orgânicos de ordem genética, infecciosa, tóxica, os processos bio-químicos e neurofisiológicos encefélicos, etc. — não é mais possível negar as terapias psicofarmacológicas (eficazes nos casos indicados) quando aplicadas segundo as «regras da arte»; não é possível abstrair do ambiente ecológico urbanizado e industrializado ao lado do ambiente sócio-histórico-cultural.

— Como ligar, porém, de modo integrativo — este pluralismo e multiplicidade — tanto patogénica como terapêutica, como sanitária?

— A nossa proposta é a de um *modelo complexo* que englobe de modo organizado todos esses factores interligados à estrutura da *Personalidade em situação* da Personalidade doente no que concerne o tra-

tamento — da Personalidade em risco quanto à prevenção de Saúde (V. diagrama em *Revista Saúde Mental*, 31-32, 1979/80).

A posição prospectiva de Alma-Ata, da O.M.S., parecendo «revolucionária» não é uma mutação destrutiva-reconstrutiva, mas sim, consiste em princípio, adequar, mais realista e concretamente, os desejos dos técnicos às possibilidades sócio-económicas de cada país. Visa a melhoria dos países em desenvolvimento retardado, embora se possa dizer que o «sub-desenvolvimento» é, neste particular irregularmente distribuído, sempre relativo a cada país. Nas áreas menos evoluídas do interior (no nordeste de Portugal e outras) a rarefação dos meios sanitários é de tal arte que só a mobilidade de todos os recursos permitirá tornar realistas os esforços feitos — de modo a efectivar, em proveito de todos, as experiências e modelos ensaiados nas áreas urbanas.

— Não tem por isso a Saúde de ser em si mesma «política» — mas antes o que se requer é uma «sã» *Política de Saúde* — quer dizer que a própria democracia (ou tida por tal) não seja deturpada, não esteja ela mesmo «insana» (dissociada nas suas partes, incongruente nas suas atitudes, negando na prática o seu sentido humano e cultural).

Trata-se pois de instituir um modelo de Saúde mental aberto, apoiado em serviços psiquiátricos especializados (em hospitais gerais de preferência) e noutros serviços especiais, evitando a tendência exclusiva do «hospitalo-centrismo».

Essa «abertura» tem-se vindo a fazer lentamente e com extrema dificuldade. Foram primeiro as consultas externas do Hospital Miguel Bombarda e do Hospital Júlio de Matos, a seguir às *consultas de neuroses* (não apenas de neurologia com doentes psiquiátricos de permissão) em hospitais gerais (a 1.^a funcionou no Hospital de Santa Marta, no Serviço de Prof. Egas Moniz, 1948) e depois (1955) no Hospital de Santa Maria. Sabe-se por outro lado, como estas consultas não conseguem medrar em ambientes «psiquiatrizados» mesmo na fase florescente dos novos hospitais psiquiátricos. Só mais tarde se criaram os «Dispensários» e recentemente os *Centros de Saúde Mental* e outras organizações, ambulatórios da chamada «psiquiatria comunitária».

Na verdade, os esforços de «desalienação» são já antigos — mas durante muitos anos por falta de «ambiente» (de compreensão, de aceitação, de valores culturais adquiridos de «espírito objectivo sanitário» e por falta de condições sócio-económico-políticas), essa organização não ia muito além de «casos isolados» embora «exemplares»), sem poder ter real eficácia sobre o conjunto da população.

Cabe-nos porém uma reflexão crítica, evitando os excessos opostos — os possíveis inconvenientes de uma Saúde e Assistência que, opondo-se polarmente à visão hospitalo-cêntrica, se tornasse demasiado e difusamente «ambulatório-centrica» ou comunitariocêntrica que esquecesse ou escotomizasse o papel das hospitalizações e deixasse diluir as suas actividades, sem referências às estruturas médico-sanitárias gerais e aos centros de diagnóstico e tratamento que são os serviços psiquiátricos hospitalares especializados (laboratórios, etc.).

Não há que desenvolver agora o tema: «hospitalização» não é = a «internamento»; departamentos (ou mesmo hospitais) psiquiátricos não são = a «asilos» (ou, se quiserem, não o deveriam ser!).

Há Hospitais de Dia, de Noite, serviços de hospitalização completa, parcial em hospitais gerais, lares, residências, etc.

A experiência dos últimos anos evidencia o interesse de hospitalizações muito curtas (em certas casas de Saúde especializadas; 2-4 semanas) para tratamento intensivo, mudança de ambiente, repouso assistido, iniciação de novos elos psicoterápicos, preparação para novas actividades, mudanças de vida, etc.

Temos observado graves prejuízos (desde o suicídio a actos antisociais, recusas do tratamento, etc.) determinados pelo evitamento sistemático de hospitalização em casos em que estavam indicados. O preconceito «anti-hospitais psiquiátricos» é tão errado quanto o seu contrário.

Aliás uma curta hospitalização vale também como aprendizagem do doente e da família — das técnicas terapêuticas (até da tomada regrada de medicamentos) à regularidade dos modos de vida, atitudes perante a doença, de relações inter-pessoais, possibilidades de ocupação, etc.). É a 1.^a fase de um plano muito mais amplo e prolongado de terapia e recuperação, a realizar, numa 2.^a fase, de modo ambulatório.

A tão recomendada (pela O.M.S.) «Passagem dos cuidados de vigiância» e de «apoio hospitalar» para um «sistema de cuidados completos no quadro da colectividade» incluída em sectores específicos da população, pressupõe essa 1.^a fase institucional (V. Colóquio sobre Terapia Institucional — Curia, 1980).

A fase actual que nos cabe sublinhar, da acentuação dos cuidados na colectividade «psiquiatria comunitária» é, sem dúvida, ainda de mais difícil e de mais demorada realização.

Exige a melhoria da *educação familiar* e do público em geral bem como a melhor formação (de nível universitário) dos trabalhadores da Saúde Mental e a ajuda e compreensão alargada dos problemas por

organizações benévolas (de cooperação, etc.): deve focar, em especial, certos «grupos-alvos» e «em risco» carecentes de maiores atenções e necessidades (jovens, idosos, alcoólicos, dependentes, os doentes de SIDA, etc.) e fazê-lo num contexto familiar global. Claro que essa acção requer o aperfeiçoamento dos sistemas de informação para favorecer uma planificação racional das pesquisas clínicas e operacionais e de avaliação dos serviços e das suas transformações no decurso do tempo.

Só nesse quadro é viável a acção dos ambulatórios, focando como objectivos actualizados a formulação de «*políticas*» de Saúde adequadas a cada país e para cada região, promovendo esses cuidados e estendendo-os ao conjunto da colectividade, embora com especial incidência nos referidos «grupos-alvos» — entre nós — além das crianças — muito em particular os alcoólicos dependentes de tóxicos, jovens desempregados, idosos, reformados, etc.

O fim primacial proclamado — a *prevenção primária* das perturbações psíquicas e os respectivos programas de Saúde Mental ao nível da saúde primária exigirão os esforços de todos — dos técnicos, das autoridades, da própria população e suas organizações regionais especialmente escolares e autarquias locais. Numa palavra: que a Política sanitária seja uma autêntica *Antropo-política* — de Saúde — para a protecção e o melhor bem estar de toda a população.

14. Progressos e dificuldades portuguesas

Nos capítulos anteriores esboçamos uma visão pessoal da história das últimas décadas referente ao movimento intensíssimo da investigação mundial sobre a Psiquiatria*. Resumindo a situação, podem-se diferenciar aspectos positivos e aspectos negativos:

a) dos primeiros, é bem patente a *expansão* da Psiquiatria e a sua procura e muito melhor aceitação social, cresceu consideravelmente e o número de doentes em tratamento (em ambulatório e em parte nos estabelecimentos oficiais e privados), aumentou muito o número

* Aliás, em evolução ainda mal definida, a ponto de P. Pichot terminar a sua obra «Um século de Psiquiatria» (Ed. Roche). «Sujeita desde a origem às influências muitas vezes conflituosas de ideologias dificilmente conciliáveis e de quando em quando contraditórias (a Psiquiatria) continua, passado um século, em busca da sua identidade».

de *psiquiatras* e de *psicólogos clínicos* em actividade. É notória a difusão dos *psicofármacos* e os seus evidentes *benefícios terapêuticos* sobretudo nas psicoses. Correlativamente baixou notoriamente o tempo de hospitalização, cresceu o número de altas em estado de remissão da doença, em relação às admissões. Notável é também o que chamamos «mitigação» dos sintomas manifestos das psicoses, melhorados pelos efeitos fármaco-psico-sócio-dinâmicos**.

Com o alargamento do ensino universitário (no curso geral de Medicina: Curso de psicologia médica, psicopatologia, psiquiátrica clínica e Saúde Mental em 3 anos diferentes) e da aprendizagem dos internos, a preparação de concursos na Ordem dos Médicos para obtenção do título de especialista e nos Hospitais para ascensão na carreira, numerosos Colóquios e Simpósios, cresceu a «informação geral nas temáticas psiquiátricas e na prática clínica efectiva. Estimulados pelas exigências legais, cresceu o número das teses de doutoramento e trabalhos de mestrado e outros, incitando a investigações mais sistemáticas e metolologia mais actualizada.

b) Em contraste — como *aspectos negativos* podemos notar a *dispersão*, defeitos de *coordenação* dos esforços clínico-terapêuticos na organização dos serviços de hospitalização e ambulatórios, escolhas das chefias médicas por critérios administrativistas não integrados na ideia básica da Saúde e falta de propostas de um plano de conjunto por incongruências das instruções legais e de orientação das instâncias governativas, contaminadas por critérios políticos e ideológicos, falta de unidade e congruência de certas equipas (apesar das suas auto-aná-

*. Nas esquizofrenias é digno de nota a possibilidade de *condutas sociais ordenadas* e até adaptadas com persistência subjectiva de perturbações, embora atenuadas. Conhecemos muitos doentes trabalhando regularmente (até em profissões tais como, professores, técnicos de laboratório, escritório, etc.), apesar da persistência de certas actividades psicopatológicas interiores; mais flagrante é ainda o desaparecimento dos espectaculares sintomas catatónicos e hebefrénicos (desinibidos, etc.) e agitações violentas, impulsos agressivos perigosos. A *conjugação da ocupação regrada com os psicofármacos* e o *apoio pessoal e familiar* é decisiva e muito eficaz. O acréscimo considerável das perturbações da senescência (Estados de deterioração demencial e da personalidade), ensombra este panorama (dada a insuficiência do seu adequado tratamento). Dramática e anti-social é a SIDA, também com muitas perturbações psicopatológicas. Incrementaram-se, no entanto, muito os esforços para o seu apoio e assistência apesar do resultado problemático.

lises), pelos mesmos motivos e personalismos carreiristas e problemas pessoais e interpessoais não resolvidos (em prejuízo dos doentes cuidados nesses grupos).

Bem avaliadas, soma-selhes a ineficácia das pessoas envolvidas de *prevenção primária* louvavelmente iniciadas (a maior parte das vezes por iniciativas pessoais) e *falta de um plano de conjunto da campanha da Saúde Mental*. Indefinição do *Serviço Nacional de Saúde Mental* por motivos políticos partidários. Múltiplas tentativas de «desinstitucionalização» deformadas por excessos teórico-ideológicos — sem avaliação fundamentada das possibilidades existentes e futuras de *serviços alternativos para os hospitais*. Apesar de louváveis organizações de alguns Centros de Saúde, risco da fragmentação da sua acção por *mingudas interações e coordenação* com os *Centros Hospitalares* e respectivas instituições de formação de internos e progresso clínico e científico de todos os membros das equipas.

Limitação excessiva das *carreiras de investigadores* e sua continuação suficientemente apoiada; atracção não equilibrada pela clínica privada; carreirismo e proteccionismo de «grupo», interesses de marcada tinta ideofílica e influência personalista.

Instabilidade geral das *carreiras oficiais* de Saúde por desentendimento entre as instâncias oficiais (e sua errada doutrinação) e os interessados e suas organizações (Ordem dos Médicos, Chefias de Serviços, etc.). *Insuficiência* notória (além de apoios privados das indústrias farmacêuticas) *dos meios financeiros para investigações sistemáticas*, autónomas e livres. Também na área da pesquisa não aplicada às terapêuticas farmacológicas em ensaio, necessidade de avaliações sistemáticas dos resultados objectiváveis das psicoterapias. Perante este panorama *problemático, contraditório* e mesmo conflitual (ou será mais a mágoa do gerente, Autor destas linhas, a lamentar a não realização generalizada dos seus «sonhos» de progresso?) poderíamos hoje (1989) retomar as críticas que já em 1968 fazíamos na saborosa língua de Dante: «*non será per caso malata la psichiatria stessa*»*. E agora repetimos: não caberá aos psiquiatras resolver como técnicos que são de tais problemas — os conflitos que ensombram a sua organização de trabalho? prejudicando o próprio desenvolvimento das *Ciências* que cultivam?

* Neuropsychiatrie, Ed. Padovani, XXIV, 1968. *Actes luso-espanholas de Neurol. y Psiq.*, XXVIII, 1, p. 69 1), n.º 19, vol. VII.

3.ª PARTE

PELA EFECTIVA HUMANIZAÇÃO DAS CIÊNCIAS E DAS TÉCNICAS NA MEDICINA

15. Da «psicossomática» às antropologias médicas

O nosso relance histórico mostrou como periodicamente emergem clamores mais ou menos sinceros contra a excessiva «tecnificação» da Medicina e o efeito despersonalizante — «alienante» — das ciências in-humanamente aplicadas aos *Homens doentes* sem prévia valoração personalizada. Chega-se a proclamar a sua falência e negação em brotes polémicos, mais ou menos sinceros de variadas *Nemesis* — «anti-ciências», «antimedicina» — em especial, com certo relevo — a já referida «antipsiquiatria».

Por outro lado, são já tradicionais e mais ou menos sinceramente repetidas, as tentativas de *humanização da Medicina* — de a aproximar não só das disciplinas clássicas — as «humanidades» (quando não da filosofia e das ciências) mas ainda, juntar o saber científico e as belas artes, as letras... A solução estaria então numa renovação da *cultura humanística*... como lenitivo para a secura «coisificante» das tecnologias e das ciências experimentais, rigorosamente «objectivas» mensuráveis e controláveis.

Abriu-se assim a porta às irrupções fantasiosas da *subjectividade*, da *intuição*, dos desejos, da imaginação e emoções mais ou menos conscientes, — tantas vezes expressas no «delirar» (excepcionalmente «criativo») de muitas mitologias esotéricas e ideológicas creenciais. É todo um vasto Mundo — muito de perturbação, desvio e emotividade — em que brotam os mais variados radicalismos, reformas e movimentos (ditos «revolucionários»). Visto friamente: a perversão do filosofar em «filomítias» vãs do «bom senso crítico» para a fantasmagoria ostentatória, mais ou menos literata...

Tal questão não deixa de afectar a Medicina mesmo agora, nesta época de êxito espectacular das *ciências* e das *técnicas*. Sente-se que a maior dificuldade está em *conciliar uma visão geral com as especializações*, os progressos de cada investigação especializada com a *noção hipocrática* — tradicional, mas sempre válida — de não deixar de buscar o *conjunto* — o *humano* em cada fenómeno natural, situando as várias

peças e sistemas alterados do organismo no *conjunto da personalidade*, da sua situação e da sua biografia.

O essencial é — nesta perspectiva — procurar não só as «doenças», mas a *feição peculiar do «adoecer» de cada qual e do padecer*, do sofrimento de cada indivíduo situado no ambiente em relação aos outros. Abarcar a «*dolência humana*» além da *doença dos órgãos*.

Os «amadores» (no bom sentido) destes problemas recordarão as dificuldades da actual *epistemologia das ciências* — em crise do cientismo mecanicista e do positivismo lógico — em trânsito do naturalismo para o psicologismo, culturalismo e o antropologismo*.

Sólidos investigadores e clínicos continuam fiéis ao *pensar científico naturalista*; não deixam porém — e muito humana e compreensivamente — de apelar cada vez mais, mas nem sempre da melhor maneira, para as *ciências psicológicas e sociológicas* complementando os dados biológicos (Cap. XII). Outros, até empiristas (e quase redutores do «mental» ao «cerebral») recorrem a referentes holísticos vagos e em visões variadadas, melhor ou pior batizadas de Medicina personalista, antropológica, existencial, biográfica, etc. A humanização estrutural das ciências e das técnicas que propomos pretende ter outro estilo, e outra amplitude, outro rigor.

Não insistiremos na repetição da peleja que há meio século vimos travando pela *convergência* organizatória do biológico e do psicológico, ampliada até à integração dos sistemas bio-psico-culturais no conjunto da personalidade em situação (*Medicina Humana*, modelo antropológico médico da doença/Saúde — a *Antropomedicina*), as *Antropociências* de várias especialidades, v.g. Antropociências psiquiátricas da alcoologia, Antropociências terapêuticas, etc.

Lembramos apenas que o problema não está (como cada grande progresso científico sempre incita a repetir o erro) em «*reduzir*» todos os dados observáveis a esta ou àquela *categoria* (material *versus* espiritual) ou natural/cultural, ou biológico/social, etc.

Tal seria uma polarização impeditiva das suas reais diferenças e categorias excluindo as interações *dialécticas*. São erros sistemáticos que conduzem à recíproca exclusão e impedem o entendimento das suas complexas e múltiplas *interacções*.

* E em retorno deste último para posições estereotipadas por tecnicismos psicotécnicos cibernéticos, imagiológicos e outros.

Não nos bastará porém presentemente a tão discutida apreensão da «*dialéctica dos contrários*». Visamos a *convergência abrangente e globalizante e unificante* (mais do que a «síntese») dos nossos saberes estamos para «além» da *Natureza*, apreendemos a mente humana e a Cultura incluindo a História — tanto o Espírito objectivo (Hegel) como o Ser espiritual pessoal (N. Hartmann).

Cabe-nos adoptar uma atitude de espírito que transcenda a arte médica (sem a destruir) alcançando o *Humanum* — sempre a defender e cultivar, tanto na Saúde como na doença. Mais exactamente: que utilize as diferentes técnicas e ciências (tanto naturais como sociais e culturais, muitas delas apeladas já *Ciências do Homem*) — uma nova Antropologia que as aplique, de modo realista e autêntico aos problemas humanos.

A mais divulgada e aceite posição *médica* tomada neste sentido nos anos 50-60 foi a chamada «*psicossomática*». Apela para o interesse e atenção participante dos clínicos para a *dimensão psicológica* — não só dos aspectos parcelares (as emoções, os instintos, as atitudes os comportamentos, mas para o *conjunto psicofísico*, bio-anímico da personalidade global em situação no mundo de cada doente — visto para além da doença como *Homo patiens* e como *Homo dolens*, nos seus problemas e no seu sofrimento — a compreender *simpaticamente* — por «*empatia inter-pessoal na relação médico-doente*».

Esta visão alargou-se depois à História, à biografia pessoal e à história geral dos países e ao *social*: à família, aos grupos, às comunidades ... nas suas inter-relações e interacções. A medicina social sob a forma da *Saúde «comunitária»* vai ganhando cada vez maior relevância. A personalidade não pode ser compreendida separada da *situação* em que se encontra. As vivências individuais completam-se na *inter-subjectividade*. Os comportamentos são inteligíveis no contexto gregário das pessoas e das instituições — até no chamado clima «*atmosférico*» inter-relacional.

O Homem interliga-se ao ambiente, não só ecológico, mas muito em especial, ao *ambiente sócio-histórico-cultural*. Há muitas fórmulas e propostas de soluções — desde a antropologia *médico-filosófica* até à *teoria dos sistemas* hoje na «*moda psico-bio-social*» e outros modelos com forte participação «*cibernética*».

* Sem excluir o *Homo ludens* (o A. e M. Simões) que tanto pode ajudar a recuperação do sofrimento.

A humanização das ciências e das técnicas médicas, carece de ser efectivada como *Medicina Humana* (B. F., Vol. II. *No Signo de Hipócrates* (1969). Aprofundando essas intenções, falámos depois (1980) das *Antropociências Médicas*, ou seja a religação trans-disciplinar dos vários saberes e técnicas especializados, com sentido humanizante — e realmente utilizados de modo antropossocial — quer dizer adequados à vera condição das sociedades humanas.

Não basta utilizar a *psicologia* para se evitarem muitos riscos des-humanizantes. As duas grandes correntes psicológicas sucessivamente prevalentes há 30 anos: a psicanálise e presentemente o behaviorismo agora também como «cognitivism» — têm dado lugar a excessos — não só de interpretação *teórica* (a libido, o inconsciente *versus* os condicionamentos, os reforços da aprendizagem) mas também na *práxis* psicoterápica analítica e nas terapias comportamentais. Ambas são amblíopes para os factores biológicos, para o fundo psicofisiológico das vivências e comportamentos e no campo destes, dos «modos de se sentir» pessoalmente nessa experiência, a «fenomenologia» presente e directa das dolências e do acontecer pessoal, no tempo em curso actual.

A Medicina já no século XIX, em plena era da «patologia celular» (Virchow) acentuava a importância das doenças sociais, mesmo que tivessem origem infecciosa, as epidemias. Não tem sido porém fácil articular os sistemas da *genética*, da biologia molecular, das *estruturas celulares*, dos tecidos e órgãos (em especial o sistema nervoso) com os sistemas do Proprium (o Eu) e os sistemas das relações inter-pessoais, familiares, grupais, comunitárias e, ainda com os sistemas e estruturas sócio-económicas e histórico-culturais. A *programação genética* das afecções endócrinas bio-químico-nervosas toma cada vez mais relevância para que se possa diluir numa exclusiva redução social que não atenda directamente aos factores biológicos na sua categoria própria (e respectivas «correspondências»).

Não é por se intitularem de «personalistas» que certas correntes médicas deixam de pensar de modo simplista-mecanicista aceitando a causalidade linear (única e directa). Até nas doenças por agressão mecânica exterior há toda uma *constelação condicional* de «circunstâncias», das predisposições, vulnerabilidades, propensões, experiências anteriores, imunidades adquiridas variantes das defesas e regulações *homeostáticas* e *homocinéticas*. Mais gritante é ainda o pretexto pseudo-personalístico usado por certos tecnocratas da Saúde, na verdade surdos aos apelos de todos os que sofrem e insensíveis ao bem comum.

Não é por se enfeitarem de europeus, «humanísticos», que a aplicação das técnicas médicas evitará os riscos que lhe são inerentes. Um exemplo quotidiano: os *efeitos acessórios*, de tantas intervenções terapêuticas actuais fundamentalmente incisivas — como o uso de remédios cuja aplicação abusiva e mal controlada (também na cirurgia!) ultrapassa os limites do humanamente aceitável, da própria *ética médica*.

E poderíamos continuar os exemplos de risco da «des-humanização das técnicas». Até de meras técnicas laboratoriais de exame, de diagnóstico — por inadequada escolha, orientação, decisão, aplicação e manejo de análises de rotina sistemática sem consideração de cada *sujeito* singular, da situação peculiar subjectiva «pessoal» de *cada homem em questão* — com problemas individuais de diagnóstico, prognóstico e tratamento, visto no seu contexto próprio até sócio-económico e organizativo.

Se o problema base é de ordem (ou pertence ao respectivo «sistema») molecular ou celular ou metabólico, é totalmente incongruente focar como mais relevantes os aspectos subjectivos e interpessoais. Claro que estes não se excluem, mas há que estabelecer a *hierarquia dos sistemas* e as suas interrelações, no contexto do conjunto diferencialmente perturbado nas suas diversas estruturas.

A humanização da medicina não está pois na sua «psicologização», nem na sua «socialização» — muito menos (sócio-economicamente) na sua «privatização» — mas na *justa medida* e adequada aplicação das respectivas ciências e técnicas do *Homem doente* — ao *Homem perturbado* — ao *Homem problemático*.

Recordemos apenas os casos frequentes de diagnósticos de doenças locais com indicações cirúrgicas supérfluas que, no final, se dissipam em perturbações psico-vegetativas ou desintegrações psicossomáticas assentes em personalidades anormais ou em alterações afectivas (espontâneas, reactivas ou situativas), depressões e distímias latentes, etc.

— Não se esqueça porém a contrapartida, também des-humanizante: lesões orgânicas autênticas exigindo intervenções urgentes que evoluem sob fachada neurótica ... Tanta necessidade de *personalização humanizante* tem um tipo de casos como o outro ...

Não se exclua (nem se esqueça) contudo, a sua conjugação tão frequente e significativa. Na verdade as coisas são efectivamente *hiper-complexas*, Encontremos pois não só as palavras para as exprimir e respectivos conceitos (como quer a filosofia analítica linguística), claro, mas muito mais os modos de as *compreender e explicar* e inter-

-relacionar. E, sobretudo os actos congruentes com a situação humana real e os propósitos, as normas e a ética da Medicina!

O cientista pode concentrar-se na sua investigação especializada. O *autêntico Médico clínico* é aquele que subtilmente sabe entender estas multifáricas circunstâncias. Que seja não só sabedor e hábil tecnicamente, mas ainda «*esclarecido*». Que tenha aquela *sageza* de apreender o humano mediante um largo espectro de informação tecnocientífica. No dia a dia da práxis, este desejável «bom clínico» (que neste sentido não pode deixar de ser verdadeiramente um generalista) alcança essa visão abrangente através da sua experiência (diagnóstico, prognóstico e valorização dos efeitos terapêuticos como outras tantas experiências e ensinamentos) mercê de uma certa *criação intuitiva* que não se pode deixar de chamar uma forma de «arte». Diríamos «o artista» como operário sabedor laborando pela Saúde. Prática da Saúde que, pela harmonia vital, mental e social que implica — não deixa também de ser uma arte — com as suas formas humanas de *beleza* do corpo e do espírito.

Poder-se-ia aprofundar, dar maior rigor a este processo como um novo tipo de *Antropologia médica*? É o que nos propuzemos com a concepção das *Antropociências*, a que nos referimos noutros capítulos comunicados à Academia.

A efectiva humanização da Medicina exige, como escrevemos já em 1968, que o clínico saiba *orquestrar as ciências em estilo humano*, de modo a realizar — no Signo de Hipócrates — uma *autêntica Medicina Humana*.

Para além da Medicina individual e personalizada está porém a *Medicina social*, a prevenção da doença, a promoção da Saúde, de cada um e de todos — da família, grupos, comunidades, de toda a população de um país, sem distinção de regiões, muito menos de sexo, idade, muito menos de classe social e poder económico. Tratar-se-ia então de uma *autêntica Saúde democrática* — de todos para todos — utilizando as ciências e as técnicas com *sentido humano*.

16. Prospectivas antropocientíficas

Visto sob certos ângulos criativos não se pode recusar à história um esboço de apreensão das perspectivas do futuro.

Em várias ocasiões se têm debatido os *problemas desta futuração* e as *possibilidades* e probabilidades do desenvolvimento da psiquiatria

nas próximas décadas. Tentamos com estas breves reflexões finais participar no debate sobre o tema — na base da experiência atrás exposta. Para romper as resistências e as dificuldades ousamos «prever» alguns esboços — interrogando-nos sobre as linhas mestras das *possibilidades em evolução das ciências psiquiátricas*: 1) tanto na *ordem biológica*; 2) como *psico-social*; e 3) *cultural* — atingindo a categoria do «espiritual».

Enumeremos algumas perspectivas:

1 — Dentro de algumas décadas os avanços da *investigação* no campo *médico-científico*, experimental e clínico, poderão ser tais que se tenham descoberto *novos agentes etiológicos e novos métodos diagnósticos, e novas técnicas e terapêuticas biológicas* que permitam situar a psiquiatria no mesmo nível de rigor e eficácia que outras especialidades médicas (como, por exemplo, a cardiologia ou a imunologia e outras em rápido progresso). Os avanços espectaculares das «neurociências» (e outras disciplinas biológicas) apontam nesse sentido (p. ex. a descoberta de «marcadores» biológicos das doenças mentais e dos novos efeitos fármaco-terapêuticos com menores riscos iatrogénicos, etc.

2 — O avanço das *técnicas comportamentais* (com acentuação das *cognitivas*, ampliadas até ao nível de *adaptação social* e das acções *educativas e formativas*), permitirão lograr uma melhor adequação dos homens perturbados às suas dificuldades e às *novas condições de vida e existência* que o futuro lhes reservará.

3 — Ou ganhará o homem, em «espiritualidade», um poder mais profundo de *compreensão, reflexão e auto-determinação* que seja capaz de *superar* as suas próprias insuficiências e perturbações e *compensar* e *ultrapassar* a intrínseca *perturbabilidade* característica do ser «humano» e do estar «situado» no Mundo?

4 — Ou aprenderemos a *mediar e harmonizar* as nossas *relações interpessoais* acrescentando a possibilidade de organizar as *interacções* familiares, grupais, comunitárias e institucionais — de tal arte que se possam efectivar autênticos encontros e *esclarecer* mais abertamente e sanar os *conflitos* e dissensões de toda a espécie que nos separam, e nos fazem desentender, agredir e sofrer?

5 — Ou os avanços das investigações *genético-moleculares, imunitárias* e outras, permitirão (eticamente legitimadas) intervenções «orto»

e «eugenéticas», limitando a difusão familiar das disposições e predisposições anormais e as vulnerabilidades inatas para as afecções psiquiátricas?

6— Ou os progressos do conhecimento e controlo dos *factores ambientais* (ecológicos, habitacionais, industriais, alimentares) e a adaptação de *novos modos e técnicas de vida, trabalho e recreio*, possibilitarão um mais favorável condicionamento da epigénese e fenogénese dos caracteres e a prevenção das vulnerabilidades e doenças humanas, reduzindo as respostas patogénese às múltiplas «noxas» que ameaçam a Saúde, tanto na ordem corporal, como psicológica e sócio-cultural e também económico-política?

7— Ou, mais especificamente: aprender-se-á a *moldar «dinamicamente» a formação e estruturação da personalidade* (desde o nascimento, a infância, a juventude, a idade madura até às idades propectas ...) de tal maneira que se alcance a sua melhor *organização, equilíbrio e realização* e que cada pessoa se possa *desenvolver* em autonomia e gozo dos seus direitos e liberdades, sem esquecer os seus deveres e responsabilidades e a cooperação e consonância com os *outros*: o «próximo», os «distantes» e os «futuros» ...

8— Ou, mais personalisticamente, a *penetração reflexiva* da consciencialização do *Próprio*, e da sua *Pessoa cultural* lograrão encontrar o *sentido* da sua vida e a *significação* do seu *existir no Mundo* — o quadro dos seus *projectos* e em especial dos seus *valores* (o seu «ser espiritual pessoal»)?

9— Ou, a melhor utilização da *informática* facilitará a apreciação sistemática (e sistémica) dos «dados» conhecíveis e objectiváveis sobre os indivíduos e a sua saúde e sobre a sua situação e ambiente (os agregados sociais, e seu funcionamento) de sorte que «ciberneticamente» (e sem «desnaturar» e sem «desumanizar» o Homem) melhor se possa conhecer e reger o seu equilíbrio e a sua *eficácia e adaptabilidade* individual e colectiva?

Esperamos dos especialistas a discussão *pluri-inter-e transdisciplinar* destes problemas.

Pelo que diz respeito ao nosso País, quereríamos acentuar uma nota fundamental: As tendências que ousamos futurar para a Psiquiatria das décadas vindouras estão estreitamente dependentes das *condições gerais*

da *evolução e desenvolvimento* económico-social, histórico-político e científico-cultural de cada região e do País em geral (e das relações com os «outros países»).

Pode-se dizer que, sem um *Serviço Nacional de Saúde Mental, humanamente planeado e funcionante*, a Psiquiatria não poderá efectivar os seus objectivos — a melhor saúde psicológica, social e educacional de *toda a população* («para o ano 2000, segundo as propostas da O.M.S.»).

— Não insistiremos na crítica directa e concreta da situação portuguesa actual. As suas insuficiências e coturbada definição, métodos e objectivos, não prometem para uma data próxima uma evolução favorável.

Repetidamente temos apelado para uma *Política de Saúde* que seja, ao mesmo tempo, uma *Política da Educação e da Cultura*. Uma política, em síntese, que encare o *Homem perturbado no seu conjunto* e na *situação* das suas *circunstâncias reais do viver e do existir*. O Homem como *Personalidade situada* nos ambientes sócio-histórico-cultural e ecológico-industrial-habitacional — vista de modo antropológico, «bio-psico-sócio-cultural» — superando numa *ética também humanizada*, a «Antropo-ética» — a perturbabilidade em risco crescente de todos nós, incluindo os «outros», os «futuros» ...

— Para terminar, ousamos dizer que o dobrar do século — como foi o do primeiro milénio — é por muitos antevisto com terror (por preconceitos de poder ser o «milénio que depende do calendário», uma idade de «loucura colectiva» (bélica, conflituosa, perversa, pleiteadora, terrorista, etc.). Não enfileiramos no número dos que vêem o «demens» em todos os «sãos» de espírito — muito menos o «sapiens» em todos os «desassisados» embora recomendemos que se busque o humano em todos os perturbados. Propugnamos o compreender, explicar e remediar a *real perturbabilidade* de todo e qualquer Homem. Cabe-nos procurar defender os meios de a compensar, superar e sanar. Dentre eles sobrelavam a) a *investigação científica das ciências Antropo-psiquiátricas* tanto «naturais como humanas e sociais» e a *campanha sócio-cultural da Saúde Mental*.

Poder-se-á mesmo dizer: por uma «Saúde democrática», por uma *política humanizada da Saúde*. Apoiados na História recente, vimos defender aqui mais uma vez a *convergência organizada e estruturada das diferentes disciplinas e técnicas científicas* em referência ao Homem — fazendo parte da *família* e dos *agregados sociais e económico-políticos*. Daí a nossa tentativa de síntese: *Prospectiva antropocientífica da Psiquia-*

tria. Que não creia em reduccionalismos unidimensionais, desde a robotização desumanizante, politização autoritária, a arregimentação e burocratização das condutas até ao controlo genético e biopsíquico ou psico-sociológico das pessoas.

Se entretanto se criarem novos «paradigmas» (Kuhn) para o nosso saber e agir, é necessário *testá-los* ante as *realidades da Vida, da Mente e do Espírito* — do «espírito objectivo» da sociedade e cultura e do «Espírito pessoal» das personalidades. Em qualquer dos casos trata-se do empenhamento participante de todos na Saúde e melhor qualidade de vida dos outros — também dos distantes e dos homens de amanhã utilizando «com Arte clínica» as *técnicas legitimadas pelas Ciências*. E também — e não em último lugar, pela *Ética* da sociedade e das profissões intervenientes — porventura uma nova «*Antropo-ética*» de todos para cada um e de cada um para todos — dos presente, dos longínquos e do futuro*.

* Falta-nos o espaço para avaliar a generalização desta perspectiva antropocêntrica a outros (a todos?) os ramos do saber. Damos apenas, como exemplo, a sua aplicação à «prevenção da guerra Nuclear» (1.º Encontro Nacional AMPPGN, Sesimbra, 1989)

Algumas notas

¹ K. Jaspers, *Vom Ursprung und Ziel der Geschichte*, 1949. «A historicidade de um dado conhecimento implica o seu passado histórico que é necessário conhecer para apreender a essência de que se trata».

² Quanto à minha auto-experiência da matéria, v.o texto em alemão: *Psychiatrie in Selbstarstellung*. Ed. Pongratz. Huber Bern 1977 (pp. 82-114).

³ Barahona Fernandes, *A Psiquiatria em Portugal*, in «Um século de Psiquiatria», Pichot, Ed. Roche, 1985; B. F., *Filosofia e Psiquiatria; Experiência portuguesa e suas raízes*, Atlântida, Coimbra, 1966.

⁴ Fernando Namora, *Jornal sem data*. Betrand Editora, 1988.

⁵ B. F., Egas Moniz, *Pioneiro de descobrimentos médicos*. Biblioteca Breve, 1984.

⁶ Para mais pormenores V. Bibl. em (3). Evoquem-se ainda a título simbólico, a acção dos portugueses: João Cidade (S. João de Deus), um promotor dos cuidados aos doentes e fundador da respectiva *Ordem* dedicada à Assistência na Psiquiatria, aliás só no final do século XIX, (Casa de Saúde do Telhal, Idanha, Braga e Barcelos).

Desde a antiguidade que há referências esparsas à «loucura» e aos métodos usados para a cuidar como enfermidade de «espírito». Não cabem neste escrito outras citações (V. obra do Rei D. Duarte *Leal Conselheiro* com referências autobiográficas sobre o seu «mal merencónico»; V. ainda Obras do Papa João XXI e do Abade de Faria, na época do hipnotismo; Ferreira de Mira, *História da Medicina Portuguesa*, Lisboa, 1947).

Digno de nota é o interesse da *literatura* e da *filosofia* pelas afecções da mente, que segundo Kant não deviam ser tratadas pelos médicos, mas pelos filósofos. O movimento científico e social do século XIX, é simbolizado pelo «gesto» de Pinel, durante a Revolução Francesa, libertando os loucos das cadeias que os amarravam ...

A sua repercussão em Portugal dá-se meio século mais tarde com o interesse que a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa deu ao problema (António Maria Ribeiro, Martins Pulido, Caetano Beirão, que no Hospital de São José, fez a primeira estatística de admissão de alienados). (V. cap. III).

⁷ Almeida Amaral e A. Flores, *1.º Centenário do Hospital Miguel Bombarda*, 1988.

⁸ Francisco Pulido Martins, in *Anais Portugueses de Psiquiatria*, tx. n.º 9, 1957.

⁹ No Porto havia até então uma espécie de «lazareto» («o porão»), os desasizados vadiavam pelas aldeias, alvo das mofas da garotada e quando perturbavam a ordem pública eram recolhidos nas prisões e dizimados pelo «mau passado» e maus tratos, diarreias, tuberculose e falta de higiene.

¹⁰ A. M. Sena, V. Bibliografia em (3). Destaque-se a obra famosa «Os alienados em Portugal» com um I Volume sobre história e estatística (a 2.º feita entre nós, depois do citado Bizarro) e o II Volume sobre a organização do Hospital com o nome do Mecenaz Conde de Ferreira, imigrado no Brasil.

¹¹ B. F., *Miguel Bombarda, No seu 1.º centenário*. Discurso na Faculdade de Medicina de Lisboa, *O Médico*, 41, 1952; *Miguel Bombarda, Personalidade e posição doutrinária*. Academia das Ciências, *A Medicina Contemporânea*, 70, 1952.

¹² 1.º Centenário de Miguel Bombarda, in *O Médico*, 1952, 411; *Exumação do caso da pintora Josefa Greco*, in *O Médico*, 14, 1952; *A Medicina Contemporânea*.

^{13/14} Não podendo desenvolver o tema referíamos para o nosso ensaio (3) no qual se historicam no ângulo filosófico as influências em Portugal das diferentes correntes de pensamento, em especial desde o positivismo de Comte ao neurismo de Bombarda-Egas Moniz (a teoria em que baseou a operação da leucotomia em contraste com a antítese psicopatológica de Sobral Cid, a Antropologia Médica de Ricardo Jorge, o novo incremento do naturalismo cerebral em K. Kleist. A patogenia cerebral foi pouco cultivada entre nós por dificuldades laboratoriais (V. Magalhães Lemos e os trabalhos de A. Flores sobre a arquitectónica cerebral (O. Vogt.), de histo-patologia cerebral de Almeida Dias, Lobo Antunes e poucos mais.

Na base deste pensar estava uma ideia «evolucionista» de raiz darwiniana. E mais concretamente os estudos da *hereditariedade* normal e patológica, a partir de Mendel. Este aspecto do desenvolvimento, psiquiátrico, que só por si merecia uma conferência especial, foi aquele que mais «desvarios ideológicos» tem motivado. Além da repressão histórica dos alienados e toda a espécie de maus tratos referidos, ocorreram na época nazi na Alemanha hitleriana, excessos condenáveis — a todos os títulos eticamente inadmissíveis e anti-humanos: (eutanásia em massa dos doentes mentais em campos de concentração, como também se fez aos judeus e aos inimigos do regime). E também a «esterilização» forçada dos portadores de anomalias transmissíveis por herança e outras afecções hereditárias: psicoses endógenas, cegueira, surdez hereditária. Em 1934/36, tomamos conhecimento directo do caso desta «eugenia» de forma radical com aspectos absolutamente reprováveis. No nosso texto alemão, citado em (2) criticamos o assunto. (*A Psiquiatria no II Reich*, 87-89). A contra reacção a estes excessos foi também além do razoável — a negação total dos factores genéticos nos anos 50 (tanto da parte dos ambientalistas comportamentalistas (sobretudo nos USA) como dos pavlovianos da URSS.

O tema foi tratado na Reitoria da Universidade de Lisboa em 1967, por iniciativa de Marcelo Caetano (os aspectos psiquiátricos: B. F., *O Problema das relações da hereditariedade e o ambiente*, in *O Médico*, 569, 570, 571, 1962. Bibliografia também portuguesa de A. F. Fonseca, Fragoso Mendes, P. Polónio). B. F., *O Problema da Eugenia*. *A Medicina Contemporânea* (1938), tomamos posição crítica sobre tais «técnicas»; repudiamos a eugenia radical. Tende-se actualmente para a convergência estruturada dessas posições dialécticas. Tanto a genética molecular como os estudos sócio-culturais têm tido recentemente assinaláveis progressos e interligam-se necessariamente, perdendo o seu carácter ideológico.

¹⁵ «Obras de José de Matos Sobral Cid, 1877-1941, Vol. I. *Psicopatologia clínica*; II. *As fronteiras da Loucura*; III. *Psicopatologia Forense*; IV. *Outros temas psiquiátricos*. *Problemas do ensino*; V. *Outros temas*; Ed. da Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1983; com Prefácio de Barahona Fernandes (Ver *Bibliografia*).

— Sobral Cid foi um dos mais prestigiosos nomes da história moderna da Medicina Mental portuguesa. Teve grande eco nos anos 20-40 pela inovação da classificação actualizada das doenças mentais, pelos esforços (dificultados pelas deficientes instalações de Rilhafoles) do *tratamento humanizado dos enfermos* sobretudo pelo seu *ensino* escolar e dos assistentes (Fernando Ilharco, que veio a ser Director do Centro de Saúde Mental de Lisboa, Almeida Amaral (Psiquiatra da Marinha e Director do Hospital Miguel Bombarda que em 1948 festejou o seu 1.º Centenário, com obras dos edifícios e reorganização dos serviços); os clínicos Américo da Assunção, Berta de Moraes, Aníbal Faria, Diogo Furtado, (Psiquiatra do Exército e criador do Serviço de Neurologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa) Granada Afonso (que veio a dirigir o Hospital Sobral Cid, fundado em Coimbra em 1945) António de Almeida (futuro antropologista desta Academia das Ciências. Acrescente-se, não em último lugar, Fernando Ferreira com vasta cultura psicológica e filosófica e que veio a ser a primeira figura da psiquiatria do ultramar português.

Barahona Fernandes, que sucedeu a Sobral Cid na cátedra em 1948, após uma breve ocupação por António Flores, a seguir sucessor de Egas Moniz da Cátedra de Neurologia. A biografia de Sobral Cid pode ser resumida como segue: já afamado como estudante pelos seus dotes naturais, inteligência, oratória, formou-se em Medicina pela Universidade de Coimbra em 1910: ocupou várias cadeiras (patologia geral, pediatria, como era uso no seu tempo). Em 1911 foi transferido para a Faculdade de Medicina da nova Universidade de Lisboa, criada pela República, trabalhando como Professor de Psiquiatria Forense* com o Professor Catedrático Júlio de Matos. Entretanto foi Ministro de Instrução em 1934, com intervenções pedagógicas. Tomou conta do ensino da Psiquiatria a partir de 1923, por morte de Júlio de Matos. Foi então, até à sua morte, Director do Hospital Miguel Bombarda, sob administração (deficientíssima dos Hospitais Cívicos de Lisboa).

Como Júlio de Matos, diferenciou a *Clínica Psiquiátrica Universitária de Lisboa* nas enfermarias de admissão. Lutou, sem o conseguir, pela *autonomia administrativa* do Manicómio Bombarda e fez numerosas propostas de reforma dos serviços, que pouco ou nada foram atendidas. Escreveu largamente sobre «Reforma e actualização da Assistência Psiquiátrica em Portugal, o processo histórico e moderno na orientação da Assistência Psiquiátrica».

Sobral Cid não foi feliz na efectivação dos seus planos científico-assistenciais e não chegou a ver concluído o Hospital Júlio de Matos. Esteve aliás em conflito com Almeida Dias, da Comissão das obras, presidida por António Flores. Deste último transcrevemos a seguinte frase, que já espelha a difícil problemática das *clínicas psiquiátricas* e dos clássicos *grandes hospitais* albergando grande número de doentes, de evolução prolongada («crónicos») — problema que mesmo depois do uso de neurolépticos não deixam de existir: «Sobral Cid, espírito alto de mais para se perder em mais peripécias secantes da administração, idealizava para si, não um grande hospital, mas uma clínica psiquiátrica apetrechada com os recursos

* Como os seus antecessores Sobral Cid celebrou-se também na Psiquiatria Forense, ensinada nas Faculdades de Medicina e Direito (sucederam-lhe Barahona Fernandes, P. Polónio, Bracinha Vieira).

modernos da investigação». Lisboa, in rev. Médica, p. 56, n.º 2, 1943. Foi desde a juventude um «universitário, pedagogo e humanista». Recorde-se neste lugar apenas a sua «Oração de Sapiência» em 1907 na Universidade de Coimbra.

¹⁶ Na Revista citada v. a p. 6 os temas abordados, cobrindo a problemática actual mais importante da Psiquiatria (Psicopatologia, Psiquiatria Clínica, Psicossomática, Psiquiatria de Ligação, Toxicodependência, Alcoolismo, Psicopatologia experimental, Epidemiologia, Psicologia e Psicopatologia de comunicação, Política de Saúde Mental, Bioquímica, Psiquiatria Forense).

Os Congressos Mundiais de hoje são uma Babilónia, cujos «extratos» se têm de cotejar à posteriori e com os estudos originais. Apesar de todas as divergências de posições críticas—que repetidamente comentamos há algo que as ultrapassa: é a convivência pessoal dos interessados nos problemas em entusiasmo criativo, em paz e «sageza» (para além dos interesses das «carreiras»).

As relações com a *Organização Mundial de Saúde* (OMS) merecem ser encoimadas (Dr. Sampaio Faria). Denota-se com satisfação uma certa «reuropeização» das tendências conceptuais, após a reptição estereotipada das fórmulas mecanicistas e redutoras. Pessoalmente recordo as aulas dos meus Mestres Sobral Cid, K. Kleist, K. Schneider ao ouvir ou ler muito do que hoje é tido por originais inovações... A tradição psiquiátrica portuguesa merecia ser evocada neste turbilhão das modernas investigações. (1.ª parte).

—A «loucura» deixou de ser a «mediação da transcendência com os Deuses» (cit. de Bracinha Vieira); será vista como uma *perturbação do Homem* que nos revela o cerne dos seus problemas e ajudará à sua superação.

II

CIÊNCIAS APLICADAS E HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS

ENGENHARIA CIVIL



ACADEMIA DAS CIÊNCIAS
DE LISBOA