

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

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

COIMBRA

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

SOCIEDADE DE HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA SAÚDE – SHIS

2015

Colecção:

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

Directores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

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

Nº 11

NOTA:

Os textos publicados nesta obra colectiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

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

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

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

Ano de edição: 2015

Impressão: Pantone 4

ISBN: 978-972-8627-63-8

Depósito Legal: 320445/10

**SHIS**

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

ÍNDICE

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
Introdução
5-6

Maria Miguel Brenha
Louis Wain: psiquiatria e arte
7-14

Ana Catarina Necho
Emergência da psiquiatria europeia no século XIX:
a alienação mental – percepções e práticas assistenciais
15-21

Nuno Borja-Santos; Miguel Palma; Bruno Trancas
A evolução dos diagnósticos na psiquiatria portuguesa do século XIX
23-29

Pedro Macedo; Filipa Veríssimo
Bruxaria e doença mental na região do Barroso
31-36

Miguel Angel Miguélez Silva; María Piñeiro Fraga; María José Louzao Martínez;
Vanessa Cerqueira Pujales; Tiburcio Angosto Saura
Uma visão holística da patologia geral: a psicopatologia de Roberto Nóvoa Santos
37-47

Inês Pinto da Cruz
Um caso de idiotia examinado pelo Conselho Médico-Legal
da circunscrição de Coimbra (1913)
49-55

Porfírio Pereira da Silva
António Alfredo Simões Viana (1922):
da Medicina Tropical a um olhar psiquiátrico sob a criança no século XX
57-63

Manuel Correia
Ideação psiquiátrica do retorno: “sintonização regressiva” e “regresso à infância”,
a propósito da psicocirurgia
65-72

Adrián Gramary
O crime da queimada-viva de Soalhões revisitado: reflexões psiquiátrico-forenses
73-80

Mónica Minoshka Moreira Martínez, María Victoria Rodríguez Noguera;
Tatiana Bustos Cardona; David Simón Lorda
Castelao. locura, arte y medicina (social)
81-89

María Victoria Rodríguez Noguera; Mónica Minoshka Moreira Martínez;
Tatiana Bustos Cardona; David Simón Lorda
Panap (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica:
un organismo público para la asistencia psiquiátrica durante la dictadura de Franco
(1939-1975)
91-100

Tatiana Bustos Cardona; María Victoria Rodríguez Noguera;
Mónica Minoshka Moreira Martínez; David Simón Lorda
Ayunadoras “santas” y cuerpos incorruptos. Fronteras.
Entre medicina y religion en la Galicia (España) y norte de Portugal en siglos XIX y XX
101-113

Programa das V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental
115-122

INTRODUÇÃO

Nos dias 5 e 6 de Maio de 2014 decorreram na Sala Sá de Miranda da Casa Municipal da Cultura de Coimbra as *V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. O evento realizou-se pela quinta vez, numa sequência anual. Esta reunião científica, que deu continuidade ao perfil internacional destas jornadas, contou com investigadores de Portugal, de Espanha e do Brasil.

A regularidade anual destas jornadas pode ser sublinhada de vários modos. Desde logo, é de registar que esta sequência regular é um dos vários modos assumidos de substancializar uma área de investigação devidamente institucionalizada no Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20. Recorde-se que, desde a institucionalização do CEIS20 em 1998, esta área tem mantido uma forte dinâmica que se tem traduzido em projectos de pesquisa, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais, organização de sessões de divulgação e publicação de estudos sob a forma de livros, capítulos de livros e artigos de âmbito nacional e internacional.

Por outro lado, a regularidade anual das *Jornadas* mostra que os investigadores nacionais e estrangeiros interessados nestas temáticas contam com as *Jornadas* em Coimbra e em Maio, como um ponto de encontro, já com tradição, e que serve como activa plataforma de intercâmbio de progressos científicos e de inovações historiográficas na história da psiquiatria e da saúde mental.

Nas *V Jornadas* realizou-se a apresentação do livro do Doutor Manuel Correia, *Egas Moniz no seu labirinto*, obra editada pela Imprensa da Universidade de Coimbra, na colecção *Ciências e Culturas*.

Na reunião realizou-se, também, o lançamento do livro *IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* e, ainda, lançou-se a edição em fac-simile da “*Revista de Neurologia e Psychiatria*” (1888-1889) coordenada por Ana Leonor Pereira, João Rui Pita e José Morgado Pereira.

Também nas *V Jornadas* fez-se a sessão de apresentação da obra de Daniela Arbex, *Holocausto Brasileiro*, que foi comentada pela autora (edição Guerra e Paz, colecção Clube do Livro SIC). A deslocação da autora do Brasil para Portugal teve o apoio do Ministério da Cultura do Brasil / Fundação Biblioteca Nacional.

As *V Jornadas* foram uma organização conjunta da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS em colaboração científica e institucional com o Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20. As *Jornadas* traduzem, também, a vitalidade daquela sociedade científica. Na sequência das *IV Jornadas* realizadas em 2013, a quinta edição desta reunião científica internacional teve por objectivo dar continuidade às temáticas então apresentadas e introduzir novos temas, o que foi muito bem conseguido.

As *V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* articularam-se com o *Simpósio Centenário de Joaquim Seabra-Dinis (1914-2014)* realizado no dia 7 de Maio de 2015 na Sala Sá de Miranda da Casa Municipal da Cultura de Coimbra e organizado pelo Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 através dos seus coordenadores científicos com a colaboração do Coordenador do CEIS20, Professor Doutor António Pedro Pita.

Na manhã do dia 7.5.2014 realizou-se também na Sala Sá de Miranda da Casa Municipal da Cultura de Coimbra o *Seminário sobre Direito, Neurociências e Psiquiatria* aberto a todos os participantes das *V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* e que foi uma organização do Centro de Direito Biomédico-CDB em colaboração com o Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 e ainda com o projecto de investigação “Neurociências e Direito Penal” / IDPEE. Este Seminário internacional teve como organizador o Professor Doutor André Dias Pereira, Presidente do Centro de Direito Biomédico.

Em 2014 as *V JIHPSM* centraram-se nos seguintes tópicos:

- 1.A doença mental até finais do século XVIII
- 2.Filosofia, psicologia e psiquiatria nos séculos XIX-XX
- 3.Psiquiatria e neurologia nos séculos XIX-XX
- 4.Psiquiatria forense e medicina legal nos séculos XIX-XX
- 5.Dispositivos assistenciais, tratamentos e terapias das doenças mentais nos séculos XIX-XX

A presente obra congrega textos que serviram de base a apresentações feitas nas *V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Agradecemos aos autores as importantes contribuições que tornaram possível a publicação desta obra.

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita

Professores da Universidade de Coimbra
Investigadores e Coordenadores Científicos
do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20
Vice-Presidente e Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde—SHIS

LOUIS WAIN: PSIQUIATRIA E ARTE

Maria Miguel Brenha

Médica Psiquiatra

Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal

E-mail:miguel_brenha@hotmail.com

Resumo

Vários têm sido os autores que se têm dedicado ao estudo e descrição do inquietante mundo esquizofrénico: Jaspers, Conrad, Lopez-Ibor e até Sobral Cid, entre outros.

A existência de uma *constituição esquizóide prévia*, o *humor delirante* e *desvio da flecha intencional* são exemplos de etapas de um processo que culminará na eclosão do delírio.

Louis Wain foi um artista inglês que se tornou conhecido pelos seus desenhos de gatos humanizados em plena era vitoriana e que sofreu de Esquizofrenia. A sua obra sofreu profundas mudanças à medida que a doença evoluía, refletindo o seu estado psicopatológico.

A obra de Wain reflete as suas vivências e estado psicopatológico, sendo a sua progressão uma fiel tradução da evolução da doença: fragmentação e desorganização do real. A deterioração psicótica que a sua obra espelha, pela estranheza e inquietação que desperta, conferiu-lhe uma notoriedade e interesse particulares que perduram até à atualidade.

Palabras claves: Palavras-chave: Louis Wain, Gatos, Arte, Esquizotipia, Esquizofrenia

Abstract

Several authors have studied and tried to describe the disturbing schizophrenic internal world: Jaspers, Conrad or Sobral Cid, among others.

The existence of a previous schizoid personality, a delusional atmosphere and self-reference are examples of different steps that will lead to the emergence of delusion.

Louis Wain was an English artist best known for his drawings, which consistently featured anthropomorphized cats, and that suffered from schizophrenia. His work deeply changed as the disease evolved and his mental state deteriorated.

Wain's drawings reflect his inner experiences and his mental state, so the progression of his artistic work translates his disease development: fragmentation and disorganization of the real. The psychotic deterioration that Wain's work reflects gave him a reputation and particular interest that persisted to the present day.

Introdução

Vários têm sido os autores que se têm dedicado ao estudo e descrição do inquietante mundo esquizofrénico: Jaspers, Conrad, Lopez-Ibor e até Sobral Cid, entre muitos outros. Diversas são as teorias e conceitos, que ora se distanciam ora se aproximam, chegando a sobrepor-se muitas vezes. A existência de uma *constituição esquizóide prévia*, o *humor delirante* e *desvio da flecha intencional* são exemplos de etapas de um processo que culminará na eclosão do delírio.

Louis Wain foi um artista inglês que se tornou conhecido pelos seus desenhos de gatos humanizados em plena era vitoriana, séc. XIX, e que sofreu de Esquizofrenia, tendo passado por diversos hospitais psiquiátricos nos últimos anos de vida. A sua obra sofreu profundas mudanças à medida que a doença evoluía, refletindo o seu estado psicopatológico.

O presente trabalho pretende inferir o estado psicopatológico de Wain a partir do seu percurso biográfico e evolução da obra.

Infância e história familiar

Louis Wain nasceu a 5 de Agosto de 1860, primeiro filho da família Wain. O pai, William, trabalhava no ramo têxtil e a mãe, Julie, fazia tapeçarias bordadas. O casal teve depois mais 5 filhas: Caroline, Josephine, Claire, Felicie e Marie.

Wain sempre foi considerada uma criança muito doente, tendo só ingressado na escola aos 10 anos por indicação médica. Segundo os registos disponíveis, só há conhecimento de que tivesse lábio leporino, razão pela qual usou sempre bigode a partir dos 20 anos de idade. Talvez por sempre lhe ter sido vedado o contacto com outras crianças e a possibilidade de uma estimulação intelectual adequada à idade, sempre foi considerada uma criança muito imaginativa e com dificuldades relacionais, havendo amplas descrições dos seus sonhos vívidos: “ *I seemed to live hundreds of years, and to see thousands of mental pictures of extraordinary complexity... But above all, I was haunted*”.

Em 1884, aos 23 anos de idade, casou com a tutora das suas irmãs, Emily Richardson, que era 10 anos mais velha. A relação não foi bem aceite pela sua família, que não esteve presente no dia do casamento. Passado apenas três anos, em 1887, Emily morreu de carcinoma da mama. Durante a sua doença, Peter, o gato adotado pelo casal numa época em que o gato ainda não era visto como um animal doméstico, era a sua companhia. E foi neste período que Wain começou a desenhar gatos, em particular Peter, a quem chega a atribuir a responsabilidade da sua carreira: “*To him properly belongs the foundation of my career, the development of my initial efforts, and the establishing of my work*”.

A irmã mais nova de Wain, Marie, foi diagnosticada com Esquizofrenia e institucionalizada aos 29 anos, em 1901. Acreditava sofrer de uma forma grave de lepra, não permitindo que ninguém se aproximasse de si. Inicialmente era descrita como desconfiada, tendo-se tornado depois mais afável com a progressão da doença, com marcada desorganização do comportamento e pensamento. Morreu em 1913.

Nenhuma das restantes irmãs casou, tendo vivido com a mãe até à morte desta, em 1910, e na dependência do rendimento do trabalho de Wain.

Personalidade prévia

De acordo com as classificações internacionais atuais, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), Wain teria uma personalidade pré-mórbida Esquizotípica.

Apresentava dificuldades nos relacionamentos interpessoais, que pouco parecia valorizar, não havendo descrição do seu ambiente familiar, dos pais ou até da mulher na sua autobiografia, dando especial relevo ao seu gato Peter. Os gatos eram assim a única via de canalização da sua afetividade e o seu interesse restrito que, apesar de invulgar

para a época, explorou de forma exaustiva. Wain era visto como uma bizzarria social em Westgate, dado o seu comportamento exibicionista e desadequado, sobretudo em bailes, onde era encontrado frequentemente a dançar sem que o soubesse fazer. Fazia-se acompanhar das irmãs nestes bailes, que também atraíam a atenção de todos pela forma exuberante e algo ridícula como se vestiam.

Enviava desenhos seus por correio para endereços não existentes ou de pessoas já mortas, sendo estes depois devolvidos com a indicação “*not known*” ou “*insufficiently addressed*”.

A sua tendência para confundir temáticas principais com aspetos acessórios traduzia-se num pensamento e discurso ideofugazes e muitas vezes até incoerentes. Exemplo disso é a carta “*The Doomed Empire*” (1902), dirigida ao editor do *The Morning Post*, onde começa por falar do mercado livre, exalta depois o Rei Eduardo VII, aborda a importância de manter hábitos alimentares regulares, a natureza delicada do cérebro do gato ou as táticas da Guerra Boer. Termina associando todos estes tópicos para finalmente explicar a importância de evitar que o Império fosse condenado.

Era conhecido pelas suas crenças particulares, estranhas até, acerca dos gatos e fenómenos elétricos, chegando a dizer: “*I once had an impression that a cat’s tendency was to travel north, and to face north as a magnet does, and that this tendency had some intimate association with the electrical strenght of its fur*”. A sua imaginação era rica e o pensamento do tipo mágico, com clara dificuldade em distinguir o real da fantasia, mostrando-se muitas vezes crente nas suas próprias construções imaginárias e fantasiosas. Acerca deste aspeto, Rodney Dale disse: “*What he would have liked to do, what he had done, what he thought he had done, all became twined until it was impossible for anyone to make out whether what he said was true or not*”. Os seus temas de conversação favoritos eram os de natureza mística e envolvendo fenómenos elétricos.

Frank Burnand, um amigo de Wain, descreveu-o da seguinte forma: “*He speaks rapidly, very low, few inflexions of voice, face impassive. He never smiles...*”.

A obra de Wain

Wain começou por fazer retratos de gatos com reprodução das suas expressões e comportamentos característicos. Limitava-se assim a representar gatos que, apesar de poderem escrever cartas ou dormir entre lençóis, eram claramente felinos. Em 1890, Wain escreve: “*There is another way of sketching cats... I take a sketch-book to a restaurant or other public place, and draw the people in their different positions as cats, getting as near to their human characteristics as possible. This gives me doubly nature...*”. Numa aparente total identificação entre autor e obra, naquele ano nascia assim o que ficou conhecido como “O Gato de Louis Wain”: gatos antropomorfizados, envergando trajés e poses características da classe social a que pertenciam, em cenas humorísticas e por vezes até sarcásticas, que ao reproduzirem os costumes e desigualdades, assumiam muitas vezes uma função de crítica social (figura 1).



Figura 1 – The Louis Wain Cat

Fonte: Google Images

Nesta sua nova fase, Wain dedicou-se também a fazer bandas desenhadas relatando pequenas histórias que se destinavam ao público infantil. Uma análise mais detalhada do seu conteúdo permite perceber que é recorrente a presença de figuras de referência, como a ama ou o cozinheiro, que falham no cuidado e subjugam as crias desprotegidas com preversidade ao não tolerarem a expressão da sua vontade, deixando-as à mercê da sua própria capacidade de subsistência. São assim figuras de quem os pequenos gatos dependem, mas que adotam um padrão de comunicação ambivalente, sendo simultaneamente boas e más, tornando-se assim incongruentes e imprevisíveis. Segundo Bateson, poder-se-á considerar que estes são exemplos de comunicação *Double-Bind*, em que nunca é possível a escolha acertada e a figura dependente está condenada ao erro, à falha.

A eclosão do delírio

Em outubro de 1907, Wain rumou à América, onde contactou pela primeira vez com a invenção da lâmpada elétrica, o que entendeu ser a concretização das suas especulações e projetos relacionados com a energia elétrica, tendo por diversas vezes verbalizado a vontade desajustada de registar a patente de tal invenção na Europa. Ainda naquele continente recebeu a notícia da morte da sua mãe, em 1910, o que motivou o seu regresso. Mudanças no gosto e interesse da época levaram a uma quebra na procura do seu trabalho artístico, deixando toda a família numa situação financeira precária. Estes são apenas alguns dos factores, potenciais stressores psicossociais, que podem ter motivado a descompensação e eclosão do delírio em Wain.

Quando foi institucionalizado em Springfield, em 1924, Wain terá dito que se encontrava “*bothered by spirits night and day for six years*”, o que situa o início da doença em 1918. Por outro lado, as suas irmãs terão reportado as alterações do comportamento ao ano de 1922, o que não é incompatível com a afirmação de Wain, pois processos psicopatológicos instalados podem não ter uma tradução comportamental imediata, logo serem impercetíveis para terceiros numa fase inicial. A excentricidade amplamente reconhecida e bem tolerada de Wain pode também ter atrasado o reconhecimento e devida valorização do seu estado de descompensação psicopatológica.

Com a eclosão do delírio, Wain tornou-se bastante hostil para com as irmãs, acusando-as de roubo e envenenamento por éter, que considerava ser a fonte de todos os males. Para além de ideias delirantes de teor persecutório, apresentava ainda ideação delirante de teor megalómano e messiânico, ao acreditar estar “carregado” de eletricidade e ter o poder da cura pelo toque. O seu comportamento foi-se desorganizando cada vez mais, passando dias e noites a arrastar móveis em casa e o colecionismo deu lugar à acumulação de lixo. Manteve sempre as suas especulações sobre a polaridade e natureza do Espaço.

A sua obra refletiu a instalação e progressão do processo mórbido, tendo sofrido profundas alterações. Neste sentido, os seus famosos gatos, ora amistosos ora sarcásticos, passaram a “*Spiky Cats*”, onde a representação é focada na cabeça, sobretudo no olhar assustado e perplexo, e no pêlo eriçado, sobre um fundo padronizado, símbolo da transformação dos significados do real no sentido auto-referencial (figura 2). Estes gatos tornam-se ainda mais hostis perante a perda dos limites do eu, onde a pele deixa de ser contentora (figura 3).

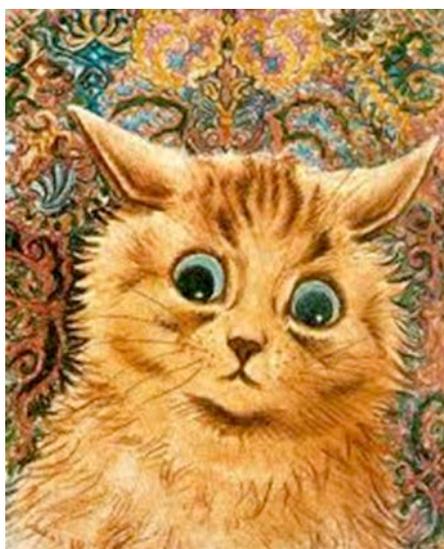


Figura 2 – *Spiky Cat*: fundo padronizado

Fonte: Google Images



Figura 3 – *Spiky Cat*: perda dos limites do eu
Fonte: Google Images

Surgem depois os “*Patterned Cats*”, também conhecidos por “*Wallpaper cats*”, onde já há uma desintegração do corpo do gato com elaboração de um padrão simétrico bidimensional a partir do olhar, em cores vivas e não reais (figura 4). Num estadio de ainda maior desorganização interna, surgem os gatos com “*Persian Carpet Effect*” (figura 5), onde há um padrão rico, intensamente trabalhado, fazendo lembrar as tapeçarias persas. Trata-se de padrões familiares a Wain, assemelhando-se aos bordados que a sua mãe fazia, parecendo tratar-se de uma tentativa derradeira de restaurar o sentimento de pertença e o sentido identitário perdidos, de recuperar o que lhe resta da ligação de vinculação à figura materna.



Figura 4 - “*Patterned Cats*”
Fonte: Google Images



Figura 5 - “*Wallpaper Cats*”

Fonte: Google Images

Partindo da concepção do adoecer esquizofrênico segundo Klaus Conrad, os “*Spiky Cats*” corresponderão à fase de Trema, estado de temor e expectativa ansiosa, onde há um aumento da tensão do campo vivencial, redução da liberdade individual e limitação da capacidade de translação sobre o mundo dos outros. Segue-se depois a fase de Apofânia, onde cresce a tensão, acentua-se a perda de liberdade, a expectativa aumenta e o enigma desfaz-se: instalam-se as produções delirantes. São finalmente descobertos os significados até então ocultos e apenas suspeitados. O delírio é assim a única saída possível para o indivíduo na restituição da continuidade de sentido perdida no seu campo vivencial. Segue-se a Anástrofe, estado psicopatológico de maior desorganização e incapacidade de descentração de si próprio, encontrando-se o indivíduo aprisionado no centro do seu sistema referencial. Conrad denominou ainda um estadió subsequente, o Apocalipse, onde é desestruturado o campo da percepção e destruído o ordenamento do mundo, restando um conjunto de qualidades avulsas, desprendidas umas das outras, posicionadas numa mescla caótica próxima da vivência onírica, como os gatos com “*Persian Carpet Effect*” tão bem ilustram.

Wain muito provavelmente terá nascido com uma vulnerabilidade genética para o desenvolvimento de Esquizofrenia, dados os antecedentes familiares e personalidade pré-mórbida caracterizada por fantasias e excentricidades. Com o surgimento da doença e instalação do processo psicopatológica, o que eram inicialmente bizarras tornaram-se crenças fixas e falsas, logo delirantes. Assim, a história familiar, os seus interesses particulares e peculiares para a época, a sua bizarraria e dificuldades relacionais, assim como as graves alterações do comportamento que motivaram a sua institucionalização suportam o diagnóstico de Esquizofrenia em Wain, que a sua obra tão ricamente ilustrou.

A própria dinâmica familiar suporta o diagnóstico: a presença de uma mãe superprotetora e dominadora, não promotora da autonomia e individualização. Repare-se que nenhuma das irmãs de Wain foi capaz de se autonomizar, mesmo não padecendo de doença mental grave. Também o padrão de comunicação ambivalente que ilustrou, cerca de 50 anos antes das descrições de *Double Bind* por Bateson, traduz muito

provavelmente a forma de comunicação a que estava habituado na relação de vinculação, parecendo ser a figura materna a preponderante.

Conclusão

Pela difícil acessibilidade e profunda incompreensibilidade, “*a vida psíquica do esquizofrénico*” desde sempre foi alvo do interesse de diversos autores.

A obra de Wain, ao refletir as suas vivências e relação com o mundo exterior, é um meio privilegiado de acesso ao seu estado psicopatológico, sendo a sua progressão uma fiel tradução da evolução do processo mórbido. O facto de a sua obra ser abundante quer antes quer depois do início da doença, com manutenção da temática principal, o gato, confere-lhe um valor particular nesta avaliação do estado psicopatológico do artista. Há registos que documentam que, apesar de o interesse de Wain por padrões se ter acentuado após a institucionalização, a sua capacidade para desenhar os seus gatos humanizados típicos manteve-se. Assim, e como a sua obra não se encontra datada, muito provavelmente as suas produções artísticas traduzem uma desorganização psicótica do real nas fases de descompensação psicopatológica, com preservação, ainda que parcial, das capacidades cognitivas e técnicas nas fases de remissão da doença.

A deterioração psicótica que a sua obra espelha, pela estranheza e inquietação que desperta, conferiu-lhe uma notoriedade e interesse particulares que perduram até à atualidade.

Bibliografia

- American Psychiatric Association – “Diagnostic and statistical manual of mental disorders”, 5th ed. (DSM 5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- CARDOSO, Carlos Mota – “O Mundo Esquizofrénico visto por Klaus Conrad”. *Psilogos*. v. 2, n.1 (2005) 57-72.
- CID, Sobral – *A Vida Psíquica dos Esquizofrénicos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2011.
- DALE, Rodney – *Louis Wain, The Man Who Drew Cats*. Great Britais: William Kimber and Co. Limited, 1968.

EMERGÊNCIA DA PSIQUIATRIA EUROPEIA NO SÉCULO XIX: A ALIENAÇÃO MENTAL – PERCEPÇÕES E PRÁTICAS ASSISTÊNCIAIS

Ana Catarina Necho

Doutoranda em História – FLUL

Investigadora CH - FLUL/CEHR – UCP

E-mail: catarinanecho@hotmail.com

Abstract

In the V International Symposium on the History of Psychiatry and Mental Health, held in May 2014 the paper presented was entitled: "European Psychiatry Emergency in the nineteenth century: the Mental Alienation - Perceptions and Practices Assists".

Around this issue presented it was intended to understand the paradigm shift that allowed the madness were observed from the nineteenth century as a disease, and the patients needed the careful treatment and own space for acceptance.

That new vision was input from various Psychoanalysts and Psychiatrists who through their studies and experiences contributed to a new conception of mental illness and to solidify the new sciences - such as Psychiatry, which reinforced the need to create asylums to receive alienated in their own spaces and suitable for their conditions in order to achieve their recovery.

Introdução

Nas V Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental, que decorreram nos dias 5 e 6 de Maio de 2014 em Coimbra a comunicação exposta intitulava-se: “*Emergência da Psiquiatria Europeia no século XIX: a Alienação Mental – Percepções e Práticas Assistenciais*”.

Nesta comunicação pretendia-se apresentar a imagem do louco, que até finais de oitocentos era visto como um elemento perturbador da ordem da sociedade, considerado muitas vezes como um ser «errante».

Porém, no séc. XIX há uma modificação de paradigma com o edificar da Psiquiatria e o contributo de muitos médicos – Alienistas e Psiquiatras que possibilitaram o entendimento da *Loucura* como doença.

Concomitantemente compreendia-se que, os indivíduos que padeciam desta enfermidade necessitavam de auxílio, num edifício adequado às suas patologias e com novos tratamentos que possibilitassem a sua recuperação.

Assim, o asilo passou a ser considerado pela sociedade e pelo médico como o elemento fulcral para a recuperação do alienado.

Desenvolvimento do tema

A percepção da *Loucura* perante um quadro de desconhecimentos apresentava-se até meados do séc. XVIII num contexto moral de exclusão, na sociedade europeia.

Aliás, assiste-se por esta altura a um entendimento que integrava a *Loucura* como um elemento perturbador do homem da sociedade Ocidental.

A «ideia do desatino», isto é, da perda da racionalidade substitui o medo que se tinha sobre a morte.

Na Medicina positiva chegou-se a dar a imagem do louco como um ser «possuído» pelo demónio, isto é, remontando à Época Medieval e do Renascimento estes indivíduos eram não mais que doentes ignorados, presos no meio de uma rede rigorosa, por vezes desumana mas que estava repleta de significações religiosas e mágicas¹.

Numa sociedade onde imperava uma concepção de normatividade, em que o indivíduo devia inserir-se no padrão de comportamentos e regras a cumprir, bem como estar activamente apto para o trabalho, aquele que tivesse um comportamento desviante colocava em causa o domínio sobre a ordem e estabilidade social.

O louco era observado como um elemento que tinha uma existência errante, desta forma existia um receio pela transgressão das regras visto que a *Loucura* reduzia qualquer indivíduo a um ser exíguo, perturbador e incapacitante, que assim poderia permanecer até ao momento do falecimento².

Nesta época, apesar de se verificarem progressos nos estudos dos alienistas e da futura ciência médica-psiquiátrica, a sociedade não compreendia que, o louco não tinha consciência das suas fragilidades, da ausência da sua «perda de razão», dessa forma o enfermo era muitas vezes considerado como um elemento perturbador no meio em que se inseria, sobretudo pela incapacidade de poder cuidar da sua vida, como dizia o autor M. B. BALL: “incapable de diriger sa vie, incapable de gérer ses biens, et, suivant l’expression consacrée, d’agir avec discernement, il serait bientôt victime des cupidités que s’agitent autour de lui, il périrait bientôt de misère et de faim, si la protection tutélaire de nos lois ne velait soustraire ce grand enfant malade aux dangers de toute nature auxquels il est sans cesse exposé”³.

Na transição do séc. XVIII para o séc. XIX sob a influência empírica e iluminista iniciou-se um percurso que pretende compreender o Homem, na sua «totalidade», enquanto ser racional, que procura a descoberta e o conhecimento, mas agora também questionando o seu lado «irracional», até antes incompreendido e muitas vezes associados a momentos tenebrosos e instáveis.

No entanto, esta busca pela compreensão da *Loucura* visava sobretudo compreender que esta era apenas “percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade”⁴. Ou seja, o objectivo para o seu entendimento incidia mais na dinâmica da regularidade do progresso económico e financeiro da sociedade em que se encontravam estes indivíduos, que eram observados como perturbadores e transgressores, desta forma era necessário criar dispositivos para poder acolhê-los e se possível tratá-los para o equilíbrio da própria sociedade.

Concomitantemente, assiste-se a uma nova concepção sobre a *Loucura* em meados do século XIX, em que a prioridade era sobretudo adquirir consciência da incapacidade produtiva do indivíduo, e colocá-lo num espaço para a sua «protecção». Desta forma são criados os asilos, que desempenhavam um papel paradoxal: isto porque, se o seu intuito *à priori* era realizar uma assistência aos alienados, o que se verificou *à posteriori*

¹ Cf. FOUCAULT, Michel, *Doença Mental e Psicologia*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1968, p. 75.

² Cfr. FOUCAULT, Michel, *História da Loucura*, Trad. José Teixeira Coelho Neto, [1^o édition 1972], 8^a edição – 3^a reimpressão, Brasil, Editora Perspectiva S.A., 2009, pp. 13 – 15.

³ Vide BALL, M. B., *L’Aliéné devant la société – Leçon professée a la clinique des Maladies Mentales a L’Asile Sainte-Anne*, Paris, G. Masson Éditeur, 1882, p. 7.

⁴ Vide FOUCAULT, Michel, *Doença Mental e Psicologia*, op. cit., p. 78.

foi a criação de um espaço de repressão, sofrimento e morte, que acabava por acolher todos indivíduos da sociedade, desde os loucos, aos criminosos e pobres.

Como refere Michael Foucault: “A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal com esta era praticada na Idade Média. Como medida económica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade”¹.

Esta medida que começou a ser adoptada em vários países da Europa não tinha os mecanismos de resposta adequados para acolher os alienados. A forma como eram «observados» e censurados levou a que muitos fossem distribuídos em prisões, casas de correcção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas e tratados na maioria das vezes com agressividade.

Todavia, o movimento que se desenvolveu na segunda metade do século XVIII não era a reforma das instituições ou a renovação do seu espírito, mas antes um desenvolvimento voluntário que determinou e procurou criar asilos com a finalidade de se restringirem especificamente aos indivíduos com perturbações mentais².

Este contexto apresentou-se por diversas razões antagónicas exactamente por ser um momento em que, se começam a definir os primeiros passos para a emergência e consolidação da Psiquiatria, no século XIX. Sem dúvida que foi um factor preponderante, que revolucionou não somente a conceptualização sobre a alienação mental, bem como o tratamento a aplicar aos alienados, porque pela primeira vez o indivíduo alienado foi encarado como um «doente» que necessitava de ajuda. Por conseguinte, começou-se a observar e diferenciar as suas patologias sobre a terapêutica médica e onde o seu recolhimento era a caminho no intuito de devolvê-lo à razão.

Durante o decorrer do séc. XIX a edificação e autonomização da Psiquiatria enquanto ciência pelas suas experiências e práticas fez com que tornasse imprescindível a sua visão no campo da alienação mental e um novo paradigma assistencial a adquirir com novas práticas terapêuticas que foram determinantes para a compreensão das doenças mentais, bem como dos seus respectivos tratamentos, que incluem desde as doenças curáveis e as incuráveis.

Neste contexto, importa referir que o asilo, embora abordado em contexto adverso, como aqui já foi referido, já era considerado um núcleo fundamental para o tratamento do alienado e nele foram incorporadas normativas de comportamentos e a forma de disposição de doentes, como por exemplo de acordo com a patologia, o sexo ou até mesmo a classe social, no caso de pensionistas.

A esta teoria estava subjacente por parte dos alienistas do séc. XIX como Philippe Pinel, E. Esquirol, Emil Kraepelin, William Tuke, entre outros - três reflexões na terapêutica dos alienistas do séc. XIX, neste caso: a reclusão; o tratamento moral e o tratamento médico.

Por conseguinte, os dementes deixam de estar nos hospitais gerais ou nas prisões e vão para o asilo. Este espaço torna-se indispensável não só para acolher os alienados, mas para os tratar de acordo com novas terapias, que fossem adequadas de acordo com cada

¹ Vide FOUCAULT, Michel, *op. cit.*, p. 78.

² Cfr. Idem, *Ibidem*, p. 79.

patologia. Deste modo constatou-se que a doença mental adquiriu com o emergir das novas ciências médicas e com o reconhecimento da *Loucura* como enfermidade um espaço próprio para os indivíduos que padeciam desta doença.

Os intervenientes na recuperação dos doentes, ou seja, desde os médicos aos auxiliares tinham o claro objectivo de introduzir um carácter mais filantrópico, um legado humanista e uma normativa de cuidados a prestar, que visavam o tratamento, o bem-estar, a compreensão do alienado e a sua possível recuperação.

“Comme si, pour le dire en termes moins abstraits, traiter l’aliénation consistait d’abord et centralement à gouverner un peuple d’aliénés. Car c’est une chose que les médecins se soient acharnés à obtenir la création d’établissements à part pour les aliénés, et c’est une création d’établissements à part pour les aliénés, et c’en est une tout autre que la manière dont ils ont investi cet espace qui leur a été concédé, dont ils ont cru en ses ressources, dont ils ont réorganisé, systématisé, érigé en doctrine un isolement disciplinaire”¹.

Embora, não se possa descurar a ideia de que o panorama no hospício apresenta-se um quadro limitativo e repressivo, não deixa de ser importante realçar que, dadas as circunstâncias do ambiente que integrava, neste caso os doentes, o ambiente agressivo (quer pelos meios de contenção e tratamento como pelos próprios auxiliares na prestação dos cuidados), as medidas opressivas, por vezes eram necessárias.

No asilo, pelo menos naquele espaço os dementes podiam “libertar a loucura para quem no espaço do internamento, agora carregado de eficácia positiva, ela seja livre para despojar-se de sua selvagem liberdade e acolher as exigências da natureza que são para ela ao mesmo tempo verdade e lei. Enquanto lei, a natureza coage a violência do desejo. Enquanto verdade, reduz a contranatureza e todos os fantasmas do imaginário”².

Deste modo, o espaço de internamento era interpretado como “o meio mais seguro e mais eficaz de devolver a razão a alguém”³. Através deste processo o objectivo centrava-se em restituir a «verdade» ao alienado, que se encontrava no «desvario» procurando também restabelecer a sua segurança.

Como realça Philippe Pinel: “Os alienados, longe de serem culpados que é preciso punir, são doentes cujo estado penoso merece todas as atenções devidas à humanidade sofredora, e cuja razão transviada se deve procurar restabelecer pelos meios mais simples”⁴.

Neste sentido, em 1838 é criada uma lei na Europa, que tinha por objectivo a protecção jurídica dos alienados, até aí submetidos com excessiva frequência a demasiados e muitas vezes desumanos internamentos, o que revela uma maior preocupação e medidas de prudência na institucionalização dos doentes mentais.

¹ Vide GAUCHET, Marcel et SWAIN, Gladys, *La Pratique de l’esprit humain*, France, Éditions Gallimard, 2007, p. 97.

² Vide Idem, *Ibidem*, p. 336.

³ Apud. Idem, *Ibidem*, p. 336

⁴ Vide PINEL, Philippe, *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, Trad. Bruno Barreiros, Nuno Melim e Nuno Miguel Proença, Lisboa, Edições Colibri, 2011, p. 165.

“Ce sont précisément les hommes du métier qui ont pris une part prépondérante à la rédaction de cette loi, qui représente dans leur ensemble les vues de Pinel, et dont Ferrus a posé les bases fondamentales. C’est grâce à son influence que le mot *aliéné* introduit dans la science par Pinel, a pénétré pour la première fois dans la loi: et ce n’est point ici une vaine question de mots, car l’adoption officielle de ce terme marque un changement radical dans l’esprit même de la législation”¹.

Como podemos constatar a problemática em torno da *Loucura* desenvolveu-se e, por conseguinte começou a adquirir espaços que se destinavam especificamente ao seu «isolamento», com o objetivo de cuidar dos alienados.

Surgiu um movimento sobretudo pelo campo médico-científico que procurava a autonomização desta doença diferenciando-a das outras patologias, que pretendia simultaneamente encerrar os alienados em edifícios próprios, mas que mantinha a particularidade de épocas anteriores, ou seja, pelo que se observou permaneceu até à Época Contemporânea a «apreensão» que a sociedade tinha perante os loucos, pelo seu desconhecimento face à realidade da alienação mental, bem como o seu receio pelas suas atitudes dos alienados.

E foi justamente nesse sentido, que a sociedade através das novas ciências tentou adquirir novos conhecimentos, que lhe permitissem adoptar medidas mais restritas, que visavam um total isolamento dos indivíduos, para obtenção da estabilidade e ordem social.

Não obstante, porque : “o medo diante da loucura, o isolamento para o qual ela é arrastada, designam ambos, uma região bem obscura onde a loucura é primitivamente sentida – reconhecida antes de ser conhecida – e onde se trama aquilo que pode haver de histórico em sua verdade móvel”².

Podemos então compreender como o séc. XIX acabou por representar um novo paradigma, que possibilitou uma nova reflexão sobre a alienação mental, isto é, com o legado de estudos predecessores procurou-se observar a doença mental através de uma nova compreensão, em que o distanciamento separava a consciência do médico da do doente acabando este último por ser encarado não só como um ser que carecia de auxílio, mas também como um elemento preponderante para «objecto de estudo».

Nesta nova etapa, o alienado era visto sob dois pontos de vista, o de doente, que precisava de auxílio médico/tratamento, bem como de uma possibilidade de ser um indivíduo que poderia contribuir para alargar o campo de estudos e «experiências» para reconhecer novas patologias e aplicar novas terapêuticas.

Foi desta forma, com o progresso do saber científico que sucedeu a emergência e consolidação da Psiquiatria e que visava sobretudo a aquisição de novos tratamentos para a recuperação dos alienados.

Como realça Michel Foucault: “No novo mundo asilar, neste mundo moral que castiga, a loucura tornou-se um facto que concerne essencialmente à alma humana, sua culpa e liberdade; ela inscreve-se doravante na dimensão da interioridade; e por isso, pela primeira vez, no mundo ocidental, a loucura vai receber status, estrutura e significado psicológico”³.

¹ Vide M. B. BALL, *op. cit.*, p. 10.

² Vide FOUCAULT, Michel, *História da Loucura*, *op.cit.*, p. 385

³ Vide FOUCAULT, Michel, *Doença Mental e Psicologia [...]*, *op. cit.*, p. 83.

Assim o homem inaugura um novo relacionamento com a *Loucura*, quer isto dizer que estabelece uma ligação, em que para além de se tornar mais imediata e também mais exterior, também se torna profícua. Isto porque, este não restringe o alienado a um edifício apenas com quatro paredes, nem mesmo permite continuar na sua «ignorância» perante uma patologia que necessitava de estudos e reflexões.

“Na experiência clássica, o homem comunicava-se com a loucura pelo caminho da falta, o que significa que a consciência da loucura implicava necessariamente uma experiência da verdade. A loucura era o erro por excelência, a perda absoluta da verdade”¹.

Deste modo, a partir do século XIX assiste-se a um desabrochar do entendimento em relação à alienação mental que se repercutiu nas novas terapias adoptadas.

No campo médico-científico assiste-se a uma constante procura pelo conhecimento da patologia que durante séculos foi denegrida e temida. Ou seja, já não se receava o desconhecido ou a ausência da razão, pelo contrário procurou-se estudar os motivos que levaram o indivíduo a atingir um estado que o levou «inconscientemente à sua perda de razão». E, neste contexto sobressai o papel do médico tendo em consideração que agora só este poderia diagnosticar a patologia do indivíduo.

Através do estudo e colaboração das várias ciências que se vão desenvolver surge no séc. XIX uma nova realidade repleta de interdependências entre as várias ciências sociais, humanas e médicas, que vão progredindo, bem como novas perspectivas que possibilitaram a humanização das terapias a utilizar com os doentes.

Desta forma, o séc. XIX representa não só um novo olhar que se tem sobre o louco - o indivíduo que padece de alienação mental, como também proporcionou a criação de dispositivos para poder compreender o meio que o integrava, ou seja, onde o indivíduo interagia e a sua personalidade, que poderiam ser factores preponderantes para o desenvolvimento da patologia.

Estes estudos são reflexo de novas metodologias e contextos ideológicos que permitiram observar o alienado sem uma conotação negativa e com uma nova noção de auxílio sobre um ser que carecia de tratamentos para a recuperação da sua razão ou da sua estabilidade.

Desta forma, os estudos e reflexões durante este período contribuíram para novos entendimentos e terapias mais eficazes a aplicar no tratamento dos alienados, como por exemplo a introdução da medicalização, e das terapias ocupacionais, onde este se podia exprimir.

Assim, se assistiu a uma nova percepção sobre a *Loucura*, esta vista já não como um «problema social», mas como objecto essencial de estudo e de tratamentos.

Com o legado do séc. XIX a sociedade europeia assistiu nas primeiras décadas do séc. XX a um progresso científico de grande dimensão no entendimento do ser humano, ou seja, foi possível abrir novos horizontes através das ciências médicas para compreender os momentos de maior fragilidade do Homem, devido à ausência da sua *conscientia*.

¹ Vide FOUCAULT, Michel *História da Loucura [...]*, op.cit., p. 376.

Conclusões

Na transição do séc. XVIII para o séc. XIX assistiu-se a um modificar sobre a concepção de *Loucura*. Se por um lado estava associada a conotações pejorativas, e em que os enfermos eram excluídos da sociedade, com a nova interpretação sobre a alienação mental possibilitou o seu entendimento enquanto doença, facto que permitiu configurar uma nova acção no campo da assistência mental.

No séc. XIX assistiu-se não só a uma mudança de paradigma na compreensão das doenças mentais, pelo contributo da Psiquiatria, ciência-médica, que através das suas experiências e do desbravar do seu campo de estudo foi sendo mais reconhecida pela sociedade, bem como se tornou viável a possibilidade de ter edifícios próprios para acolher e tratar os alienados de acordo com sua patologia, sexo, ou classe social.

O asilo tornou-se mais que um mecanismo paradoxal de resposta da sociedade europeia, apesar de repressivo era a «salv guarda» dos alienados.

Fontes e Bibliografia

Fontes Impressas

BALL, M. B., *L'Aliéné devant la société – Leçon professée a la clinique des Maladies Mentales a L'Asile Sainte-Anne*, Paris, G. Masson Éditeur, 1882, pp. 5 – 20.

Bibliografia Específica

FOUCAULT, Michel, *Doença Mental e Psicologia*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1968.

IDEM, *História da Loucura*, Trad. José Teixeira Coelho Neto, [1ª edição 1972], 8ª edição – 3ª reimpressão, Brasil, Editora Perspectiva S.A., 2009.

GAUCHET, Marcel et SWAIN, Gladys, *La Pratique de l'esprit humain*, France, Éditions Gallimard, 2007.

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

Agradecimentos

Neste artigo o apreço à minha orientadora de Doutoramento – Prof.^a Doutora Maria de Fátima Reis (FLUL) à minha Co-orientadora Manuela Correia (FMUL).

A EVOLUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PSIQUIATRIA PORTUGUESA

Nuno Borja-Santos¹; Miguel Palma²; Bruno Trancas¹

¹Médico especialista em Psiquiatria

²Médico interno em Psiquiatria

Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Amadora, Portugal

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

Resumo

Introdução: carece de estudo a prática diagnóstica na psiquiatria portuguesa do século XIX. Foi objectivo deste estudo, avaliar esta evolução e compará-la com as mutações verificadas na literatura internacional.

Métodos, resultados e discussão: foi efectuada colheita manual dos diagnósticos efectuados no Hospital de Rilhafoles entre os anos de 1848 a 1880 através da consulta do arquivo e consulta da literatura internacional coeva. De 9214 internamentos, identificou-se o diagnóstico de mania como o mais frequente; a lipemania e monomania, inicialmente sobreponíveis, tiveram comportamentos inversos com aumento do primeiro e diminuição do segundo; o de alcoolismo apresentou um crescimento importante logo após surgir, para depois descer e se manter pouco acima do nível inicial; as demências mostraram percurso variável, enquanto a idiotia se manteve constante.

Conclusões: constata-se que a evolução diagnóstica portuguesa corresponde parcialmente à descrita na literatura internacional, nomeadamente a francesa, embora, por vezes, com diferenças temporais acentuadas.

Abstract

Introduction: there is a lack of research in what concerns the evolution of diagnosis in the 19th century Portuguese psychiatry. The aim of this paper was to evaluate this evolution, as well as to compare it with contemporaneous literature.

Methods, results and discussion: The historical archives of Hospital de Rilhafoles were hand-searched for all diagnosis made between 1848 and 1880. A selective review was performed regarding contemporaneous literature. Out of a total of 9214 admissions, we identified the diagnosis of mania as the most frequent; lipemania and monomania, initially overlapping in frequency, had reversed evolutions, with an increase of the former and a decrease of the latter; alcoholism showed a rapid growth right after its appearance, followed by a decrease, reaching a *plateau* slightly above the initial level; dementia had an irregular evolution and idiocy followed a regular pattern.

Conclusion: these results overlap partially with the evolution of international literature, namely the French literature, although sometimes with a marked temporal *décalage*.

Introdução

Apesar de serem sabidos alguns dados no que respeita à evolução dos diagnósticos na psiquiatria internacional do século XIX, nomeadamente na francesa, é escasso o mesmo conhecimento em relação à psiquiatria portuguesa.

Pretendeu-se pois, com este trabalho, avaliar a evolução dos diagnósticos psiquiátricos por parte dos alienistas portugueses, entre os anos de 1848 (ano de abertura do Hospital de Rilhafoles) e 1880 e confirmar se ela seguiu a evolução verificada na literatura internacional. Escolheu-se o referido período, de cerca de 30 anos, por este corresponder a uma época de mudanças nos paradigmas diagnósticos relacionado com a transição do domínio da psiquiatria francesa para a psiquiatria alemã. Por sua vez, antecede o período seguinte, já claramente dominado pelos alemães e, em particular, pela obra de Emil Kraepelin.

Métodos, resultados e discussão

A partir do arquivo do Hospital de Rilhafoles referente ao período compreendido entre os anos de 1848 e 1880, anotaram-se os diagnósticos de todos os doentes admitidos (apenas o principal em caso de duplo diagnóstico). Foram consultados compêndios de dois autores franceses (de Esquirol e Morel, de 1838 e 1860, respectivamente) e de dois autores alemães (de Kahlbaum e Griesinger, de 1863 e 1867, respectivamente), no sentido de comparar a frequência dos diagnósticos em Portugal, com a sensibilidade colocada por estes autores, acerca da existência ou não destas categorias. Foi ainda consultado o trabalho de J. P. Falret acerca da loucura circular.

De um total de 9214 internamentos – dos quais 5169 foram do sexo masculino (56.1%) e 4045 (43.9 %) do sexo feminino, verificou-se que o diagnóstico de mania era o mais habitual, embora com grande variabilidade e uma tendência para um decréscimo final; os diagnósticos de lipemania e monomania, de frequência inicialmente semelhante, tiveram ao longo destes anos, evoluções inversas, com aumento da taxa de aplicação do primeiro e diminuição da do segundo; o diagnóstico de alcoolismo apresentou uma marcada subida logo após o seu aparecimento, para depois decrescer ligeiramente e atingir um *plateau* de estabilização; os números da demência mostraram um curso irregular (por razões que adiante escalpelizaremos), enquanto os da idiotia se mantiveram em escalões sensivelmente constantes (Quadro I).

Mania

A mania foi definida por Esquirol como uma afecção cerebral crónica, geralmente sem febre, caracterizada pela perturbação e exaltação da sensibilidade da inteligência e da vontade, sendo ainda acompanhada de ilusões, alucinações e associação viciosa de ideias, por vezes, com extrema rapidez e incoerência e também por uma profundo distúrbio de todas as faculdades do entendimento. Não a opõe à lipemania por esta resultar de uma perturbação das paixões, embora admita que, nalguns casos, esta a possa preceder ou, pelo contrário, seguir e até alternarem. Situa a idade de início mais provável entre os 20 e os 30 anos, com maior frequência no sexo masculino⁽¹⁾. Por seu turno, Morel dá ao termo “mania”, um cunho mais sindromático, referindo-a aos períodos de excitação⁽²⁾.

Kahlbaum também aponta a mania como podendo existir como síndrome noutras patologias, nomeadamente em combinação com a melancolia, como será adiante exposto, pronunciando-se contra o excessivo alargamento do conceito, enquanto entidade nosológica⁽³⁾.

Igualmente, Griesinger confere-lhe um semelhante estatuto, integrando-a, como adiante veremos, na *folie circulaire* (entretanto já descrita por J. P. Falret) e considerando que

ela nunca surge isoladamente, seguindo-se geralmente a um pródromo melancólico. Descreve-a, detalhadamente, sob o ponto de vista psicopatológico, de uma forma já bastante aproximada à actual⁽⁴⁾.

Vemos assim que estes dois autores alemães aproximam a mania da noção actual, embora também Morel já a houvesse restringido, enquanto Esquirol a mantinha numa conceptualização que hoje situaríamos próxima da de “psicose”. Não por acaso, Griesinger descreve sob o nome de “mania crónica” alguns casos que caberiam no actual conceito de esquizofrenia, naturalmente realçando que a “mania” podia remitir. Pelos números colhidos no arquivo do Hospital de Rilhafoles, nota-se que houve uma ligeira descida, a partir da primeira metade dos anos 60, reflectindo talvez alguma desvalorização dada ao conceito, nomeadamente por Morel (Quadro I).

Lipemania

Esquirol pronuncia-se por esta designação em detrimento da de “melancolia”, defendendo que esta última pertencia sobretudo ao domínio dos poetas e filósofos. Define-a como um delírio parcial, crónico e sem febre, mantido por uma paixão triste, debilitante ou opressiva. Considera-a próxima das monomanias (devido à parcialidade do delírio), razão por que certamente não a individualiza em termos da contagem estatística⁽¹⁾.

O conceito não sofreria muitas alterações de fundo, até aos dias de hoje, sendo que actualmente é consubstanciado na categoria de depressão major (excepto no facto de muitos a incluírem na doença bipolar).

A palavra foi, porém, com o tempo, preterida a favor de “melancolia”. O próprio Morel utiliza mais assiduamente este termo, bem assim como Kahlbaum e Griesinger que nem se lhe referem^(2,3,4).

Nos alienistas portugueses de Rilhafoles, o termo “lipemania” permaneceu constante, ao longo do período estudado, havendo até a registar uma subida dos seus números a partir do início dos anos 70, situação que, portanto, se mostra em contracorrente com o admitido por estes autores. (Quadro I).

Loucura circular

Em 1854, J. P. Falret (1790 – 1870) e J. Baillarger (1809 – 1890) descreveram a “loucura circular” (este último sob o nome de “loucura com dupla forma”), que se caracterizava por uma alternância de fases maníacas, melancólicas e de um intervalo lúcido⁽⁵⁾ que constituiria um embrião do actual conceito de doença bipolar, embora o primeiro colocasse maior ênfase na dimensão nosológica da entidade, até porque o segundo desvalorizava o período livre⁽⁶⁾. Para tal contribuiu a noção, já defendida por Falret, da necessidade da doença mental ser observada longitudinalmente e não apenas em corte transversal. A apreciação relativa ao facto de que os vários acessos mórbidos se consubstanciavam numa unidade clínica, derivou da sua constatação de que estes se manifestavam sucessivamente, em cada doente, com as mesmas características (por exemplo, no que diz respeito à duração e às ideias e sentimentos exprimidos)⁽⁵⁾.

Morel não se mostrou muito entusiasta desta nova entidade, apesar de a aceitar em termos descritivos. Disse mesmo que a mania e a melancolia só podiam ser aceites como fazendo parte de uma classificação, se não fossem tidas como estados permanentes. Porém, desvalorizou a loucura circular por considerar que em todas as

formas de loucura há alternância de estados, nunca existindo um quadro clínico estável ao longo da vida do paciente⁽²⁾.

Kahlbaum pronuncia-se pela existência desta patologia, sugerindo até o nome de *Typica completa varietas circularis*⁽³⁾.

Também Griesinger se mostra favorável ao novo conceito, dizendo até que as fases da doença podem coexistir com as estações do ano (a melancolia com o Outono e Inverno e a mania com a Primavera)⁽⁴⁾.

No período por nós estudado, não há qualquer diagnóstico de loucura circular, o que mostra que os alienistas portugueses não foram sensíveis ao diagnóstico. Para tal pode ter contribuído o facto de o mesmo ter sido conhecido através de uma secção de uma colectânea de lições clínicas e de o quadro, enquanto entidade nosológica, ter sido, no imediato, desvalorizado por outros autores, como Morel. Não se fez sentir, neste particular, a influência dos psiquiatras alemães que adoptaram o conceito.

Monomania

A monomania, termo cunhado por Esquirol, caracterizava-se por um delírio parcial em que o doente, partindo de um princípio falso, produzia, sem se desviar, raciocínios lógicos, extraindo daqui consequências legítimas. Este distúrbio podia concentrar-se num objecto ou em vários objectos circunscritos mas, fora do tema, o doente comportava-se como qualquer outra pessoa. Podia ser acompanhado de ilusões ou alucinações⁽¹⁾. Como vemos, o conceito estaria próximo daquilo que hoje designamos por perturbação delirante, embora, por poder incluir conteúdos implausíveis e alterações da percepção, compreendia também provavelmente alguns casos que Kraepelin, mais tarde, veio a designar por parafrenia e que Bleuler veio a abranger nas esquizofrenias. No entanto, Esquirol também envolveu neste grupo os casos de monomania sem delírio, nos quais o paciente apresenta acções involuntárias, instintivas e irresistíveis e a que hoje poderíamos chamar de perturbação obsessivo-compulsiva, mas onde também poderiam caber ideias sobrevalorizadas¹. Como veremos, na descrição dos subtipos podia igualmente incluir outras afecções, como o abuso de álcool.

Esquirol descreve vários subtipos: erótico (uma paixão fixa e obsessiva, frequentemente por um objecto inacessível, que lhe “corresponde” a afeição); raciocinante (em que um delírio caracterizado pela lógica das ilações pode levar a actos consequentes de natureza funesta); de embriaguez (uma necessidade de ingestão alcoólica, que podia já ser determinada por outra causa moral, com consequências médicas e psiquiátricas graves); incendiária (desejo irreprímível de atear incêndios, por motivos variados, por vezes, fúteis, outras vezes, desencadeados por sintomas psicóticos, outras ainda por obsessões); homicida (podendo ou não resultar de delírio).

Morel não simpatizava com o diagnóstico de monomania, dado considerar que as doenças mentais têm uma tendência natural para a oscilação e a alternância, o que não se coadunaria com a noção de ideia fixa e imutável que Esquirol lhe pretendia conferir. Pensa ainda que a imobilidade das ideias delirantes é aparente, e a existir, será excepção causada por determinadas condições patológicas⁽²⁾.

¹ Balzac, em “Eugénie Grandet”, publicado em 1833, descreve a avareza exagerada, como “monomaniaca”; também em “Moby Dick”, escrito em 1851, Herman Melville qualifica o desejo vingativo crónico e cego de Ahad, em relação à baleia, como “monomaniaco”.

Kalhbaum, em 1863, mantém o essencial da sua definição, qualificando-as de *vesaniae circa unam rem* (loucura de uma coisa) e por isso, capazes de levar a que muitos psiquiatras neguem a sua existência e de colocar alguns problemas na área forense. Porque, acrescenta, se o distúrbio é parcial em termos intelectuais, é total enquanto mental, concordando com Guislan que o qualificou de monofrenia. Dois anos depois renomeou-a *primäre verrücktheit* (“loucura primária”)⁽³⁾.

Griesinger, na segunda edição do seu tratado, em 1867, considera a monomania como caracterizando-se pela ideia exagerada que o doente tem de si próprio e ainda por o delírio daí resultante não ser afectado, a não ser momentaneamente, por circunstâncias externas, como na mania e não sendo acompanhada, como esta, por turbulência emocional. Admite a implausibilidade do delírio, a concomitância de alterações da percepção, bem como, numa minoria de casos, a evolução demencial. Comparativamente à mania, confere-lhe um prognóstico mais desfavorável⁽⁴⁾.

Apesar da raridade dos números sobre a monomania, o próprio reconhecimento de dúvidas sobre a existência da patologia, mostra que estes autores, já a colocavam numa zona, se não de raridade, pelo menos de infrequência. No entanto, os poucos dados que existiam no final do século XIX eram díspares, provavelmente porque o conceito também não era uniforme. Só Neisser, em 1891, deu à já então nomeada “paranóia” uma definição próxima da actual: um delírio fixo até à morte, articulado de forma lógica e internamente consistente⁽⁷⁾.

Entre os alienistas portugueses, verifica-se que o diagnóstico de monomania tem uma evolução irregular, assistindo-se a uma quebra importante no início dos anos 60. Para este fenómeno, pode ter concorrido a publicação do segundo compêndio de Morel (1860) que, como vimos, desvalorizava o diagnóstico⁽²⁾. Para o último declive poderá ter contribuído o reconhecimento, por parte de alguns psiquiatras alemães, como Griesinger, da maior especificidade e delimitação do quadro (Quadro I).

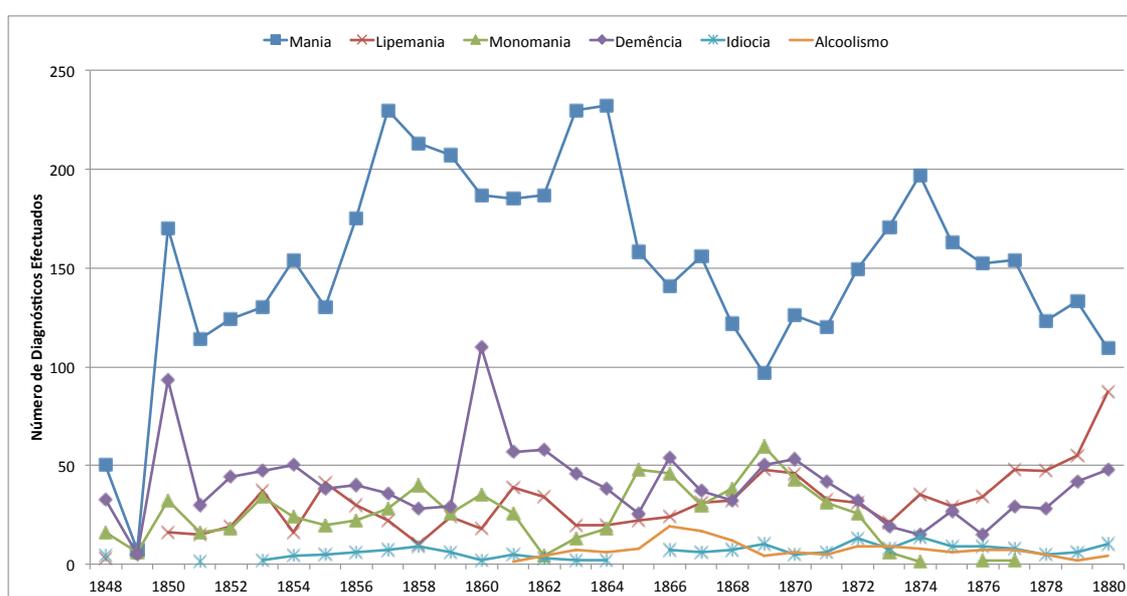
Alcoolismo

Apesar de serem já conhecidos os malefícios do álcool sobre a saúde psíquica, nomeadamente, aquilo que hoje designamos por psicoses alcoólicas (o *delirium tremens* era já reconhecido), o abuso continuado do álcool, enquanto doença – com o nome de alcoolismo –, só foi reconhecido em 1849 com a publicação de um tratado do autor sueco Magnus Huss, traduzido para alemão, em 1852, sendo o termo referido por Morel, em 1860. Data de 1861 o primeiro caso de diagnóstico de alcoolismo em Rilhafoles, em duplo diagnóstico, e do ano seguinte, em forma isolada. Neste aspecto, os alienistas de Rilhafoles mostraram uma actualização apurada, talvez por o diagnóstico ser menos subjectivo. Nos cinco anos subsequentes houve até um incremento considerável deste diagnóstico para depois descer e se estabilizar (Quadro I).

Demência e idiocia

Estes conceitos, foram definidos por Pinel, em termos que, no essencial, ainda hoje se mantêm (embora o último com a designação de atraso mental), referem-se a um défice intelectual, no primeiro caso, adquirido e no segundo, constitucional. Verifica-se que não tiveram, quanto aos seus números, em Rilhafoles, modificações significativas. Apenas há a salientar, como referimos no trabalho que aqui apresentámos no ano

passado, que a demência, a partir dos anos 60, se passou a diagnosticar mais nos adultos jovens, fisicamente saudáveis (provavelmente doentes com esquizofrenia), o que também talvez reflecta o conceito de “demência precoce” de Morel, de 1860 e que pode ter contribuído para o aumento total das demências⁽⁸⁾. Há a referir ainda dois primeiros picos, no final dos anos 40 e no início dos anos 50, que poderão dever-se à abertura recente do hospital e à consequente admissão de muitos doentes com quadros clínicos possivelmente correspondentes ao actual conceito de esquizofrenia, até porque ele é prévio à publicação do primeiro livro do autor francês, de 1852, onde já se referia a “demência juvenil” (Quadro I). Constata-se, aliás, que esses picos correspondem, precisamente às aberturas das enfermarias femininas, no primeiro caso (1848) e das masculinas (1850), no segundo.



Quadro I – Evolução dos diagnósticos em Rilhafolhos (1848-1880)

Conclusões

Podemos concluir que os alienistas portugueses do terceiro quartel do século XIX permaneceram, no essencial, ligados às concepções de Esquirol, embora as ideias de Morel também tenham, provavelmente, influenciado na evolução do pensamento psiquiátrico nacional, até porque sabemos, por algumas publicações, de Júlio de Matos, em 1884⁽⁹⁾ e António Sena, em 1885⁽¹⁰⁾, que o conceito de degeneração, da autoria de Morel, teve eco nesses médicos. Nota-se, porém, já no final do período, um ligeiro efeito das ideias dos autores alemães.

Bibliografia

- 1 - Esquirol, J.-E., Des Maladies Mentales. Deuxième volume. Paris. J. B. Baillière, 1838.
 - 2 - Morel, B., A., Traité des Maladies mentales. Paris. Librairie Victor Masson, 1860.
 - 3 - Griesinger, W. 1867. Mental Pathology and Therapeutics. 2nd Edition. Londres. The New Sydenham Society, 1867.
 - 4 - Bergmann (von), E., Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen (K. L. Kahlbaum). Saarbrücken. VDM Verlag Dr. Müller e. K. und Lizengeber, 2007.
 - 5 - Falret, J. P., De la folie circulaire, ou forme de maladie mentale caractérisée par l'alternative régulière de la manie et de la mélancholie. Leçons cliniques de Médecine Mentale faites à l'hôpital de la Salpêtrière. Paris. Baillière. 1854.
 - 6 - Marneros, A. Angst, J., Bipolar disorders: roots and evolution. In: Marneros, A. Angst, J. Bipolar Disorders. 100 years after manic-depressive insanity. Nova Iorque. Kluwer Academic Publisher, 2002.
 - 7 - Lewis, A., Paranoia and paranoid: a historical perspective. Psychological Medicine, 1970, I, 2-12.
 - 8 - Borja Santos, N., Palma, M., Trancas, B., A demência (precoce) na psiquiatria portuguesa do século XIX. In: Pereira, A. L., Pita, J. R. IV Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra. Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia-CEIS20 e Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde. 2014.
 - 9 - Matos, J., Manual das Doenças Mentais. Porto. Livraria Central de Campos & Godinho Editores. 1884.
 - 10 - Sena, A. M. 2003. Os Alienados em Portugal. Lisboa. Ulmeiro. 2003.
-

BRUXARIA E DOENÇA MENTAL NA REGIÃO DO BARROSO

Pedro Macedo¹; Filipa Veríssimo²

¹Médico (Interno Complementar de Psiquiatria)

²Médica (Assistente Hospitalar de Psiquiatria)

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Dour

¹E-mail:pedromacedo33@gmail.com

²E-mail:filipaverissimo@iol.pt

Resumo

A génese da psicopatologia continua envolta em mistério e incredulidade. Frequentemente, a sua causalidade é atribuída a entidades supersticiosas, em conformidade com crenças validadas por valores partilhados pela comunidade. Comportamentos interpretados como bizarros, podem representar uma linguagem pela qual o doente apela inconscientemente (ou não) aos ditos valores, alcançando a atenção e possivelmente a ajuda, que de outro modo lhe seria negada. O conhecimento da cultura na qual “opera” o psiquiatra revela-se essencial ao reconhecimento de metáforas cujo significado mais profundo encerra sugestões a uma aliança mais terapêutica.

Pretende-se abordar a influência da cultura e tradições do Barroso, território na região de Trás-Os-Montes e Alto Douro, no modo como é encarada a doença mental e explorar a relação estabelecida com o Bruxo, a quem o doente recorre na procura de aceitação e alívio não encontrado em meios mais ortodoxos.

Palavras-chave: Bruxaria; Sugestionabilidade; Dissociação; Conversão

Abstract

The origin of psychopathology still evokes great mystery and perplexity. Among communitarian societies its causality has been linked to superstitious entities, in conformity to their beliefs. Behaviour seen as bizarre might represent an idiom, which has meaning within the patient’s culture; such expression enhances the possibility of assistance. A profound knowledge of the patient’s culture, enables the psychiatrist to recognise metaphors, whose understanding ensures a more effective treatment.

These revision pretends to expose in which way the cultural beliefs of Barroso, territory in Trás-Os-Montes e Alto Douro, affects the way mental illness is seen as well as to explore the relationship between mental patients and “healers”.

Introdução

A experiência da doença não se limita ao vivenciar dos sintomas que a caracterizam. Neste processo interferem fatores emocionais do doente e dos seus contactos mais próximos, revestindo a doença de significado e atribuindo-lhe uma origem. Assim, a causa da qual decorre o *pathos*, resulta de um sistema complexo de adversidades, sendo estas, indissociáveis do contexto socio-económico-cultural em que os indivíduos interagem. Compreende-se assim que duas culturas diferentes atribuam diferentes significados à mesma doença. A influência destes fatores é particularmente notada no caso da doença mental, visto esta perturbar as relações interpessoais.

Pretende-se abordar a influência da cultura e tradições do Barroso, território na região de Trás-Os-Montes e Alto Douro, no modo como é encarada a doença mental e explorar a relação estabelecida com o Bruxo, a quem o doente recorre na procura de validação e alívio não encontrado em meios mais ortodoxos.

Desenvolvimento do tema

A “terra do Barroso” situa-se na região de Trás-Os-Montes e Alto Douro e compõe-se pelos concelhos de Montalegre, Boticas e algumas localidades vizinhas. A sua população é maioritariamente de características rurais dedicando-se à agricultura tradicional e atividades de pecuária e pastoreio ¹.

Diversos fatores concorrem ao isolamento desta zona. Por um lado, o território insere-se numa paisagem acidentada, que intercala montanhas altas com vales profundos. Por outro, o longo inverno de temperaturas baixas é seguido de verões intensos que condicionam a prática de uma atividade laboral, já de si, difícil ¹. Estas características promoveram o desenvolvimento de uma sociedade de características comunitárias, ditadas por valores de entreajuda que visam facilitar a sobrevivência. Este espírito encontra-se bem espelhado pela figura do *Boi do Povo* ¹.

Apesar do fenómeno da globalização, a tradição comunitária resistiu nesta população, nomeadamente pela transmissão oral da sua história. Para tal contribui, entre outros, um baixo nível de escolaridade, pouco propício a um sentido crítico das tradições. Mantiveram-se assim, superstições e crenças, principalmente em gerações mais envelhecidas ¹.

Algumas considerações em relação ao modo como é vivida a religião no Barroso, permite um melhor entendimento do modo como a doença mental é encarada. A Igreja ocupou e ocupa ainda um papel central nesta sociedade, tendo exercido longamente o monopólio da educação. Paradoxalmente são visíveis diversas influências pagãs na vivência desta fé, as quais representam uma herança dos diferentes povos que colonizaram esta região ¹. A expressão máxima do culto ocorre, à semelhança de outras localidades, na Festa da Aldeia, na qual se sucedem procissões, bailes e outras demonstrações de folclore. Estas visam o reforço da identidade/unidade da comunidade e o agradecimento das “colheitas/riquezas” do ano. A imagem de Deus confunde-se assim com a da própria Natureza, que necessita de ser celebrada e apaziguada, perante o risco de se revoltar. Estes rituais espelham os valores positivos do paganismo e do agricultor do neolítico e reforçam a importância dos valores comunitários já referidos ¹.

O homem do Barroso apesar de temerosamente religioso apresenta um igual fascínio pelo *Mal*, sendo este utilizado para justificar todas as adversidades do dia-a-dia. Prática habitual da aldeia, o “enterro do Entrudo” personifica o mal cometido durante o ano e que necessita ser enterrado para expiação dos pecados. Já na opinião do Padre António Fontes, o Barroso parece cultivar Deus ao mesmo tempo que, defensivamente, louva o Diabo ¹.

Assim, o habitante do Barroso vive em estreita e privada ligação com a terra de quem cuida e cujo fruto garante a sua sobrevivência. O isolamento da região em que vive, aliado a uma baixa escolaridade, leva-o e encarar com desconfiança qualquer elemento que possa perturbar a sua relação com a terra. Face à ameaça real ou imaginária, reage frequentemente com violência, culminando por vezes em mortes. Esta taxa elevada de homicídios é facilitada não só pela difusão do porte de armas mas também por um

consumo de álcool muito prevalente que estimula um ímpeto já explosivo. Este povo que recebe com amabilidade quem passa, observa com desconfiança e alguma hostilidade o estrangeiro que procura fixar-se e ocupar-se da terra que é sua¹.

A doença mental vem de algum modo perturbar esta estabilidade que o barrosão tanto preza. Segundo Helman, a psicopatologia pode ser determinada pelo modo como a sociedade define normalidade, isto é, existe um conjunto de crenças partilhadas pela população que determinam como um indivíduo se deve relacionar com os outros e consigo mesmo. No entanto, certos comportamentos considerados como “anormais” podem ser pontualmente aceites se “controlados ou determinados” por códigos sociais. Considerando a realidade barrosã, o Entrudo mascarado que bate nas portas e ameaça todos, constitui um fenómeno *per se* anormal, mas que é aceite na antecipação da Quaresma².

Os comportamentos não controlados acabam por ser aqueles que são encarados com maior preocupação. Nenhuma cultura permanece indiferente, à manifestação de comportamentos perturbados, ameaçadores ou bizarros. Entre os sintomas geralmente associados à Doença Mental destaca-se a ansiedade descontrolada, a depressão, a agitação, o *delirium*, os cortes de contato com a realidade (desrealização) e a auto e hetera agressividade. Nestas sociedades comunitárias, a “loucura” é invocada quando se apresenta um comportamento anormal, não controlado por normas sociais e desprovido de propósito ou causa aparente. Curiosamente, esta definição assemelha-se à incompreensibilidade citada por Jaspers e, contrariamente aos outros tipo de conduta não se acompanha de *insight* por parte do doente. Existem outros comportamentos também não controlados por normas sociais, que não sendo desejáveis (e considerados frequentemente como ilegais) são encarados como “normais”. Estes são conotados como “maus” ou “criminosos” e a culpabilidade destes indivíduos é justificada pela consciência da consequência dos seus atos. Convém lembrar, que o conceito de normalidade é mutável, assim como o são as regras da sociedade, pelo que os comportamentos oscilam no modo como são definidos².

Devido à pela sua complexidade dos comportamentos anormais mas controlados, algumas considerações devem ser expostas. Retomando o exemplo do Barroso, não é raro os habitantes referirem ouvir “vozes de mortos”, principalmente no seguimento de um funeral. Fenomenologicamente, esta descrição lembra alucinações. No entanto, numa cultura que valida a existência de espíritos, falar com os mortos pode enquadrar-se num processo de luto normativo. Percebe-se deste modo a importância de enquadrar os comportamentos na cultura prevalente em determinada população. Por outro lado, a verbalização de conflitos intrapsíquicos pode, em certos casos, acompanhar-se de baixa expectativa de ajuda. Por exemplo, uma mulher pode escolher não expor a sua condição de vítima de violência doméstica se estas agressões não forem culturalmente recriminadas. Podem por isso, consciente ou inconscientemente, adotar comportamentos anormais que por serem controlados e regrados pela comunidade, se associam a uma maior probabilidade de auxílio. Um destes comportamentos anormais, descrito na tradição oral e escrita do Barroso, corresponde ao fenómeno da “possessão demoníaca”. Este pode cursar com auto e hetera agressividade, choro e gritos incontroláveis, trémulo, insónia, coprolalia e alteração do estado de consciência, por vezes com catatonia. Esta apresentação pode suscitar vários diagnósticos psiquiátricos, que na sua maioria são interpretados como quadros dissociativos. Apesar de anormais, o modo como se

apresentam estas “possessões” e o contexto em que se manifestam não é aleatório, ocorrendo, em conformidade com certos valores. Assim, a Cultura disponibiliza uma “linguagem de *stress*” que permite ao doente expressar o seu sofrimento de um modo aceite pela sua comunidade ². Nesta lógica, Seligman e Kirmayer propõem uma perspetiva antropológica discursiva relativamente aos fenómenos dissociativos ³.

Como foi dito anteriormente, parte integrante da componente emocional da doença consiste na atribuição de uma causa. Segundo Kleinman, a etiologia pode ser considerada em quatro planos diferentes: individual, ambiental, social e supernatural/divino. As duas primeiras são típicas, embora não exclusivas, de sociedades desenvolvidas e informadas, que tendem a interpretar a doença como consequência do seu comportamento, dieta, emoções e exposição a condições ambientais adversas. Estas explicações tendem a responsabilizar o indivíduo pela sua morbidade. Pelo contrário, considerar uma origem social da doença implica culpar os outros. Concretamente em relação ao Barroso, à semelhança de outras sociedades comunitárias, atos de bruxaria ou de mau-olhado podem ser invocados como explicação. Nestes casos, não é raro, a existência de um conflito interpessoal. Finalmente, tendo em conta a importância que é atribuída à religião, a noção de doença como um castigo de Deus é frequentemente mencionada. Considera-se que esta punição resulta de um comportamento incorreto ou imoral, estando por vezes associado a sentimentos de culpa. O reconhecer desta atitude, pelo arrependimento e cumprimento de penitências ou de outros rituais, pode ser um passo para o restabelecimento do bem-estar prévio e da boa relação com a Igreja. Também a ideia da “possessão demoníaca” pressupõe a existência de seres místicos (demónios) capazes de provocar “mal-estar”. A ideia de castigo é de novo invocada para justificar a sua ocorrência ².

Apesar desta descrição fragmentada, a origem definida pelo doente é complexa e composta de elementos destas diferentes esferas, que variam entre os diversos elementos da mesma comunidade. Atribuir uma origem social e mística implica colocar fora do controlo do doente a origem do problema. Nestas formas externalizantes, há por parte do doente, uma necessidade de recriar uma “narrativa” que atribua um significado à doença. Na construção da mesma beneficia da ajuda da família, do médico mas também de elementos alternativos como os famigerados bruxos ².

De acordo com Kleinman, qualquer sociedade complexa é constituída por três sectores de saúde: o popular, o folclórico e o profissional. O primeiro é constituído pelo conjunto de conhecimentos adquiridos em experiências prévias por leigos e que são partilhados sem qualquer forma de pagamento. O sector folclórico é operado por indivíduos que se especializam em formas de tratamento sagradas, seculares ou alternativas, e que são observados com algum desdém pelo sector profissional na terra do Barroso. Curiosamente o trabalho dos bruxos tem vindo a ser validado publicamente, nomeadamente pela realização do Congresso de Vilar de Perdizes.

A abordagem dos bruxos é holística, servindo-se de diferentes esferas, nomeadamente os planos individual, ambiental, social e supernatural/divino, já referidos, para explicar e atribuir um significado à doença. Ao contrário do que sucede numa consulta médica, o bruxo é o comunicador principal, recebendo escassas informações por parte do doente. A sua eficácia é garantida pela rapidez com que determina o diagnóstico, o que contrasta com a atitude do médico, que tudo procura perguntar. O curandeiro deve desenvolver um sistema de referências que explique a natureza do problema e em última

instância permita resolvê-lo. Desta forma, edifica-se segundo Dow, um “Mundo Mítico” constituído por um conjunto de metáforas, crenças e idiomas partilhados pelo doente. Para que tal criação seja eficaz, é essencial estabelecer-se uma “ponte” simbólica com a experiência subjetiva do doente. O bruxo deve convencê-lo de que os seus problemas podem ser explicados simbolicamente. Rapidamente é devolvido ao doente uma explicação para todos os seus problemas, o que contrasta com a confusão prévia por ele sentida. A transposição dos seus conflitos para um mundo paralelo permite-lhe distanciar-se das suas emoções, o que autoriza abordar temas antes evitados por sentimentos de culpa. Promove-se assim um *locus* de controlo externo⁴.

Vários fatores contribuem para o fascínio que rodeia a figura do bruxo. Este apresenta-se como um ser que tudo sabe e o modo como se expõe adquire contornos teatrais, servindo-se de várias técnicas de retórica para captar a atenção do doente. A este são dirigidos vários elogios, com o objetivo de restabelecer a sua autoestima, facto potenciado por uma descrição positiva do presente e principalmente do futuro. Qualquer observação negativa é evitada, mas se necessária é minimizada e justificada por eventos no mundo mítico. Entre os vários meios utilizados pelo bruxo para alcançar o seu conhecimento, António Fontes destaca: a apantomancia (arte de adivinhar acontecimentos casuais), oniromancia (arte de adivinhar através dos sonhos), ornitomancia (arte de adivinhar através dos pássaros), leitura dos astros e espiritismo. Esta última técnica, acompanha-se frequentemente de simulação de fenómenos dissociativos^{1,4}.

O doente sobressai como a vítima de uma situação que não controla. Cria-se portanto uma dinâmica entre o bruxo e o doente, da qual resulta uma “narrativa” que atribui um novo significado ao motivo que originou este encontro. As emoções, causa de sofrimento, são então ordenadas e enquadradas num contexto sociocultural mais alargado, com sugestões de um comportamento futuro. Esta “mudança terapêutica” é então encerrada por rituais em que o doente é “purificado” e autorizado a prosseguir no mundo terreno. Vários objetos culturalmente significantes são utilizados pelo bruxo, podendo mesmo ser cedidos ao doente como uma extensão do poder do primeiro⁴. Na cultura Barrosã, estes objetos têm frequentemente um simbolismo religioso ou profano, dos quais António Fontes destaca: o sino-saimão, a meia-lua, as pedras do raio, o copo de alicórnio, a corda de esparto e as contas de raposa (feldspato)¹.

Apesar da inegável modernização da região do Barroso facilitada por melhores acessos, difusão dos meios de comunicação social (principalmente o rádio e televisão) e até pelo regresso e visitas de emigrantes, é notória a ligação do povo às suas crenças e tradições. A qualidade de “loucura” é atribuída ao comportamento anormal que não obedece às regras determinadas pela população e que carece de causa ou objetivo. Esta comunidade que reage defensivamente à novidade ou diferença, encara também com desconfiança a doença mental. A perplexidade provocada no doente mas também nos seus próximos leva a privilegiar etiologias de ordem social e sobrenatural, processo esse favorecido por crenças já descritas. Por outro lado, comportamentos considerados como anormais mas reconhecidos pela sociedade (como a “possessão” demoníaca) constituem linguagens de *stress* pelo qual o doente legitima o seu sofrimento².

A bruxaria pelo reforço de um *locus* de controlo externo permite abordar alguns temas que de outra forma seriam censuráveis. A validação dada aos sintomas do doente e a separação da sua condição permitem um restabelecimento do seu papel na sociedade,

sobretudo pelo envolvimento direto da família no processo de cura. A sugestionabilidade é central na eficácia destes processos. Percebe-se deste modo, o maior benefício destas “terapias” em perturbações do espectro neurótico e somatoforme. Curiosamente, estes doentes podem recorrer paralelamente ao sistema profissional e folclórico. O bruxo considera ainda o doente não só na sua dimensão física e mental, mas também nos aspetos sociais, morais e espirituais, que tendem a ser ignorados por profissionais de Saúde. Estes dois regimes terapêuticos não se contrariam completamente, já que o doente os procura com diferentes objetivos. Se o primeiro adota uma postura mais científica que visa explicar “o que aconteceu”, o segundo procura determinar “o porquê” da doença. Também a falência do sistema profissional em oferecer respostas que o doente almeja pode motivar a procura destes tratamentos. Esta busca pode resultar quer de uma ineficácia real do tratamento quer pelo facto de o doente e respetiva família não aceitarem o diagnóstico e respetiva condição determinadas pelo Psiquiatra. Atenta-se ao caso da sintomatologia negativa em doentes com esquizofrenia que as famílias têm dificuldade em aceitar. Finalmente, tendo em conta que se trata de uma região com uma importante população emigrante, o recurso ao bruxo poderá representar uma oportunidade para estes indivíduos renovarem laços com esta forma de “tratamento” culturalmente tão significante⁵.

Conclusão

É frequente na região do Barroso, os doentes recorrerem a bruxos para o tratamento de diversas patologias, principalmente no caso da doença mental. O médico assistente pode reagir a este facto com alguma desconfiança, podendo mesmo sentir-se desvalorizado. No entanto, refletir sobre os motivos que levam a procurar outras opções ou complementos terapêuticos pode revelar-se mais proveitoso que a mera crítica e reprovação. Tal como já foi referido, “estar doente” acompanha-se de uma resposta emocional condicionada por fatores culturais. O reconhecimento destes permite não só entender os medos e receios de quem sofre de doença mental mas também reconhecer comportamentos cujo significado literal encerra sugestões a um tratamento mais eficaz.

Fontes e Bibliografia

1. FONTES, António Lourenço – Etnografia Transmontana, Lisboa: Âncora Editora, 2014.
2. HELMAN, Cecil – Culture, Health and Illness, New York: Arnold, 2001.
3. SELIGMAN, Rebecca; KIRMAYER, Laurence J. Dissociative experience and cultural neuroscience: narrative, metaphor and mechanism. *Culture, medicine and psychiatry*, 2008, 32.1: 31-64.
4. POPPER-GIVEON, Ariela; AL-KRENAWI, Alean. Women as Healers; Women as Clients: The Encounter Between Traditional Arab Women Healers and Their Clients. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 2010, 34.3: 468-499.
5. NUNES Berta - O Saber Médico do Povo, Lisboa: Fim de Século Edições, 1997

UMA VISÃO HOLÍSTICA DA PATOLOGIA GERAL: A PSICOPATOLOGIA DE ROBERTO NÓVOA SANTOS

Miguel Angel Miguélez Silva¹; María Piñeiro Fraga²; María José Louzao Martínez³; Vanessa Cerqueira Pujales⁴; Tiburcio Angosto Saura⁵

¹Médico Psiquiatra; ²Enfermera Especialista en Salud Mental; ³Médico Psiquiatra;

⁴Enfermera; ⁵Médico Psiquiatra

CHUVI (Complejo Hospitalario de Vigo, España)

Emails:miguelang333@hotmail.com; marpifra@hotmail.com;

jolouzao@hotmail.com;vancepu@hotmail.com; tibur1995@hotmail.com

Resumo

Roberto Nóvoa Santos nasceu na Coruña no ano 1885. Desde cedo foi um brilhante estudante obtendo diversos prémios extraordinários, situação que se manteve durante os seus estudos de medicina.

Além disso, mostrava elevado interesse por temas como a filosofia, literatura e estudou alemão, francês e inglês.

No ano 1911 consegue a cátedra universitária de patologia geral em Santiago, e aí iniciou um período de grande criatividade científica, sendo muito admirado pelos seus alunos.

Em 1927, alentado por D. Gregorio Marañón, opta a cátedra na universidade madrilenha, ganhando o concurso. Nessa época, em Madrid destacavam três grandes clínicos: Marañón, Jiménez e Nóvoa Santos.

Durante a sua carreira profissional foi o autor de cerca de 245 trabalhos, com destaque para o seu Manual de Patologia Geral e diversas obras relacionadas com a saúde mental. Propomos uma viagem entorno à obra de Nóvoa Santos que foi o primeiro patologista geral em incluir a psicopatologia num Manual de Patologia Geral, livro de grande difusão na época. Veremos ao longo da nossa viagem as constantes citas a autores como Freud, Kraepelin, Janet, Charcot, Bleuler, Pavlov entre outros.

Palabras clave: Nóvoa Santos, Roberto; Psicopatologia; Patologia Geral

Abstract

Roberto Novoa Santos was born in the year 1885 in Coruña. Early was a brilliant student getting several extraordinary premiums, a situation that remained during his medical studies.

In addition, showed high interest in topics such as philosophy, literature and studied German, French and English.

In the year 1911 obtained the general pathology university chair in Santiago, and there began a great scientific creativity period, being much admired by his students.

In 1927, encouraged by D. Gregorio Marañón, chooses the chair at Madrid University, winning the contest. At that time, in Madrid highlighted three great physicians: Marañón, Jiménez and Nóvoa Santos.

During his professional career was the author of about 245 works, being particularly relevant the General Pathology Manual and several works related to mental health.

We propose a trip around the work of N6voa Santos, who was the first general pathologist to include psychopathology in a General Pathology Manual, a mass-market book at the time. We will see throughout our trip the citations of authors like Freud, Kraepelin, Janet, Charcot, Bleuler, Pavlov, etc.

Introdução e situação da psiquiatria na época:

O nosso trabalho fundamenta-se no Capítulo que está dentro da Patologia Geral, dedicado à Psicopatologia. Pensamos que é a primeira vez que dentro dum texto de Medicina é incluído um capítulo inteiro dedicado aos problemas mentais.

Enquanto Roberto N6voa Santos elaborava a sua Patologia Geral e o seu Capítulo sobre Psicopatologia, que supomos que o escreve entre 1911 e 1916, ano da publicação do primeiro Tomo, esta-se a desenvolver uma mudança na conceção das doenças mentais, assim como o passo do alienismo á psiquiatria. Esta mudança surge quando os alienistas estabelecem pontes com outras disciplinas, como a medicina somática e sobre tudo a Neurologia, o nascimento da psicologia e também com o que naquela época se chamava ciências do homem: antropologia etc. Um exemplo é a criação da Revista L'Encéphale (1906) que tinha como lema; “ *romper o isolamento no que se tinha deixado a patologia mental*”. Começam a aparecer os congressos que terão por nome: Congrès des Médecins Alinénistes et Neurologistes ou bem de Psiquiatria, Neurologia, Psicologia e Assistência aos alienados. A um destes congressos, o I Congresso Internacional de 1907¹ que teve lugar no mês de setembro em Amsterdam, acode um jovem RNS (22 años) com uma comunicação: “*Temps reflexe et temps conscient*” na que tenta encontrar a relação entre materia e espírito e os fenómenos da vida transpessoal².

Por outro lado em Austria, Alemanha e França as classificações das doenças mentais, o desenvolvimento da psicopatologia e a obra de Freud vão dar os sinais de identidade da psiquiatria, que terão o seu esplendor até depois da II Guerra Mundial, momento na que as classificações internacionais das doenças mentais assim como a aparição da psicofarmacologia marcarão um rumo muito diferente desta disciplina.

Entre 1909 e 1913, E. Kraepelin, preparou a oitava edição do seu Manual de Psiquiatria, que já alcançava o monumental número de duas mil quinhentas páginas e que se poderia considerar como uma grande síntese dos conhecimentos psiquiátricos da sua época. Incorpora, além (disso) do mais, as respostas às críticas que despertou a sexta edição nas escolas francesas e de Zurich. Mantém a sua classificação das doenças mentais baseadas na evolução e é a classificação mais utilizada nos Hospitais Psiquiátricos e pelos especialistas da época, até que aparecem, na metade do S.XX as que realizam os organismos internacionais.

¹ A este congreso acode como delegado por la JAE D. Santiago Ramón y Cajal que realiza un amplio informe sobre las comunicaciones presentadas pero no menciona la aportación del Dr. N6voa Santos (Ver Informe Anual de JAE de 1907 en <http://cedros.residencia.csic.es/imagenes/Portal/ArchivoJAE/memorias/001.pdf>) el texto se publica en la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas de 1907, pag 202-219 <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0002212963&search=&lang=es>

² García- Sabell, Domingo: Hombres que hicieron Galicia: Roberto Novoa Santos. Edición Patrocinada por el Banco del Noroeste. (1981).

Jaspers publica em 1913 a *Psicopatologia Gêral* à idade de 30 anos que otorga entidade científica tanto à psiquiatria como às relações da psiquiatria com a fenomenologia.

Freud ao longo desta década publica, entre outros, três ensaios sobre a vida sexual (1905). Puntualizações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiograficamente: O presidente Schreber (1911), *Introdução ao narcisismo* (1914) e já em 1915 “O inconsciente”¹,

Também em 1911, **E. Bleuler** publica a sua grande obra, “*Dementia praecox: o grupo das esquizofrenias*” na que recolhendo a tradição nosológica do seu maestro Kraepelin e a influência do inconsciente no desenvolvimento dos sintomas, estabelece a diferença entre os sintomas fundamentais da esquizofrenia: Transtorno da associação, da afetividade, autismo e ambivalência; dos sintomas secundários: delírios, alucinações etc.

O exame científico da consciência, que estava já contido nas ideias de Locke e Leibniz, começou a desenvolver-se no século XIX. **Wilhelm Wundt** criou um laboratório de estudo da consciência. O seu propósito era investigar cómo se formam as sensações, as imagens no seu cérebro, a memória, as percepções do tempo e espaço, etc. Desenvolveu o seu trabalho sobre a base do único meio que se dispunha, que era a introspeção: é o próprio individuo quem melhor pode examinar o comportamento da sua consciência. Os primeiros anos do S.XX toda a psicologia esteve centrada nos experimentos de Wundt.

Devido a umas Bolsas da Junta de Ampliação de Estudos (JAE), Roberto Nóvoa Santos pôde viajar por varios países europeus conhecendo a situação da ciência e os avanços científicos contactando com as personalidades científicas mais relevantes.

No entanto, em maio de 1912 tem que interromper a sua estância no estrangeiro pois deve apresentar-se à Cátedra de Patologia Geral na Universidade de Santiago de Compostela (Roberto Nóvoa Santos chama-a sempre Universidade da Galiza) obtendo-a em maio desse mesmo ano.

Como dissemos anteriormente, em 1916 inicia-se a publicação da *Patologia Geral* (Três tomos), aparecendo o último tomo em 1919. Este tratado alcança a oitava edição sendo as três últimas póstumas (1934,1943 e 1948).

¹ Aunque la idea de Inconsciente (Primera tópica) ya aparece formulada en el último capítulo de “La interpretación de los sueños: Lo inconsciente y la conciencia. la realidad”(1900) y en un artículo de 1912: “Algunas observaciones sobre el concepto de Inconsciente”.

Memória de la JAE de 1911

mas, precipitadas, etc.

145. *Don Roberto Nóvoa Santos*, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.—Real orden de 26-V-1911. Un año. Francia, Austria y Alemania. Fisiología y Patología de la nutrición, de las secreciones internas y de la sangre.—Empezó sus estudios á primeros de Octubre. Residió un mes en Burdeos y dos en París, dedicándose en ambas ciudades al estudio clínico de los problemas objeto de la pensión.

Desde que la disfruta ha hecho los siguientes trabajos: “Una teoría del origen de la glucosuria en la diabetes”, “Nota sobre la coloración y una forma degenerativa de los glóbulos rojos” y “Vitalidad y movimientos vitales de los entrocitos”, en la *Zentralblatt f. die gesamte Physiologie u. Pathologie des Stoffwechsels u. Sammelorgan &c.*, en la *Presse Medicale* y en *Clínica y Laboratorio*, respectivamente, y “Estado actual de la clasificación de las perturbaciones metabólicas de los albuminoides”.

No entanto, em maio de 1912 tem que interromper a sua estância no estrangeiro pois deve apresentar-se à Cátedra de Patologia Geral na Universidade de Santiago de Compostela (Roberto Nóvoa Santos chama-a sempre Universidade da Galiza) obtendo-a em maio desse mesmo ano.

Como dissemos anteriormente, em 1916 inicia-se a publicação da Patologia Geral (Três tomos), aparecendo o último tomo em 1919. Este tratado alcança a oitava edição sendo as três últimas póstumias (1934,1943 e 1948).

Análise da Psicopatologia

Inicia o Capítulo com a definição de psíquico; é todo aquel acto do qual nos damos conta; ou seja é “consciente. Não se pode falar de actos inconscientes. Os actos inconscientes são processos conscientes que foram experimentando um processo de regressão perdendo o seu carácter de psíquico. Têm lugar fora do campo da consciência; são processos fisiológicos nervosos. O psíquico é um epifenómeno de processos nervosos fisiológicos, processos que se desenvolverão da mesma maneira com independência de todo fenómeno psicológico.

Define a consciência “*como a via pela qual flui uma série de imagens e de símbolos mentais cujo conjunto representam um pequeno fragmento da nossa vida espiritual*”. Sobre este conceito volta duma forma mais intensa em 1920 no discurso de inauguração

do Curso Académico 1920-1921 da Universidade de Santiago de Compostela. Neste discurso já fala dos conteúdos da consciência: homogéneo, que é contínuo, imutável e heterogéneo que é o que habita no inconsciente.

Surpreendentemente vai-se aderir à classificação de **Bumke** fazendo uma reformulação muito particular desta:

a Constituições psicopáticas e reacciones nerviosas endógenas, caracterizadas por reacciones anormais ós estímulos e situaciones da vida.

- Reacción neurasténica e neurastenia constitucional.
- Reacción psicóxena e constitución histérica.
- Afecciones melancólicas reactivas e constitución maniaco-depresiva.
- Predisposición paranoica e estados paranoicos.
- Outras constituições psicopáticas (epiléptica, impulsiva, etc.)

b. Formas de reacción exógenas e psicoses orgánicas.

- Psicoses nas enfermidades xerais e locais.
- Psicoses sexuais.
- Psicoses infecciosas.
- Psicoses tóxicas, por tóxicos endógenos ou exógenos.
- Psicoses nas enfermidades do cerebro (traumatismos, tumores, encefalitis, etc.)
- Psicoses sifilíticas.
- Psicoses da involución e da vellez.
- Reacciones e enfermidades epilépticas.
- Procesos esquizofrénicos.
- Procesos parafrénicos.
- Debilidade mental conxénita ou prematura.

Devia conhecer os trabalhos prévios de Bumke pois o livro deste; “*Tratado de las enfermedades mentales*”, só se publica em 1917, um ano depois do livro Patologia Geral de Nóvoa Santos. Provavelmente esta classificação está mais virada para a conceção orgánica dos processos mentais. Não explica cada um dos processos ou reações, mas estranham(surpreendem) os ítems de *Psicoses sexuais* as quais, não aparecem na classificação do livro de Bumke “*Tratado de las enfermedades mentales*”. A sua admiração por este autor continua quando tenta analisar as causas das doenças mentais (O livro de Bumke contém um Capítulo redatado pelo seu colaborador B. Klarfeld titulado: “*La anatomía patológica de las psicosis*”).

Roberto Nóvoa Santos enumera as possíveis **causas** das doenças mentais mas começa confesando(a confesar) que algumas delas não apresentam alterações anatómicas: histeria, psicostesnia, Psicose maniaco depressiva e as psicoses tóxicas.

- Alterações bioquímicas dos elementos nervosos,
- Lesões histopatológicas com Inflamação e Infiltrados Exudativos: PGP.
- Lesões degenerativas parenquimatosas: traumatismos, intoxicações alcoólicas, uremia, demencia senil, e alguns casos na demência precoce??? etc
- Alterações vasculares.
- Endocrinológicas.
- Epilepsia

Alucinações. Pseudoalucinações e ilusões

Começa por usar a definição de W. James (Pragmático e empírico radical): “é uma forma estritamente sensorial da consciência”. De novo a sua preocupação por este elemento da vida psíquica.

Fala da distinção entre alucinações e ilusão e também de uns tipos especiais de alucinações difíceis de distinguir das ilusões como são as Alucinações funcionais.

Distingue também as alucinações reflexas (Kahlbaum), inducidas por estímulos diferentes: música que induz visões.

Resulta chamativo que neste capítulo não mencione a Psicopatología de Jaspers publicada tres anos antes, a pesar de que sim utiliza para definir as pseudoalucinaciones de V.Kandinsky en cujos trabalhos se apoia em Jaspers. Utiliza Roberto Nóvoa Santos a terminología jasperiana: Corpórea, Subjetiva, etc, a pesar de que com outras palabras faz referencia a outras duas propiedades: fixa e autónoma

Menciona entre outros a Seglas, que nega as alucinações e diz que são só ilusões com punto de partida latente. Bleuler con os dois tipos de alucinações: parestésicas em histéricas, e dentro do âmbito espanhol menciona a GR Lafora e os seus ensaios com macacos nos que cauteriza o córtex do lóbulo occipital e lhe produz alucinações visuais.

Alterações da linguagem

E um capítulo mais Neurológico que psicopatológico. Divide-o entre Disartria, Afasia, Agnosia e Amnesia. Neste último caso inicia uma discussão sobre as diferentes formas de amnesia, mas é interessante que as amnesias histéricas as que chama “temporais” (de tempo) as inclui nas “Psicoses histéricas” utilizando este termo pouco común entre os psiquiatras da época.

Sitúa o que chama “Duplicação da personalidade” “*que se traduz por um duplo espíritu*”(Sic). Seria o que chamaríamos hoje Trastorno de Identidade dissociativo (DSM-IV) o Trastorno Múltiple da Personalidade (ICD10)

Falaa dos casos célebres: Doris Fischer¹ de W.P Prince (1910), Félica de E.Azam (1887), Leonisa (Leonie de P.Janet, (1899) como uma forma de amnesia periódica.

¹ En el año 1917, Walter F. Price, médico alemán, publica el caso de Doris Fisher; una mujer que desarrolló cinco personalidades diferentes. La verdadera Doris en ocasiones solo se manifestaba cinco

Considera que nestes casos, o que entra na vida diária são os conteúdos da consciência, mas não há alteração da consciência, *“ja que a consciência manten-se homogénea e continúa a través de todas as fluctuações e da discontinuidade da existência pessoal”* (Sic). Considera que para que aconteça isto deve partir-se o eslabão que anuda os elementos que compoem a consciência...o seja, está a falar da dissociação sem a ideia do trauma psicológico.

Alteração da vontade

Neste tema inicia a sua ideia de que a histeria tem relação com a insuficiência da vontade. Das histéricas (sempre fala em feminino a pesar de que em 1929 fala, precocemente na história da histeria de Histeria masculina).

Diz que as histéricas são: inconstantes nos seus desejos, cambiantes nas suas ideias e versáteis nos seus afetos. Têm pois um carácter veleidoso devido a uma vontade defeituosa. Menciona a H. Huchard (1844-1910) neurologista e cardiologista francês que escreveu um Tratado das Neuroses e que deu nome a uma forma de andar das Histéricas que se denominou “Ataxia de Huchard”.

Situa os sintomas histéricos como a “anulação da vontade de querer”, mesmo que diga o que realmente quer (vg: mexer um membro paralítico) e complementa dizendo que o fato de achar-se paralítico a impede de mexer o membro, usando a frase de P.J Moebius¹ (1853-1907): a representação mental de “não poder” é causa de não poder realmente mexer o membro paralítico.

Huchard: Histeria

Patología das emoções

O mais chamativo é que persiste na análise da histeria. Por primeira vez mostra-se receptivo a uma possível influência externa para o desencadeamento das crises histéricas, falando de choques emotivos intensos ou de ensonhações terríficas que podem atuar imediatamente ou bem de uma forma retardada. Fala de uma constituição especial que qualifica de “disposição histerógena”. Inscreve-se sobre tudo nas ideias da escola de Nancy definindo a histeria como um estado emotivo morboso no qual as reações adquirem uma intensidade anormalmente alta baixo a influência dos estímulos emocionais ficando neles uma espécie de susceptibilidade para os excitantes de índole emotiva.

Também se adere a teoria de Dubois sobre o defeito psíquico nos histéricos consistente num insuficiente juízo sobre o valor real do sucesso primitivo, o qual acostuma a exagerar-se.

Faz referência às teorias freudianas sobre a histeria e a sua origem num conflito sexual assim como sobre o simbolismo do sintoma histérico, mas sem chegar a tomar partido.

Perturbação do processo associativo: Delírio

Concebe a atividade delirante como um problema da associação das ideias. Refere que uma associação defeituosa é o que aparece nos estados depressivos mas também quando há um torvelinho de imagens ou um fluxo desordenado das ideias, que é o que acontece

minutos al día pues. Una de las personalidades bautizada como Margaret, era particularmente traviesa y violenta, incluso se autolesionaba con el fin que la personalidad primaria sintiera el dolor.

¹ Julio Pablo Moebius célebre por su libro “La deficiencia mental fisiológica de la mujer”.

na mania denominando a isto *Ataxia das ideias*. Sempre ocorre uma perturbação no mecanismo associativo das ideias.

A desagregação da linguagem consiste numa falta de encadeamento associativo da mesma forma que nos bloqueios mentais. Fala da deslocalização que é a identificação absoluta dos elementos dispares.

Fala das analogias entre devaneios e delírios e explica como os primeiros podem induzir nos segundos. No entanto, considera que os delírios permanecem durante todo o dia e toda a vida, enquanto que os componentes dos devaneios só aparecem à noite ou em casos de intoxicações desaparecendo uma vez que desaparece esta circunstância. Distingue entre as ideias prevalentes (são aquelas que dominam nalgum momento a atividade mental: preocupações, obsessões, etc) e as ideias delirantes. Pensa que as ideias delirantes não são influenciadas *pelas observações, advertências e conclusões lógicas que lhe são expostas e quase sempre pela impossibilidade real do seu conteúdo*.(sic).

Estabelece a diferença entre o obsessivo e o que poder ser delirante na “consciência de anormalidade” que tem o obsessivo e a certeza do delirante: *O paciente está convencido da realidade do conteúdo das suas ideias delirantes*.(sic).

Considera que as alucinações e ilusões podem ser causa da aparição das ideias delirantes.

Faz referência ao delírio interpretativo no qual existe uma perturbação especial dos mecanismos associativos pelos que o paciente estabelece raciocínios falsos a partir duma base real. Roberto Novoa reconhece que na patogenia da interpretação delirante “*dever-se-á intervir com um componente emotivo*”.

Entre os autores de referência para este capítulo Novoa Santos cita a Mendel, Kraepelin e Bleuler.

Mendel estabeleceu duas formas de Paranoia: uma delas com componentes alucinatorios e com tendência ao deterioramento chamada “alucinatoria” e uma segunda sistematizada sem deterioramento que a denominou como “Combinatoria”.

De Kraepelin refere que os delírios constituem um carácter comum a diversos estados “psicopáticos” (supomos que se refere aos psicóticos).

De Bleuler faz alusão aos aspetos mais psicodinâmicos. Roberto Novoa reconhece a intervenção da emotividade na elaboração do delírio, as vivências diárias *vão-se associar a um sistema ideoafetivo prevalente*, ou seja o paciente vai realizar as interpretações dos factos da vida diária para confirmar e relaciona-o ao seu sistema delirante.

Os dois termos da escala da inteligência: estreiteza de espírito e genialidade

É um dos capítulos mais curtos. Preocupa-se pela génese da genialidade fazendo uma divisão dos seres humanos em relação a sua capacidade creativa ou à sua miséria intelectual. Fala da imaginação criadora como a base da genialidade definindo-a como: *“a capacidade de organizar as representações, de formar novos complexos imaginativos e de transforma-los em actos, e em crenças*. Refere que existe dois tipos de imaginação criadora; a técnico-científica e a estético-filosófica (poetas, filósofos, etc). Rejeita que no génio possa haver factores inconscientes e segundo Freud *factores predominantemente sexuais* (sic).

Supõe-se que leu também os primeiros trabalhos de Krestmer pois o livro: *Homens geniais* deste autor não se publica até o ano 1919. Comparte as preocupações de K. no âmbito de se o génio está condicionado pelo carácter, ou seja se os condicionantes neuróticos da conduta atuam em favor da genialidade ou pelo contrário é-se génio apesar dos condicionantes.

Mas o que mais lhe chama a atenção do capítulo é a aparição da sua linha de misoginia iniciada em 1908 com o livro *A indigência espiritual do sexo feminino*; nesta ocasião pergunta-se se as mulheres podem ser génios¹?. Diz: *Além de que as mulheres excepcionalmente dotadas desde o ponto de vista intelectual não resistem à comparação com os homens de génio, parece que devemos admitir o facto de que nestas mulheres dá-se uma forma de inversão sexual das qualidades mentais.*

Chamam à atenção estas palavras numa pessoa tão informada quando é contemporâneo de Marie Curie, duas vezes prémio nobel (1904 e 1912) e também paisano de duas mulheres naquela época muito reconhecidas: Concepción Arenal e E.Pardo Bazan..

Transtornos do sonho. Sonhos com carácter patológico incluída a hipnose.

É um capítulo que abarca do NRI até o verdadeiramente psiquiátrico como também o psicoanalítico.

Queremos recalcar que fundamenta-se à teoria freudiana no âmbito que os sonhos traduzem em parte o conteúdo do inconsciente constituindo “*uma revelação de tendências ocultas*”. No entanto faz referência a que os sonhos eróticos “*é um sinal revelador da constituição psicopática do indivíduo*”, quando aparecem com grande frequência, neste caso revelariam-nos uma constituição psicosexual especial que estaria latente. Refere que as histéricas não têm mais sonhos eróticos que o resto das pessoas...mas o mais importante é que não compartem a ideia freudiana de que os devaneios são uma satisfação do desejo sexual.

Novoa Santos opina que os devaneios podem influir na conduta vígil das pessoas: “*embora não tenham preservado a menor recordação das imagens surgidas durante o sono*”. Também atribui aos sonhos a capacidade de que possam causar problemas somáticos. Narra nesta ocasião, por primeira vez, dois casos de pacientes seus que depois de terem pesadelos apresentam um quadro físico (asma, paraplegias, etc). Também podem produzir crises histéricas ou sintomas histéricos permanentes..... e surpreendentemente diz: (as causas) *sempre se podem pôr de relevo através dum psicoanálise bem guiado!!!!*.

Também aborda neste capítulo a hipnose (sonho hipnótico) que claramente diferencia do sonho fisiológico ou natural. Fundamenta-se na definição de Wundt de que a hipnose é uma suspensão de certas actividades como são a vontade e a “apercepção” no sentido de Wundt².

¹ Marie Curie obtiene dos veces el premio Nobel en diferentes materias (Física y Química): en 1904 y 1912.

² Wundt llamó a percepción al proceso mental que lleva los contenidos al foco de atención. Hoy en día se llamaría atención selectiva. Todos aquellos elementos ideales, que, latentes en la tendencia unificadora del entendimiento, surgen con la percepción sensible y sirven como síntesis y soporte para la objetivación del conocimiento empírico. Leer más:

<http://www.monografias.com/trabajos/wilhelm/wilhelm.shtml#ixzz2zYwdFc2w>

Refere que o mais importante para que possa existir hipnose é que exista um “laço espiritual que ligue ao hipnotizador com o hipnotizado”.

Está de acordo que nem todo o mundo é hipnotizável (os esquizofrénicos), tal como nem todos os hipnotizáveis são histéricos...seguindo claramente a Escola de Nancy (Bernheim).

De novo trata a histeria como uma simuladora e fabuladora enquanto que no estado hipnótico no existe a simulación...quando muito: “uma imitação involuntária do sono”.

O subconsciente

Secção na que apenas faz referência a Freud mas no entanto, parece que lhe dá a razão em varias ocasiões.

Define o subconsciente como o fragmento más firme e extenso do nosso mundo interior cujos conteúdos têm o poder de atuar sobre a vida consciente sem que esta o advirta.

Utiliza o conceito de “*estreitamento do campo da consciência*”(ECC) desenvolvido por varios autores, mas fundamentalmente por P.Janet para falar da constituição mental das Histéricas. O campo da consciência na Histérica está muito reduzido ou está absolutamente ocupado por uma só sensação relativamente simple, uma só lembrança, um pequeno grupo de imágens motrizes, etc... que não podem conter outras ao mesmo tempo. De acordo com Janet pensa que este ECC está provocado por uma particular debilidade moral que lhe incapacita para condensar os fenómenos psicológicos e assim adaptá-los à sua personalidade.

O mais interessante é como acaba esta secção: *Uma análise cuidadosa revelará tal vez, que cada complexo dominante tem o seu equivalente próprio, e que deve de existir uma estreita relação entre o conteúdo ideo-afetivo destes complexos subconscientes e a forma das manifestações históricas, de forma análoga, o que acontece em circunstâncias normais.*(Sic) ou seja que os sintomas na histeria vão ter um significado inconsciente!!!.....no entanto, esta é a única ocasião na que menciona a Freud, com o qual não se poder dizer que não está de acordo com o seu pansexualismo!!!.

Perda de conhecimento. Estados comatosos

Capítulo poco psicopatológico e mais descritivo que analítico. É um tema que não da para muito mais.

Conclusões

Desde o nosso ponto de vista, o capítulo da psicopatología geral que analizamos trata de:

- Encontrar uma base orgánica/bioquímica dos transtornos mentais.
- Tenta descobrir uma fórmula que lhe permita definir a consciência e o que significa a atividade mental consciente como também a sua preocupação por encontrar o conceito de realidade.
- Tal como outros autores referem¹, sente-se atraído por o enigma da histeria. Rejeita a etiologia sexual de Freud embora admite os mecanismos inconscientes

¹ García- Sabell, Domingo: Hombres que hicieron Galicia: Roberto Novoa Santos. Edición Patrocinada por el Banco del Noroeste. (1981)

dos sintomas. Mas o principal enigma para Novoa Santos era a relação entre os sintomas corporais e a imaginação da paciente e se seria possível a existência duma dualidade alma-corpo.

- Também é de recalcar o facto de fazer uma Psicopatologia Geral mas não refere a Jaspers apesar de que o livro é duma grande erudição.
- Só menciona a palavra esquizofrenia na classificação de O.Bumke (incluindo-a num capítulo inteiro chamado *Processos morbosos esquizofrénicos (Demência Precoce)*). O resto das referências a esta doença são com a denominação de Demência Precoce.

Bibliografía

Fernández Teijeiro, J.J., *Roberto Nóvoa Santos: una vida, una filosofía*. La Coruña, Fundación Barrié de la Maza, 1998

García Sabell, D., *Roberto Nóvoa Santos*. La Coruña: Banco Noroeste, Col. Hombres que hicieron Galicia, 1981

Fernández Teijeiro, J.J., *Más allá de la Patología. La psicología de Nóvoa Santos*. Universidade de Santiago de Compostela, 2001.

Nóvoa Santos, R., *Psicopatología general*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia, 2002.

UM CASO DE IDIOTIA EXAMINADO PELO CONSELHO MÉDICO-LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DE COIMBRA (1913)

Inês Pinto da Cruz

Doutoranda da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra / Bolseira da Fundação
para a Ciência e Tecnologia

Investigadora do Ceis20 – Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX
da Universidade de Coimbra, Portugal

Email:inespcruz77@gmail.com

Resumo

Esta proposta de comunicação resulta de uma investigação feita no AUC e na DCINML e refere-se ao caso de A.C., indivíduo que em Dezembro de 1912 apedrejou um comboio e cujo comportamento, ao ser detido, resultou na decisão judicial de o submeter a exame mental, efectuado pelo Conselho Médico-Legal de Coimbra.

Através da leitura do relatório médico-legal, verifica-se que foi traçado diagnóstico de idiotia a A.C. e recomendada a sua sequestração manicomial como medida profiláctica, pois tal como apedrejara um comboio, poderia igualmente colocar pedras sobre os carris e provocar um grave acidente. Os peritos alertavam ainda no relatório, para a necessidade de alteração da legislação penal da época, que apesar de alguns avanços, continuava a regular o destino dos alienados delinquentes, não pela temibilidade do agente, mas pelo tipo de pena aplicável ao delito, referindo-se, neste caso concreto, ao disposto nos artigos 472º e 481º do CP de 1886.

Palavras-chave: Conselho médico-legal; exame mental; sequestração; temibilidade; pena.

Abstract

This paper refers to the case of A.C., a man who stoned a train in December 1912 and whose behaviour resulted in his examination by the Forensic Medicine Council of Coimbra. The Council diagnosed him with idiocy and recommended his sequestration in an asylum as a prophylactic measure, because as he had stoned a train, he could also place stones on the rails and cause a serious accident.

In the report made by the experts, they also emphasise the need for changes in the criminal law at the time, once, despite some progress, it kept regulating the fate of the insane criminals based on the type of penalty for the offense instead on the dangerousness of the offender, referring in this case to the articles 472 and 481 of the Portuguese Criminal Code of 1886.

Introdução

Este trabalho resulta de uma investigação feita no Arquivo da Universidade de Coimbra e na Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, no âmbito da tese de Doutoramento em curso, intitulada “História da Psiquiatria Forense em Portugal na I

República (1910-1926)”. Pretende-se dar a conhecer um dos casos pesquisados, mais propriamente o de A.C.¹, indivíduo do sexo masculino que no dia 24 de Abril de 1913 compareceu perante o conselho médico-legal da circunscrição de Coimbra, e reflectir um pouco sobre o diagnóstico que lhe foi traçado. Procurar-se-á igualmente explorar a questão aqui levantada pelos médicos, no que se referia às medidas de profilaxia social, baseadas na perigosidade do agente, bem como necessidade urgente da alteração da lei que vigorava na época a este respeito.

Desenvolvimento do Tema

A.C. era um indivíduo do sexo masculino que no dia 24 de Abril de 1913 foi examinado pelo conselho médico-legal da circunscrição de Coimbra, composto por: António de Pádua, professor de Fisiologia, Psiquiatria e médico alienista; Fernando Duarte Silva d’Almeida Ribeiro, professor de medicina-legal e director da Morgue e Geraldino da Silva Baltazar Brites, médico antropologista. Esta equipa médica tinha a missão de se pronunciar sobre as suas faculdades mentais.²

No dia 27 de Dezembro de 1912, A.C. apedrejara um comboio em Souselas, tendo sido preso pelo pessoal da Companhia dos Caminhos-de-Ferro, a quem confessou o delito, “assegurando contudo que nunca mais o repetiria, se lhe dessem um tostão todos os dias”³. Contudo, quando levado à presença do juiz, negou ter apedrejado o comboio e o mesmo fez perante o conselho médico-legal, mostrando-se inclusivamente arreliado e incomodado face à insistência do interrogatório dos peritos.

No depoimento das testemunhas, constava que o arguido padecia de problemas mentais, sendo reconhecido e tratado como tal pelas pessoas da região onde habitava.

Através da análise do exame mental efectuado pelo conselho médico-legal a A.C., fica a saber-se que o arguido era um indivíduo magro, moreno, “pobrememente vestido, com aspecto de aldeão rude, mal tratado, sem habitos de limpeza nem accio”⁴. Respondia com medo e a custo às interrogações dos médicos.

A.C. era analfabeto e completamente ignorante, não tendo noção absoluta da data em que se encontrava, nem sequer dos nomes dos meses e dos dias da semana. Não reconhecia igualmente as moedas.

Relativamente a doenças, não sabia responder se tinha padecido de alguma, afirmando apenas que trazia um «espírito» consigo e que este se tinha alojado por baixo do diafragma, quando tinha ido com uma prima sua ao banho santo⁵ da Figueira da Foz, pois tivera de tirar a medalha que tinha ao pescoço (apelidada por ele de armamento), deixando o caminho livre para o «espírito» entrar.

O examinado mencionou ainda que a sua mãe tinha ido com ele a Vila Nova, dois anos antes e que pagou para lhe resolverem esse problema, sem sucesso. Os médicos alertam aqui para este exemplo de falta de noção do tempo por parte de A.C., na medida em que

¹ A identidade do indivíduo sujeito a exame mental será sempre representada pelas iniciais do seu nome, de modo a ser preservada a confidencialidade inerente à documentação consultada.

² Vide Arquivo da Universidade de Coimbra, *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra* – caixa 11, série B, 1913, processo 33.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

⁵ Banho que as pessoas das redondezas costumavam tomar na Figueira da Foz na noite e no dia de S. João, ao qual atribuía propriedades altamente benéficas, dando-lhe por isso aquele nome.

se contradizia, ao situar o «banho santo» no ano anterior e posteriormente afirmar que andaria a tratar do «espírito» desde há dois anos. Da mesma forma declarara em tribunal ter 37 anos e perante o Conselho afirmara ter 21, sendo a sua idade real 42 anos.¹

A informação revelada sobre o «espírito», permitiu aos peritos colher esclarecimentos importantes sobre o pai de A.C., não se revelando uma influência positiva na vida mental do filho, na medida em que também ele comungava da mesma ideia do seu descendente, acerca do suposto «espírito» incorporado. Explicou ao Conselho que o filho sempre fora assim e em criança nunca havia aprendido a benzer-se, que na escola só tinha aprendido o nome de uma letra, saindo do ensino por não ser capaz de qualquer aprendizagem, nunca conhecera o dinheiro, limitando-se a ajudar o pai nalgumas tarefas. A certa altura porém, acrescentou o pai, a família convencera-se que o examinado estaria mesmo a ser atormentado pelo tal «espírito», havendo-o sujeitado à mercê de curas de a uma série de curandeiros e submetendo-o a rituais religiosos.²

Uma vez que nenhum tratamento dera resultado, o pai de A.C. desanimara, resolvendo desistir, até porque estava a ter muitas despesas, aturando o filho com paciência. Segundo contou aos peritos, o examinado, por vezes, incomodava muito a família, ao estar inquieto e manifestando alucinações visuais, atribuindo sempre tais agitações ao tormento da tal entidade sobrenatural.³

No relatório do conselho médico-legal da circunscrição de Coimbra pode ler-se que o sujeito sofreu duma dessas agitações, ao ver os preparativos do exame antropométrico, tendo este sido iniciado quase à força. Contudo, depois de subjugado, o arguido submeteu-se apaticamente a todas as medidas.⁴

Os peritos referem no relatório que A.C. apresentava um “excesso de envergadura sobre a estatura”⁵, pele das mãos “muito rugosa, especialmente na face dorsal dos dedos. Ligeira assimetria facial; sub-microcephalia frontal ligeira. Orelhas em asa”⁶.

Baseando-se em todos os dados que analisaram, os membros do Conselho escreveram o seguinte no relatório: “todo este conjunto de sintomas (...) corresponde à symptomatologia duma doença mental (...) chamada Idiotia, visto verificar-se, por informações autenticas, que o rapaz sempre assim foi, e nestas circunstancias não haver lugar para quaesquer hesitações, duvidas, ou discussões de diagnostico”⁷. De facto, tal diagnóstico ia de encontro à definição de Júlio de Matos de idiotia, a qual explicava como uma “enfermidade acidental”⁸ “adquirida, embora ao despontar da vida”⁹, em que se verificava a suspensão de desenvolvimento psíquico, e que era “tributaria, não de uma accumulada herança psychopatica, mas de lesões produzidas por fortuitos e

¹ *Vide Ibidem.*

² *Vide Ibidem.*

³ *Vide Ibidem.*

⁴ *Vide Ibidem.*

⁵ *Ibidem.*

⁶ *Ibidem.*

⁷ *Ibidem.*

⁸ MATOS, Júlio de, *Elementos de Psychiatria*. Porto: Livraria Chardron, 1911, p. 359

⁹ *Idem, ibidem*, p. 353

casuæ agentes etiologicos”.¹ Acrescia ainda: “Os idiotas não querem; os seus actos são sempre o resultado de *impulsões cegas e inconscientes*”².

É de acrescentar também, que os médicos do Conselho médico-legal consideraram ser digno de registo a presença de alucinações visuais naquele doente, único sintoma de todos os verificados, que nem sempre se manifestava neste tipo de patologia.³

Júlio de Matos alertava que alguns idiotas poderiam ser agitados, vivendo num movimento inconsciente e irregular, sendo por vezes “conduzidos a *actos reprehensíveis*, que podem tornar-os *perigosos* na sociedade”⁴, dando como exemplo a grande quantidade de incendiários entre doentes com idiotia. Apesar do delito cometido por A.C. não ter sido fogo posto, constituía igualmente um crime contra a propriedade, que poderia colocar vidas em risco, tornando-se importante reflectir sobre o seu grau de perigosidade. A este propósito os peritos do Conselho ponderavam o seguinte: “Que destino dar ao doente? Sabemos do que elle soffre e que delicto cometteu. Vae applicar-se-lhe o art.º 481 do Codigo Penal?”⁵

(Artigo 481º do Código Penal de 1886: “Fora dos casos especificados neste capítulo, todos os danos causados voluntariamente em propriedade alheia móvel, imóvel ou semovente, serão punidos com prisão até seis meses e multa até um mês. § único. Não concorrendo circunstância agravante a pena será de multa até um mês, a qual será imposta acusando o ofendido, e salva a pena de contravenção, se houver lugar”⁶.)

Os médicos que examinaram A.C. mostravam-se preocupados com este caso, pois não havia garantias de defesa social. Com efeito, o examinado vivia numa zona onde circulavam numerosos comboios na sua rota diária, devido ao facto de se tratar de uma região atravessada pela mais importante linha férrea do país da altura, pois por ali passavam diariamente os dois grandes expressos Lisboa-Porto e Paris-Lisboa. Neste sentido, os membros do Conselho afirmavam que, do mesmo modo que o doente havia já arremessado pedras ao comboio, podia igualmente, em qualquer ocasião, colocar sobre os carris pedregulhos suficientemente volumosos para fazerem descarrilar um comboio, pondo em risco a vida de imensas pessoas. Os peritos terminam esta reflexão com a seguinte interrogação: só depois é que lhe seriam applicaveis os §§ 3º e 4º do n.º 4 do art.º 472, do Codigo Penal? Sendo assim, a legislação dispoz as coisas de modo, que

¹ *Idem, ibidem*, p. 350

² MATOS, Júlio de, *Manual das Doenças Mentaes*. Porto: Livraria Central de Campos & Godinho – Editores, 1884, p. 273.

³ *Vide* Arquivo da Universidade de Coimbra, *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra* – caixa 11, série B, 1913, processo 33.

⁴ MATOS, Júlio de, *Op. Cit.* 1884, p. 273.

⁵ Arquivo da Universidade de Coimbra, *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra* – caixa 11, série B, 1913, processo 33.

⁶ Cf. *Código Penal Português. Nova Publicação Oficial ordenada por Decreto de 16 de Setembro de 1886* (Diário do Governo de 20 de Setembro do mesmo ano), 7ª Edição. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1919, p. 138-139.

só parece querer prevenir o mal depois d'elle consumado. Seriam as trancas á porta depois da casa roubada”¹.

(Artigo 472º, nº 4 do Código Penal de 1886: “§ 3º: Aquele que voluntariamente destruir ou desarranjar, em todo ou em parte, qualquer via férrea, ou colocar sôbre ela algum objecto que embarace a circulação, ou que tenha por fim fazer sair o combóio dos carris, será condemnado a prisão maior celular de dois a oito annos, ou, em alternativa, a degrêdo temporário. §4º. Se de qualquer dos factos indicados no parágrafo antecedente resultar a morte de alguma pessoa, a pena será a de prisão maior celular por oito annos, seguida de degrêdo por vinte annos com prisão no lugar de degrêdo até dois annos ou sem ella, conforme parecer ao juiz, ou, em alternativa, a pena fixa de degrêdo por vinte e oito annos com prisão no lugar do degrêdo por oito a dez annos, agravada (...”).

Quase no final do referido relatório médico-legal, os avaliadores do conselho médico-legal advertiam para a importância de ser aplicada a A.C. a 2ª parte do artigo 14º, da Lei de 3 de Abril de 1896, na medida em que consideravam que a família do examinado não reunia condições para se responsabilizar por ele.

(Artigo 14º, da Lei de 3 de Abril de 1896: “O alienado que tiver comettido algum acto a que corresponder penalidade inferior á fixada no artigo antecedente, deverá ser entregue, por ordem do tribunal, á familia para o guardar. Se, porém, não tiver familia, ou esta não esteja em condições de se encarregar da sua guarda², será posto á disposição da autoridade administrativa para ser admittido n'um hospital de alienados”³.)

Bastava verificar o comportamento do pai, que attribuía a idiotia do filho a possíveis faltas de palavras no baptismo, considerando-a uma manifestação da simbiose dum «espírito» maligno com o corpo de A.C., opondo-lhe como terapêutica benzeduras e bruxarias. Nas palavras do peritos: “com tal consciencia da doença como ha de esta creatura exercer, ou fazer exercer sobre o doente uma vigilancia efficaz, no sentido de fazer deste, permanentemente um inoffensivo?”⁴

Por fim, os médicos do Conselho, concluíram que A.C. era irresponsável pelo acto praticado em virtude do seu estado mental, pelo que deveria ser internado num Manicómio como medida profiláctica. Solicitando ainda uma atenção redobrada da justiça nas suas conclusões e, ressaltando a esse propósito a sua responsabilidade

¹ Arquivo da Universidade de Coimbra, *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra* – caixa 11, série B, 1913, processo 33.

² Sublinhado meu.

³ Cf. *Collecção Official de Legislação Portugueza* – Anno de 1896. Lisboa: Imprensa Nacional, 1897, p. 140.

⁴ Arquivo da Universidade de Coimbra, *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra* – caixa 11, série B, 1913, processo 33.

enquanto membros do conselho médico-legal da circunscrição de Coimbra, alertavam ainda para a necessidade de reforma da legislação penal da época, que apesar de alguns avanços, continuava a regular o destino dos alienados delinquentes, não pela temibilidade do agente, mas pelo tipo de pena aplicável ao delito.¹

De facto, no sistema jurídico-penal português, o conceito de perigosidade como fundamento da medida de segurança apenas veio a encontrar existência legal nos anos cinquenta, por meio do Decreto-Lei n.º 39688, de 05 de Junho de 1954, que nesse ano regulamentou as perícias médico-psiquiátricas e introduziu alterações no Código Penal de 1886, ainda em vigor na altura.

(Artigo 68º do Decreto-Lei n.º 39688, de 05 de Junho de 1954: “Os doentes inimputáveis que tenham cometido um facto previsto na lei penal a que corresponda pena de prisão por mais de seis meses, e que pela natureza da afecção mental devam ser considerados criminalmente perigosos, mormente em razão da tendência para perpetração de actos de violência, serão internados em manicómios criminais. O internamento cessará quando o tribunal verificar a cessação do estado de perigosidade criminal resultante da afecção mental”).

Conclusões

Estas controvérsias entre a lei e a saúde haveriam de estender, com propostas de alterações, em função dos pontos de vista, alimentado as polémicas médico-legais até hoje. Com efeito, o tema da perigosidade é ainda bastante actual e igualmente problemático, pois não é possível questionar simplisticamente se os doentes mentais são ou não perigosos. É, de facto, uma questão com um elevado grau de complexidade, na medida em que se aborda a possível contribuição dos transtornos psiquiátricos para manifestação de um comportamento violento, procurando-se todavia uma identificação precoce de tais transtornos mentais e alertando-se, ao mesmo tempo, para outros possíveis factores de risco.

Fontes e Bibliografia

Arquivo da Universidade de Coimbra, *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra* – caixa 11, série B, 1913.

Código Penal Português. Nova Publicação Oficial ordenada por Decreto de 16 de Setembro de 1886 (Diário do Governo de 20 de Setembro do mesmo ano), 7ª Edição. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1919.

Collecção Official de Legislação Portugueza – Anno de 1896. Lisboa: Imprensa Nacional, 1897.

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

MATOS, Júlio de, *Elementos de Psychiatria*. Porto: Livraria Chardron, 1911.

¹ *Ibidem*.

Agradecimentos:

Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS20) da Universidade de Coimbra – Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia; Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT); Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC).

NOTA: A investigação conducente a esta publicação integra-se nas actividades científicas do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra - CEIS20 (UID/HIS/00460/2013) e decorre do projecto de doutoramento "História da Psiquiatria Forense em Portugal na I República (1910-1926)" (SFRH / BD / 77775 / 2011).

ANTÓNIO ALFREDO SIMÕES VIANA (1922): DA MEDICINA TROPICAL A UM OLHAR PSIQUIÁTRICO SOB A CRIANÇA NO SÉCULO XX

Porfírio Pereira da Silva
Animador Cultural (Técnico Superior)
Biblioteca Municipal de Viana do Castelo
E-mail:porfiriosilva@sapo.pt

Resumo

António Simões Viana, nascido em Viana do Castelo (1922), reconhecido Especialista de Psiquiatria e Medicina Tropical, teve um papel importantíssimo nas áreas das Medicinas Tropical e Sanitária, mas seria na área da Psiquiatria que mais se destacaria, sobretudo pelo seu olhar psiquiátrico sob a criança. Defensor do diagnóstico precoce como factor primordial na prevenção da deficiência mental, desejava que as histórias clínicas dos recém-nascidos fossem completas e revelassem, deste modo, “dados concretos a quem recorra a elas em busca de antecedentes vinculados às primeiras horas de vida de crianças que posteriormente apresentem problemas psíquicos, motores ou sensoriais”. Várias foram as suas intervenções em jornadas e congressos, abordando temas como a “simulação e dissimulação de transtornos mentais” e “a confusão mental e o seu tratamento”, gravitando na certeza de que a deficiência mental era considerada como um dos problemas mais preocupantes, dadas as suas múltiplas implicações quer na saúde, quer na educação ou no bem-estar de uma nação.

Palavras-chave: Filosofia, psiquiatria e higiene social

Abstract

António Simões Viana, was born in Viana do Castelo (1922), is a recognized expert in psychiatry and tropical medicine, and he had an important role in the areas of tropical medicine and health. However, it was in the area of psychiatry that he most succeeded, especially for his psychiatric approach to the child. He defends that early diagnosis is a key factor in the prevention of mental disability, and his desire was that newborns' clinical histories were complete and revealed "specific data to those who turn to them in search of facts tied to the first hours of life of the child that subsequently present psychological, motor or sensory problems". He participated in many seminars and conferences addressing topics such as the "simulation and dissimulation of mental disorders" and "mental confusion and its treatment," making sure that mental deficiency was considered one of the most concerning problems, because of its multiple implications in health, education or welfare of a nation.

Introdução

Tal como dissemos nas Jornadas anteriores, torna-se bem claro que a psiquiatria do século XIX e da primeira metade do século XX é fortemente marcada pela teoria da degenerescência, teorização essa proposta por Benedict-Augustin Morel (1809-1873), assente na concepção de que certos indivíduos são mais fracos do que outros, no plano físico, mental e moral ao mesmo tempo. Prosseguindo esse nosso estudo nesta área, tentamos abstrair-nos da teoria da degenerescência de Morel que, como então dissemos,

dominou a psiquiatria francesa durante quase um século depois da sua publicação, em 1857, visto que muniu a psiquiatria, com uma convincente explicação biológica sobre quantas condições mentais anormais nos estão inerentes, para que possamos, através da história das ideias, falar de uma visão menos radical da psiquiatria no século XX, altura em que começaram a aparecer os conceitos na vertente psicológica em detrimento da explicação biológica, da degenerescência.

Desenvolvimento do tema

Através desta nossa dissertação procuraremos, sobretudo, debruçarmo-nos sobre a segunda metade do século XX, tendo em conta outras preocupações e modos de ver a psiquiatria, mesmo para aqueles que se dedicavam ao estudo craniométrico, na primeira metade do século, como é o caso de Eduardo Valença que, tomando em conta «A fronte e a inteligência», dava a devida importância ao desenvolvimento da fronte no Homem, como sinal de superioridade sobre os outros animais, e o interesse que então mereceria certas anomalias da fronte como estigmas degenerativos ou atávicos, inspirando-o o desejo de estudar alguns caracteres métricos da região frontal do crânio, em exemplares portugueses. A dada altura desse mesmo estudo (p. 34-35) que se apresentaria como tese de doutoramento à Faculdade de Medicina do Porto, em Janeiro de 1925, Eduardo Valença, mesmo esquecendo por momentos a existência de factos clínicos contraditórios, admiti-a a localização das mais altas manifestações do espírito humano no lobo frontal, levando-o a concluir que esta representava, quando desenvolvida, um carácter de superioridade intelectual, admitindo também o contraditório, pelas dúvidas a propósito dos centros nervosos: «*Mas, esta conclusão, está longe de ser isenta de crítica. Precisamos não esquecer que a progressão geométrica que representa o desenvolvimento do lobo frontal e, conseqüentemente, da fronte, é uma progressão, no dizer de Grasset, cujos termos diferem não só pela quantidade mas também pela qualidade*»¹, afirmando a dado momento, o que atestará esse mesmo contraditório, que os centros nervosos eram ainda um grande segredo da Biologia: «*Se a unidade anatómica parece ter sido encontrada ainda não o foi a unidade psicológica*» – conclui. É neste contexto de “transição”, que resolvemos trazer aqui à coacção o pensamento científico do psiquiatra António Alberto Soares Brandão Simões Viana, filho de Alfredo Simões Viana e de Márcia Soares Brandão, nascido em Viana do Castelo a 21 de Junho de 1922, quase a completar 92 anos de idade, especialista em Psiquiatria e Medicina Tropical, oriundo de família de farmacêuticos, sendo que, infelizmente, através dele termina a geração dos Simões Viana da velhinha “Farmácia Simões” (Viana do Castelo), fundada por seu avô Gaspar Simões Viana, em 23 de Janeiro de 1881, seguida por seu tio Tomás Simões Viana (1884-1946), seu irmão Gaspar Soares Brandão Simões Viana (1920-2008), hoje fora da família, mas com o mesmo nome, o que faz dela uma das farmácias mais antigas em funcionamento ininterrupto, em Portugal. A par do seu vastíssimo curriculum, o que seria fastidioso aqui discorrer, convém salientar que António Alfredo Simões Viana, como especialista de Psiquiatria e Medicina Tropical (Ordem dos Médicos) e membro da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (eleito em 27 de Março de 1973), participou em dezenas de jornadas, congressos e colóquios, sendo alguns deles internacionais – havendo a destacar o «I

¹ VALENÇA, Eduardo – *A fronte nos portugueses (Estudo craniométrico)*, p. 35.

Encuentro Miñoto de Psiquiatria (Hospital Psiquiátrico de REBULLÓN), Vigo», em 29 de Outubro de 1984 –, onde foram debatidos, entre outros, temas como “Suicídio, um Problema Humano”, “Terapia Comportamental”, “Alcoologia”, “Problemática da Integração Sócio-Profissional dos Deficientes Mentais”; foi director do Centro de Saúde Mental de Viana do Castelo e, cumulativamente, Presidente do Conselho de Gerência; e, fez parte dos júris de diversos concursos para assistentes hospitalares para o Centro de Saúde Mental de Viana do Castelo, sendo que num deles foi presidente.

António Alberto Simões Viana, apesar ter tido um papel importantíssimo nas áreas das Medicinas Tropical e Sanitária, seria na área da Psiquiatria que mais se destacaria, sobretudo pelo seu olhar psiquiátrico sob a criança, vinculando-se ao facto de que não bastava dizer-se que «nascer saudável é um direito», dado que para isso era preciso criar condições. Para ele já ninguém tinha dúvidas, na altura, que o diagnóstico precoce é o factor primordial na prevenção da deficiência mental. Mas para que fosse possível prevenir era, antes de mais, necessário um mínimo de estruturas. Assunto extremamente complexo que exigia para o seu estudo técnicas altamente especializadas e não admitia, por isso mesmo, improvisações: *Pensar-se que se pode produzir trabalho válido sem essas estruturas é pura e simplesmente não se ter a noção das realidades* – citamos, de uma pequena conversa que com ele tivemos.

Para este psiquiatra vianense, havia, no entanto, um certo número de situações entre as quais dever-se-ia salientar o traumatismo obstétrico manifesto, a prematuridade, o peso anormal, a anoxia, as convulsões, a icterícia acentuada, as malformações de qualquer tipo, os acidentes, as intoxicações ou os processos infecciosos durante a gestação, os antecedentes genéticos de deficiência mental e as alterações neurológicas observadas após o nascimento que deveriam estar sempre presentes na mente de quem se debruçasse sobre a evolução do recém-nascido tendo em vista a detecção precoce de qualquer anomalia neste campo.

Mas à margem de todas essas possibilidades de diagnóstico no período neonatal, acrescentava que “há múltiplas ocasiões em que uma criança, cuja deficiência mental é constitucional, não apresenta qualquer sintoma que leve à suspeição imediata de tal condição. Daqui a necessidade de um estudo aprofundado de qualquer caso deste tipo e de meio capazes para o fazer”¹. De qualquer modo, para ele, “é sempre de desejar que as histórias clínicas dos recém-nascidos sejam completas e revelem, deste modo, dados concretos a quem recorra a elas em busca de antecedentes vinculados às primeiras horas de vida de crianças que posteriormente apresentem problemas psíquicos, motores ou sensoriais. Por isso se não admite, no tempo presente, que uma criança nasça, como ainda muitas vezes acontece aqui no nosso distrito, fora de um estabelecimento adequado e devidamente apetrechado de meios materiais e humanos. É que as suas consequências podem ser extremamente graves”², levando-o a admitir que a deficiência mental era considerada (se não continuar a ser neste momento), na maioria dos países, como um dos problemas mais preocupantes dadas as suas múltiplas implicações quer na saúde, quer na educação quer no bem-estar de uma nação. Na altura, e segundo António Simões Viana, o distrito de Viana do Castelo, por exemplo, era paupérrimo de meios materiais e humanos capazes de proceder convenientemente à profilaxia da deficiência mental (quase sempre acompanhada de outros tipos de deficiência) de tão nefastas

¹ «*A Aurora do Lima*», Ano 126, Número 55, Quarta-Feira, 22 de Julho de 1981.

² Idem, *ibidem*.

consequências para a Sociedade, a ponto de encetar uma forte campanha de modo a ter condições para poder actuar eficientemente, pelo menos a nível das causas perinatais, se pretendessem de facto diminuir, substancialmente, o número de crianças deficientes na região do Alto Minho.

A “responsabilidade dos pais”, as “dificuldades escolares em crianças de inteligência normal” e o “alcoolismo infantil” eram factores preponderantes para o estudo da profilaxia da deficiência mental, a que se juntavam a “simulação e dissimulação de transtornos mentais”; a “psicopatologia, delinquência e criminalidade”; o “delirium tremens”, até se chegar à «*confusão mental e o seu tratamento*». Para António Alfredo Simões Viana, no que tocava à responsabilidade dos pais, citando Suárez Perdiguero, na altura catedrático de Pediatria da Faculdade de Medicina de Sevilha e presidente do Comité Organizador do *I Simposium de Pediatria Social*, que se efectuou em Maio de 1972, em Madrid, “educar uma criança é o trabalho mais complicado que existe; a carreira mais difícil é a de pai. Para conduzir um automóvel exige-se um documento mas, em contra partida para ser-se pai não se exige nada e muitos pais pensam que sabem educar seus filhos simplesmente sendo severos ou contrariamente”¹. Inúmeros eram os médicos que apontavam as condições mínimas indispensáveis nos pais – amor, sinceridade, formação e presença – para garantir uma educação positiva e socialmente conveniente dos seus filhos. Para António Alfredo Simões Viana, dever-se-ia insistir na defesa dessas condições mínimas, “sobre a sua absoluta necessidade, de tal forma que a falta quantitativa ou qualitativa de qualquer delas traduz uma clara incompetência parental que arrasta consigo uma educação defeituosa, educação essa que marcará, como um ferrete, a criança para toda a vida”². Para este psiquiatra vianense, as crianças criadas em condições adversas, vivendo num clima de desamor, por exemplo, “nada tem de estranho que a criança se converta num candidato à depressão e que a instabilidade afectiva, os transtornos de conduta, o atraso escolar, sejam os sintomas de uma grave enfermidade por vezes de difícil superação. Neste caso pode-se afirmar, afoitamente, que a melhor medicina é a terapêutica familiar”³, como foi demonstrado no *Congresso Mundial de Psiquiatria* realizado no México e no *IV Congresso da União Europeia de Pedopsiquiatria*, ocorrido em Agosto e Setembro de 1971, em Estocolmo, no qual, um dos participantes, o doutor Brown, de Londres, salientou que “a medicação antidepressiva (na infância) nunca pode substituir, mas apenas completar, a afectuosa atenção a cargo dos pais ou dos seus substitutos”⁴.

As «dificuldades escolares em crianças com um quociente intelectual normal» eram, ao tempo, para António Alberto Simões Viana, dos problemas mais preocupantes que levavam, “com razão, os pais a consultar, cada vez mais, não só o médico generalista como o pediatra ou o psiquiatra. E essas dificuldades surgem: por inadaptação da criança à escola; por inadaptação da escola à criança quanto a programas e métodos se não tivermos em conta a organização do trabalho e psicologia da criança; por dificuldades no ensino de dada disciplina que constitui determinada fase de uma aprendizagem normal; por dificuldades originadas por perturbações orgânicas e afectivas as quais nem sempre levam a uma completa inadaptação; por dificuldades

¹ «*Notícias de Viana*», Ano XXI (LX), N.º 1556, 10 de Maio de 1979.

² Idem, *ibidem*.

³ Idem, *ibidem*.

⁴ Idem, *ibidem*.

específicas na aprendizagem de determinadas matérias – dislexia, disgrafia, disortografia, discalculia – cujo estudo é bastante complexo e implica ensino especializado”¹. Segundo o mesmo psiquiatra, quantos pais se interrogavam e interrogavam o médico por que os seus filhos de inteligência normal (ou supostamente normal), apresentavam mau aproveitamento escolar. Ainda segundo ele, é evidente que antes de mais se deveria verificar se, de facto, “a criança é verdadeiramente inteligente, como pensam os pais, ou se na realidade o não é. Feita esta verificação utilizando uma série de testes, é necessário procurar as causas do insucesso entre as quais é difícil, se não impossível, por vezes, traçar uma linha de separação entre o que se relaciona com a pura pedagogia, com a psiquiatria, da simples higiene ou mesmo, até do simples, bom senso”². Outros factores a ter em linha de conta ou a considerar, no desenvolvimento mental da criança, eram a idade real, idade mental e nível escolar. Para Simões Viana, “não pode, evidentemente, haver uma boa inserção escolar se qualquer um destes elementos for negligenciado”³.

O «alcoholismo infantil» era uma das maiores preocupações de António Alfredo Simões Viana, dado que à época, era mais frequente do que as pessoas poderiam pensar, pelo menos no norte do país. “E, para cúmulo, na maioria dos casos, inicia-se com a amamentação: o álcool – álcool etílico – ingerido pela mãe passa rapidamente à corrente sanguínea onde atinge o teor máximo ao fim de uma hora para, seguidamente, decrescer, a pouco e pouco, num período de vinte e quatro horas. Durante esta permanência no organismo atinge a glândula mamária por onde é excretado em pequenas quantidades. Assim se inicia o alcoholismo de um indivíduo. Mas, para agravar ainda mais o problema, há mães que adicionam vinho ao leite que dão aos filhos, no aleitamento artificial, convencidas que aquela bebida é *fortificante*”⁴. Segundo este ilustre psiquiatra vianense, está mais que demonstrado que o álcool, componente fundamental das bebidas espirituosas, é cerca de duas vezes mais tóxico para a criança que para o adulto, originando grandes distúrbios a nível do tubo digestivo, fígado e sistema nervoso: – *Urge destruir o mito de que o álcool é um alimento!* – dir-nos-ia. Para ele, torna-se necessário que se comece, rapidamente e por todos os meios, “uma reeducação das populações especialmente junto daquelas em que o hábito de utilizar bebidas alcoólicas está mais arreigado e cujas graves consequências são bem evidentes nas crianças portuguesas, sobretudo nos meios rurais. Muito mais que problema médico, o alcoholismo infantil é um problema social que precisa de ser encarado com coragem, estudado convenientemente e resolvido com argúcia”⁵. A volta desta problemática do alcoholismo, António Alberto Simões Viana chegou a apresentar num estudo científico com reflexões sobre o «Delirium Tremens», estado que representa a manifestação mais dramática do alcoholismo crónico e que, segundo ele, “deve ser separado do delírio subagudo posto que, sob o plano clínico existem numerosas semelhanças entre estas duas ordens de acidentes (...) O vinho, segundo demonstram inquéritos feitos em várias partes do País, é o grande responsável por este estado de coisas, embora não se possa

¹ «Notícias de Viana», Ano XXI (LX), N.º 1558, 24 de Maio de 1979.

² Idem, *ibidem*.

³ Idem, *ibidem*.

⁴ «Notícias de Viana», Ano XXI (LX), N.º 1560, 7 de Junho de 1979.

⁵ Idem, *ibidem*.

desprezar, como adjuvantes, os outros tipos de bebidas alcoólicas”¹. Por outro lado, e ainda Simões Viana, “a investigação aprofundada dos hábitos alimentares dos indivíduos sofrendo de alcoolismo crónico tem confirmado os dados clássicos segundo os quais o alcoolismo crónico só dá lugar a acidentes agudos, mais ou menos graves, a partir do momento que existe um desequilíbrio alimentar importante, caracterizado pela insuficiência global da ração, da carência protídica e vitamínica, sobretudo da aneurina, resultantes da anorexia progressiva que atinge o bebedor imoderado que entra num círculo vicioso ao fazer restrições alimentares, cada vez mais acentuadas, devido a perturbações digestivas”². Para este psiquiatra vianense, estes factos e os seus resultados, apesar dos tratamentos disponíveis, eram de tanto maior importância quanto é certo que a apavorante propagação do alcoolismo faz com que o «delirium tremens» seja também um problema social.

Não queríamos terminar esta nossa curta dissertação, sem deixarmos de referir que António Alberto Simões Viana chegou a debruçar-se – através de diversos estudos científicos – sobre as crianças mongolóides e epilépticas; sobre a confusão mental e o seu tratamento; sobre a psicopatologia, delinquência e criminalidade; e, sobre simulação e dissimulação de transtornos mentais, no quadro do conceito médico-legal, o que pressupõe, ao falarmos de simulação, o propósito plenamente consciente e voluntário, por parte do interessado, de ser considerado pelos demais como possuidor de determinado quadro clínico, tratando-se, “no fim de contas, de uma mentira de maior ou menor importância e com diversas finalidades, mas sempre com a intenção expressa e consciente de realizar uma fraude [enquanto que] a dissimulação, pelo contrário, será o propósito de conseguir, quer por parte do interessado quer por outras pessoas, a ocultação ou atenuação de um determinado quadro psicopatológico perante os demais ou, mais concretamente, perante a junta médica ou um tribunal judicial. É de salientar que certos delirantes crónicos dissimulam o seu delírio, sobretudo quando se encontram internados, para obter mais facilmente a alta o mesmo acontecendo com certos melancólicos para melhor prepararem e executarem o suicídio”³.

Conclusões

Para reforçar este tipo de patologia dissimuladora, tão bem estudada por António Alberto Simões Viana, qual condição adversa, vivenciada num clima de severidade social e desamor, sintomas de uma grave enfermidade por vezes de difícil superação, estaremos em recordar aquele fatídico dia 16 de Julho de 1973, em que o nosso companheiro de escola Domingos da Silva Ferreira (nascido em 3 de Dezembro de 1958), acusando um estado melancólico profundo, pôs termo à vida da forma mais dramática para todos nós, ingerindo um frasco de concentrado para “emulsão de deltrametrina”, vulgo veneno do escaravelho da batata. Era o tempo em que não existiam acompanhamentos psicológicos para os quadros onde surgiam “auto-acusações delirantes como acontece com melancólicos, débeis mentais, esquizofrénicos e alcoólicos crónicos”⁴.

¹ «*Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*», Tomo CXLVII, n.º 6, Dezembro de 1983, p. 321.

² Idem, *ibidem*.

³ «*Jornal Policlínico*», Nova Série, Ano II, n.º 60, 14 de Abril de 1983, p. 13.

⁴ Idem, p. 14.

Fontes e bibliografia

VALENÇA, Eduardo – A Fronte nos Portugueses (Estudo Craniométrico). Porto: Imprensa Teatral-Sportiva, Lda., 1925 (Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Porto, em Janeiro de 1925).

VIANA, António Alfredo Simões – “No Ano Internacional da Criança: A responsabilidade dos pais”. Notícias de Viana. Ano XXI, N.º 1556, 10 de Maio de 1979.

VIANA, António Alfredo Simões – “No Ano Internacional da Criança: Dificuldades escolares em crianças de inteligência normal”. Notícias de Viana. Ano XXI, N.º 1558, 24 de Maio de 1979.

VIANA, António Alfredo Simões – “Alguns aspectos da Saúde em Viana do Castelo”. A Aurora do Lima. Ano 126, N.º 55, 22 de Julho de 1981.

VIANA, António Alfredo Simões – “Simulação e dissimulação de transtornos mentais”. Jornal Policlínico. Nova Série, Ano II, N.º 60, 14 de Abril de 1983, p. 13-15.

Agradecimentos

Aos Professores Doutores Ana Leonor Pereira, João Rui Pita e Manuel Curado, pelo incentivo. À Biblioteca Pública de Braga pela facilidade no acesso às revistas científicas, onde colaborou o Psiquiatra António Alfredo Simões Viana, e, de igual forma, ao sector de “Consulta de Reservados” da Biblioteca Municipal de Viana do Castelo.

IDEAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO RETORNO: “SINTONIZAÇÃO REGRESSIVA” E “REGRESSO À INFÂNCIA”, – A PROPÓSITO DA PSICOCIRURGIA.

Manuel Correia

Investigador; Bolseiro de Pos-Doutoramento da FCT
Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra -CEIS20
(Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia)
E-mail:manuel.correia@uc.pt

Resumo

Henrique Barahona Fernandes (1907-1992) e Walter Freeman (1895-1972) caracterizam o estado dos doentes leucotomizados ou lobotomizados seguindo uma conceitualização baseada na possibilidade destes retornarem a um estágio ou etapa anterior das suas vidas. No caso de Walter Freeman a caracterização era frontalmente infantilizadora dos pacientes e acompanhava-se de uma série de prescrições apropriadas para a respetiva reeducação e recuperação; Barahona Fernandes, a seu turno, desenvolveu uma teoria mais elaborada, a que chamou “Sintonização Regressiva” mas convergente com a conceção de Freeman nalguns aspetos. Propomos a discussão desta impossibilidade ontológica questionando a idealização infantilizadora ou regressiva a que estes dois psiquiatras recorreram.

Palavras-chave: História da Psiquiatria, Psicocirurgia, Sintonização Regressiva, Barahona Fernandes, Walter Freeman

Abstract

The psychiatric ideation of returning: “regressive tuning” and “return to infancy” - a psychosurgery concern — Henrique Barahona Fernandes (1907-1992) and Walter Freeman (1895-1972) describe the state of leucotomized or lobotomized patients according to a conceptualization grounded on the possibility of their coming back to an earlier stadium of life. In Walter Freeman’s case the infantilization of patients was very straight forward, with the prescription of a series of procedures required for their rehabilitation and recovery; Barahona Fernandes, in turn, developed a more elaborated theory, which he named “Regressive Tuning”, convergent anyhow with some design aspects of Freeman’s concept. We propose a discussion of this ontological impossibility questioning the infantilization or regressive idealization these two psychiatrists appealed to.

Keywords: History of Psychiatry, Psychosurgery, Regressive Tuning, Barahona Fernandes, Walter Freeman.

Introdução

As teorias da temporização da vida humana conjugadas com as generalizações do evolucionismo introduziram na nosologia psiquiátrica alguns termos da ordem da evolução e da involução, da progressão e da regressão que davam a ideia de que o indivíduo ou melhor, a mente e a personalidade poderiam em certas circunstâncias voltar a estágios anteriormente transitados.

Júlio de Matos já considerava provada clinicamente a “regressão mística”,¹ uma vez que, de acordo com a Lei dos Três Estados, apontando a seta teleológica do Positivismo para a progressão das fases Teológica => Metafísica => Positiva, a conversão religiosa, por exemplo, representava um regresso. Havia já no seu pensamento acerca da psique a convicção de que, evolutivamente, os três estados correspondiam, no plano orgânico, a camadas sucessivas e sobrepostas.²

Discussão

Nalguns casos, a medida de comparação era ontogenética, noutros, filogenética. Ao primeiro grupo pertenceriam as doenças mentais em que o sujeito assumia comportamentos típicos da ingenuidade, imaturidade ou simplicidade geralmente observados nas crianças; no segundo grupo eram colocados os sujeitos com retardamento (uma comparação com a progressão normal da espécie), fazendo corresponder os traços de aparente imaturidade à observação de, por exemplo, os oligofrénicos (débeis, imbecis e idiotas).

A parametrização era intuitiva e compreensível, enquanto a reificação – tomar tais casos por regressos de facto a uma idade anterior, ou concluir, para todos os efeitos, que os indivíduos em causa tinham readquirido uma idade inferior à que tinham, contada desde o respetivo nascimento – se encaixava acriticamente no quadro das teorias da degeneração que em grande parte se acomodaram à heredologia. Porém, em matéria de práticas de saúde, como noutras em que o exercício do poder não é suficientemente limitado ou condicionado pela humanização crítica, os “simples”, “desapossados”, ou não “instruídos” tendiam (e tendem) a ser considerados e tratados com a inferiorização que costumava reservar-se às crianças, aos mais novos e aos mais e pobres.

A crença de que um sujeito extenuado até ao limite pelas chamadas terapêuticas convulsivantes se podia tornar menos autista, mais sintónico, e passar a atender as indicações hospitalares e o programa de “recuperação” encontrava-se mais ou menos generalizada nos anos 40 e 50 do século XX.

Era como se existisse, virtualmente incorporado nos sedimentos da personalidade, um ponto pré-psicótico a que se poderia voltar, caso a terapêutica fosse coroada de sucesso. A partir daí, a reeducação poderia preencher a lacuna, recusando o trilho anterior.

¹ MATOS, Júlio de – “Prefácio”. In GAROFALLO, Raphael Barão – A superstição socialista. Lisboa: Livraria Clássica, 1904, p. LXIX.

² “Semerle sustentou, confirmando uma auto-observação de A. Comte, que na loucura o espírito passa do estado positivo ao teológico, percorrendo em sentido inverso o caminho da evolução normal. A observação clínica de alguns delírios místicos em homens de ciência completamente emancipados de concepções religiosas, conduz-nos a aceitar este modo de ver, inteiramente concordante com o princípio geral de que as últimas aquisições mentais são as mais instáveis e as que mais facilmente se perdem.” MATOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmãos, 1911, p. 31.

Quando Barahona Fernandes expõe a sua teoria da “sintonia regressiva”, uma parte das críticas endereçadas à Leucotomia pré-frontal foi atingida na sua potência argumentativa. À luz dessa explicação, o empobrecimento relativo que se detetava nos leucotomizados (o embotamento afetivo, a indiferença social e falta de iniciativa) deixavam de ser efeitos colaterais perniciosos para se tornarem um novo ponto de partida para a psicoterapia de recuperação apresentada como complemento da Psicocirurgia. Barahona Fernandes reconhecia as perdas e o declínio que os sujeitos registavam, porém apontava esse estado não já como uma consequência indesejada, mas, pelo contrário, como um objetivo prosseguido pela cirurgia.

*As alterações da personalidade exprimem em parte um retorno a fases anteriores do desenvolvimento (juvenis ou mesmo infantis): são regressivas, (...). O conjunto das modificações da reactividade do indivíduo podem ser vistas como um processo de sintonização com o ambiente – de certo modo o invés do que se opera no desenvolvimento normal de “sintonização” infantil transformando-se na adolescência com os seus típicos traços “esquizotímicos”.
Daí a interpretação proposta pelo A. de “sintonização regressiva”.¹*

Veremos adiante que Barahona Fernandes virá a considerar ser a Leucotomia pré-frontal inferior à cura de Sakel, ou seja, transportando o método operatório de Moniz e Lima do programa terapêutico otimista de 1936, para o patamar comum das terapias convulsivantes.

OOO

Walter Freeman era mais direto a este respeito. Dizia estar convencido que a transformação operada na mente dos lobotomizados lhes afetava a personalidade transportando-os a idades anteriores, próximas da meninice, e que, por isso, técnicos, amigos, familiares e outros cuidadores deviam tratá-los de acordo com o que as subtilezas educacionais dos anos 40 e 50 do século XX prescreviam: reprimendas firmes acompanhadas, sempre que necessário, de uma palmada, bofetada ou safanão.

O paciente que precisa de uma palmada está ainda numa idade acriançada e conseqüentemente não sente a vergonha nem a indignação que sentiria um indivíduo normal.²

Neste caso, o entendimento de Walter Freeman e James Watts, era o de que se estaria perante sujeitos cuja cirurgia reduzira, não as suas faculdades, motivações, tónus e sistemas de controlo, mas teletransportara redondamente para uma idade anterior. Afora o paternalismo médico dominante e todas as suas implicações na relação médico-doente, a assimetria neste caso era agravada pela reconstrução da identidade do doente

¹ FERNANDES, Barahona – Egas Moniz, pioneiro dos descobrimentos médicos. Lisboa: ICLP, 1983, p.95.

² EWALD, Florence R, FREEMAN, Walter, WATTS, James – “Psychosurgery, the Nursing Problem”. *American Journal of Nursing*, 47, nº 4 (1947) 1 – 4.

fazendo corresponder as suas perdas pós-operatórias a um processo de infantilização carecido de (re)acompanhamento e reeducação adequados.

Enquanto Freeman evita o termo “regressão” e prefere a designação mais extensa de “infantilização cirurgicamente induzida”, para caracterizar os doentes lobotomizados, Barahona Fernandes associa-lhe mais diretamente a noção de “regressão”, adjetivando o que para ele passou a ser um desiderato positivo do estado pós-operatório (maior recetividade na busca da sintonia) com o estado de perda ou de recuo que os pacientes evidenciavam (sintonização regressiva).

Freeman e Watts, numa versão benévola dos resultados mais frequentes fazem a seguinte descrição:

Os resultados neurológicos, mais ou menos estritamente observados após a operação são a inércia, a sonolência, o ocultamento do rosto, a fala inexpressiva e a incontinência.¹

Mais adiante, os autores advertem que

Pode-se ficar exasperado, mas não permanecer zangado quando a pessoa que está a ser persistentemente amável e cujos atos agressivos consistem apenas em críticas ou sarcasmos sádios, dichotes e partidas.²

Deveriam, assim, os familiares, amigos e cuidadores dos doentes lobotomizados usar de grande condescendência perante seres infantilizados, cuja personalidade fora, por assim dizer, rebobinada.

A este propósito, vale a pena levar em conta a reflexão de Mical Raz, estudiosa atenta da obra de Walter Freeman e da volumosa correspondência que ele manteve com os seus pacientes e respetivos familiares.

Freeman empregava a metáfora da infância para interpretar os resultados das lobotomias, descrevendo frequentemente o período de convalescença a seguir à lobotomia pré-frontal como “infância cirurgicamente induzida”. A esse período temporário de infância renovada esperava-se que ocorresse um período acelerado de maturação e crescimento, conduzindo à recuperação. Vendo temporariamente os pacientes lobotomizados como crianças no imediato período pós-operatório médicos familiares dotavam-se de uma boa empatia com os pacientes e a consideravam as incapacidades pós-operatórias como temporárias e cheias de

¹ “The more or less strictly neurologic results observed directly after operation are inertia, somnolence, masking of the face, plateau speech and incontinence” FREEMAN, Walter and WATTS, James – Psychosurgery. Intelligence, Emotion and Social Behavior Following Prefrontal Lobotomy for Mental Disorders. Baltimore: Charles C. Thomas Publisher, 1942, p. 205.

² “One may become exasperated, but cannot remain angry with a person who is persistently cheerful and whose only aggressive acts consist in good natured sarcasm, criticism or wisecracking and playfulness.” FREEMAN, Walter and WATTS, James – Psychosurgery... p 208.

esperança. Essas crianças, sustentava-se, deveriam em breve desenvolver uma personalidade mais madura. Esta metáfora justificava também os diferentes métodos disciplinares advogados por Freeman.¹

Como a teoria precede o olhar sobre a coisa, vemos nesta reconstrução da percepção sobre os resultados da Leucotomia/Lobotomia, – “infância cirurgicamente induzida” para Freeman; “sintonização regressiva” para Barahona Fernandes – a reelaboração do modo como deveriam ser entendidas as incapacidades constatadas no pós-operatório. Em 1945, num livro de Almeida Amaral prefaciado elogiosamente por Egas Moniz, o autor constata que

A perda de interesse em si, em relação ao seu corpo ou nas suas relações com a “entourage” corresponde um interesse do doente mais dirigido para o exterior do que para si próprio. O doente deixou de ser triste, deprimido, para ser alegre, expansivo libertando-se da ansiedade e dos complexos de inferioridade.

Na maior parte dos casos (operados pela leucotomia) são estes os sinais observados.

Em raros casos de leucotomia e nos casos de lobotomia há porém transformações acentuadas da estrutura psíquica que se mantêm depois da operação constituindo uma alteração definitiva da personalidade e que verificamos em alguns dos nossos doentes.

Nesses casos encontra-se apagamento da espontaneidade e da iniciativa. O humor torna-se infantil, folgazão ou sarcástico. O capital intelectual parece pouco lesado, a não ser em extensas lesões notando-se no entanto pequenos defeitos como seja a pouca aptidão para encontrar novos ou diferentes métodos de solução para problemas difíceis.

Há uma certa inferiorização para fazer sínteses, ao considerar ao mesmo tempo vários fatores, e diminuição da capacidade de prever com exatidão os resultados de certos atos. Sob o ponto de vista social, mostram-se alegres, dizem o que pensam sem atender por vezes as conveniências sociais mostrando pouco tato.

(...)

¹ “Freeman employed the metaphor of childhood in order to interpret the results of patient’s lobotomies, often describing the convalescence period directly following prefrontal lobotomy as a ‘surgically induced childhood’. This temporary period of renewed childhood was expected to be followed by an accelerated period of maturation and growth, leading to their recovery. Viewing lobotomized patients as temporary children in the immediate postoperative period enabled both physicians and families to empathize with the patients and to view their postoperative disabilities as temporary and full of hope. These children, it was assumed, would soon develop a more mature personality. The metaphor also determined de different disciplinary methods advocated by Freeman.” RAZ, Mical – The lobotomy letters. The making of American Psychosurgery. Rochester: University of Rochester Press, 2013, p. 101.

Julgamos que esta transformação representa de facto um prejuízo, mas como dissemos acima, essa lesão é um preço relativamente pouco elevado para o alto benefício recebido.¹

Seis anos de Leucotomia pré-frontal atenuaram o otimismo que Egas Moniz e seus colaboradores expressaram inicialmente. Apesar de grandemente relativizados, os efeitos colaterais, as incapacitações e defeitos eram constatados e considerados indesejáveis. No texto de Almeida Amaral perpassam já as observações fragmentárias que Barahona Fernandes, por um lado, e Walter Freeman, por outro, virão a selecionar e a sistematizar de outro modo.

Extraversão, humor espontâneo, falta de tato não são para já teorizados no quadrante da regressão a um estágio anterior. São ainda considerados, a par de outros, como fatores negativos, prejuízos, um preço a pagar pelo alegado benefício recebido.

O que Barahona Fernandes e Walter Freeman fazem, cada um a seu modo, é atribuir um novo valor aos fatores negativos, justificando-os e considerando-os inerentes ao método cirúrgico. Onde Almeida Amaral, sob o olhar tutelar de Egas Moniz, vê prejuízos que os benefícios obtidos compensam, Fernandes e Freeman passam a ver um “regresso” a um estágio anterior; a criação de outra oportunidade; um novo ponto de partida para a “reeducação” do paciente.

Os resultados que comentavam uns e outros eram basicamente os mesmos; a justificação e a perspectiva é que diferiam. Tal como Mical Raz assinala em relação à narrativa de Freeman, o que nessa época se alterou com êxito não foram os resultados da operação, mas antes a percepção que técnicos, pacientes e famílias passaram a ter das promessas, limites e imprevisibilidade associados a cada caso clínico.

000

Em 1983, já separado de Egas Moniz por força das leis da vida e da morte, Barahona Fernandes dá conta das suas dúvidas, críticas e balanços relativamente à Leucotomia pré-frontal, à Psicocirurgia (que engloba a Leucotomia) e às conceções de Moniz acerca do cérebro e do psiquismo.

São de uma importância excepcional, pois provêm de um psiquiatra que acompanhou de muito perto, desde o início, os resultados das operações, participando na avaliação dos doentes na fase pós-operatória. Tendo depois, ao longo da sua atividade clínica proposto ou sancionado tantas indicações para a Leucotomia, as suas palavras, inesperadas e acutilantes, soam aqui e ali como autênticas revelações e confidências.

[o autor]...vocacionado para a integração “convergente” (patofisiologia/psicopatologia) discordou da teoria de Egas Moniz, em especial do monismo e reducionismo organicista e a recusa da psicopatologia fenomenológica que implicava.²

¹ AMARAL, M. Almeida – O Tratamento Cirúrgico das Doenças Mentais. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1945, pp. 131-132.

² FERNANDES, Barahona, *Egas Moniz, pioneiro de descobrimentos médicos*, Lisboa: ICLP, 1983, p. 80.

Barahona Fernandes acentua ainda que a necessidade incontornável da recuperação complementar de carácter psico-sócioterápico falhou a Egas Moniz,¹ a quem aliás escapara também que as alterações da personalidade que se verificavam exprimiam, em parte,

...um retorno a fases anteriores do desenvolvimento (juvenis ou mesmo infantis)

E, a este propósito, conclui:

Contra o que parece, superamos assim, mas não denegamos, a orientação inicial de Egas Moniz. De facto, a sua cirurgia foi desde logo concebida como modificadora de “funções” e não “curativa” de lesões (que aliás se não encontram) e/ou de perturbações celulares que serão mais de ordem “bioquímica”.

Selada a história, explicado o tipo de apropriação teórica e doutrinária que Freeman, por um lado, e Barahona Fernandes, por outro, fizeram da proposta psicocirúrgica de Egas Moniz, falta-nos compreender o que os terá levado a escolher, de entre os múltiplos danos colaterais evidentes no pós-operatório da Leucotomia e da Lobotomia – o descontrolo dos esfíncteres, os surtos epilépticos, a prostração, a indiferença, a falta de iniciativa, o embotamento emocional, a extroversão e a ligeireza relacional – apenas os traços aparentados à sintonização e ao aparente “regresso” a uma fase anterior.

Conclusão

Não te banharás duas vezes nas águas do mesmo rio.

Esta asserção (atribuída a Heráclito de Éfeso) que usamos geralmente para ilustrar a nossa crença no carácter único de cada momento da experiência humana, foi desafiada por algumas obras de ficção ou antecipação científica mas também por algumas conceções psiquiátricas.

Pode ou não um indivíduo ser vitimado por um regresso temporal? A física diz-nos que não.

A seta do tempo impõe-nos uma irreversibilidade termodinâmica. Aquilo que parece o mesmo, não passa de uma semelhança.

Porém, algumas correntes da psiquiatria disseram-nos que sim; que essa semelhança de atitudes e comportamentos pode ser interpretada como um regresso efetivo a um estágio anterior. E se isso não quer dizer o mesmo no discurso de Barahona Fernandes e de Walter Freeman, não deixa de haver coincidência no entendimento de que uma privação de faculdades, descontrolo e distração equivalem ao regresso a um estágio “anterior”, pré-psicótico, num caso, infantil, no outro.

¹ FERNANDES, Barahona, Ob. Cit., p. 92.

Pondo em dúvida o acerto e a utilidade do uso do termo regressão em psicologia, Jean Mercer escreveu:

*O uso do termo “regressão” torna demasiado fácil fazerem-se suposições erradas sobre os indivíduos e sobre o tratamento de problemas emocionais. É melhor usar mais algumas palavras e dizer o que realmente queremos dizer com isso!*¹

Ou, neste caso, o que os autores em apreço não queriam dizer com isso.

000

Trabalho integrado no projecto de investigação de Pós-Doutoramento: História da Psicocirurgia: práticas e polémicas científicas e culturais. Uma perspetiva transnacional e comparativa (SFRH/BPD/75838/2011)

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT, Financiado pela FCT por fundos nacionais do MEC — UID/HIS/00460/2013

¹ “Using the term “regression” makes it much too easy to make some wrong assumptions about individuals and about treatment of emotional problems. Better to use a few more words and say what we really mean!” MERCER, Jean, “But I Regress: Is There Such a Thing as Psychological Regression? Let's get rid of the old concept of "regression.", 2010 in <http://www.psychologytoday.com/blog/child-myths/201003/i-regress-is-there-such-thing-psychological-regression> (acesso em 15/03/2014).

O CRIME DA QUEIMADA-VIVA DE SOALHÃES REVISITADO: REFLEXÕES PSIQUIÁTRICO-FORENSES

Adrián Gramary

Médico Psiquiatra

Centro Hospitalar Conde de Ferreira – SCMP, Porto, Portugal

E-mail: adrian.gramary@gmail.com

Resumo

O autor apresenta uma revisão dos factos que envolveram “o crime da queimada-viva de Soalhães”, acontecido em 1933 numa freguesia do Marco de Canaveses. Para este objetivo consultou o processo criminal, atualmente conservado no Museu do Tribunal da Relação do Porto, e a informação publicada na imprensa da época. O objetivo do trabalho é a análise dos relatórios forenses realizados pelos dois peritos psiquiatras (Bahia Júnior e Alberto Brochado) que observaram os principais arguidos no Hospital Conde de Ferreira. Os peritos defenderam o diagnóstico de histeria da principal arguida e a inimputabilidade dos réus. Por último, o autor analisa as posições defendidas pelos peritos à luz dos textos por eles publicados sobre a histeria.

Palavras-chave: Crime, homicídio, história, psiquiatria forense, histeria

Discussão

No dia 25 de fevereiro de 1933, um crime arrepiante estremecia a sociedade portuguesa. Em Soalhães, uma pequena aldeia do concelho do Marco de Canaveses, uma mulher morria após ser brutalmente espancada e finalmente queimada viva por um grupo de vizinhos.

A imprensa da época fez-se eco dos factos e a opinião pública foi surpreendida quando saiu à luz o móbil do crime, que envolvia superstições, bruxedos e possessões diabólicas.

Os principais jornais, nomeadamente o *Jornal de Notícias*, *O Correio do Porto* e *O Primeiro de Janeiro*, mandaram ao local jornalistas que dedicaram artigos ao tema durante semanas, textos onde prima o exaltado tom melodramático, comum na época, e onde os sentimentos parecem abafar por momentos a informação objectiva, como é visível pelas frequentes interferências da opinião dos jornalistas sobre as circunstâncias do crime. Os jornais invocaram referências bíblicas e estabeleceram paralelismos com a Idade Média, e não duvidaram em usar para se referir ao crime expressões como «auto de fé», «hedionda façanha», «o mais horroroso crime dos nossos tempos», «bárbaro assassinato», «cena macabra», «como nos tempos da inquisição» ou «tétrico quadro».

A manchete aparecida no dia 28 de fevereiro de 1933 n' *O Correio do Porto* era a seguinte: «No Marco de Canavezes foi agredida ferozmente uma mulher e depois queimada». No mesmo dia *O Jornal de Notícias* dedicava um artigo ao tema, intitulado «No Marco de Canavezes é queimada viva uma mulher».

Propomos começar fazendo uma pequena descrição dos protagonistas desta tragédia através da informação recolhida nos principais jornais da época.

A) OS PROTAGONISTAS

1) A vítima

Arminda Alves, também conhecida como Arminda de Jesus, era uma jovem casada com um trabalhador rural que há tempos tinha embarcado para o Brasil, deixando-a como dois filhos menores. Começou a sofrer de ataques (provavelmente epilepsia ou histeria), que a vizinhança logo tomou como consequência de alguma influência maligna.

2) A instigadora

A principal instigadora do crime, Joaquina de Jesus, era uma lavradora casada com o António Correia, também lavrador, de quem tinha seis filhos. Sofria desde a adolescência de ataques histéricos, crises violentas durante as que caía no chão e tinha convulsões. De uns tempos para aqui as suas crises histéricas tinham piorado e convenceu-se de que o seu mal era obra do diabo, que se tinha metido no seu corpo para lhe perder a alma.

3) A bruxa

O marido da Joaquina, António Correia, procurou a ajuda de uma «bruxa» da aldeia, que entretanto tinha ido viver para Gaia, de nome Olívia Emília. Esta bruxa costumava visitar a aldeia regularmente para vender produtos ligados à necromancia e à bruxaria.

A bruxa Olívia Emília fez várias cruces sobre o corpo de Joaquina e conjurou o diabo, após o que sentenciou doutoralmente que o diabo tinha entrado na aldeia através da Arminda, que também estava possuída. É necessário salientar que a Arminda era muito amiga da vizinha Joaquina e, desde que ela «endoidara», passou a ser a sua enfermeira, não saía do pé dela e tratava-a com carinho, assistindo portanto às suas crises.

4) Os executores

Os executores do crime foram António Queiroz Correia, marido da Joaquina, seus irmãos, Manuel e Francisco Queiroz Correia, e o cunhado da Arminda, Anastácio Pereira, todos lavradores.

O principal executor, Anastácio Pereira, era um lavrador que morava nas imediações da casa das duas «endemoniadas», um homem muito dado ao estudo e práticas de bruxedos, que tinha adquirido o famoso livro de São Cipriano.

Como foi possível demonstrar durante o processo, o abade da freguesia tinha retirado ao Anastácio há tempos um exemplar desse livro, dando-lhe nessa altura os conselhos e admoestações devidos, que não valeram de nada, pois o Anastácio comprou outro exemplar, espalhando pela aldeia as coisas que nele lia, o que fez com que tivesse adeptos entre os parentes e vizinhos mais próximos.

5) A tragédia

Segundo a informação aparecida nos jornais, Anastácio, ao saber do estado da Joaquina e da Arminda, resolveu-se a ir com o livro a casa da primeira. Acompanhavam-no o marido da Joaquina, o António, e os seus irmãos, Manuel e Francisco, e com eles ia ainda um filho de António, rapaz de uns treze anos, de nome Manuel. Os executores, juntamente com a Arminda e outros vizinhos do lugar, permaneceram na casa da Joaquina durante vários dias para tratar de liberta-la do diabo através de rezas,

defumadouros e leituras do livro de São Cipriano.

Leiamos a dramática e expressionista recriação que um jornalista fez da macabra cena:

Feito silêncio na pobre mansarda da Joaquina, acendeu-se uma luz trémula de petróleo. Sentaram-se todos num ar de mistério. E à pobre luz que bruxuleava, o Anastácio, abrindo o livro de São Cipriano, começou a ler as passagens adequadas ao lance. Pela noite dentro, num silêncio trágico, o homem lá lendo, lendo, ante os olhares parvos dos circunstantes. A certa altura, a Arminda, certamente impressionada com o lúgubre espetáculo, caiu para o chão com um ataque violento. A crise foi interpretada pelos presentes como o diabo a revelar-se. A Joaquina gritou a toda força: Acudam que a Arminda tem o diabo no corpo! Tirem-lho! Tirem-lho! Eu quero salvar-me!

Um outro jornal acrescenta neste diálogo as seguintes palavras da Joaquina: «Matem-na, matem-na, para o demónio sair, que ela ressuscita», ao que o Anastácio confirmava: «É verdade, lá está no livro!».

E Anastácio, António, Manuel e Fernando Queiroz, com a ajuda do irmão da Arminda, abriram a porta e levaram a vítima fora da casa e começaram a espanca-la. A vítima, não podendo resistir às violentas pancadas, caiu por terra. A Joaquina então gritou que tinham que a queimar para que o diabo saísse do seu corpo, que depois ela ressuscitaria. O marido da Joaquina e os seus irmãos foram buscar caruma de pinheiro e lenha. O filho da Joaquina, um garoto de dezasseis anos, de nome Manuel Queiroz, auxiliou ao pai e aos outros executores. Rodearam o corpo da Arminda com essa lenha, e chegaram-lhe um fósforo. A breve trecho a fogueira era um clarão de onde saíam grandes lavaredas que iluminavam o sítio.

E, enquanto ela ardia, os presentes em roda da fogueira faziam cruces e rezavam orações supersticiosas. E então, à voz do Anastácio, todos de joelhos, começaram a entoar uma preze do livro de São Cipriano, esperando que a Arminda ressuscitasse das próprias cinzas. Passado um tempo, apercebendo-se que não ia haver ressurreição, cada um regressou a sua casa e o corpo da Arminda ficou ao ralento. A geada da noite extinguiu a fogueira e enregelou ainda mais o seu corpo. Pela calada da noite, os cães do lugar descobriram o cadáver e devoraram as pernas da vítima, menos atingidas pelas chamas.

6) A intervenção das autoridades

De manhã foram encontrados os restos mortais da Arminda. Dado o alarme, todo o povo da freguesia apareceu no local, mostrando-se horrorizado com o trágico espetáculo. Compareceu imediatamente o chefe da secretaria da Câmara, que procedeu às primeiras diligências, prendendo os executores, que recolheram todos à cadeia da comarca.

Depois foi presa a Joaquina de Jesus, que «atravessou as ruas da vila, — descreve um jornalista — gritando alucinadamente, suplicando o auxílio das almas boas. A vila inteira correu a vê-la». Segundo revelam os jornais «o seu aspecto causava horror».

As autoridades judiciais, acompanhadas de dois médicos deslocaram-se ao local para realizar a autópsia.

Os presos, que se encontravam sob rigorosa incomunicabilidade, foram largamente

interrogados e confessaram o crime, manifestando grande admiração por os acusarem de assassinos, pois estavam convencidos de que praticaram uma ação que não merecia castigo.

B) REPERCUSSÕES DO CRIME

O crime tinha todos os ingredientes para provocar um impacto sem precedentes na opinião pública, pois confrontava os portugueses com as misérias do Portugal profundo, onde o subdesenvolvimento, o primitivismo, a ignorância e a influência da religião pareciam ter detido a sociedade na Idade Média. Recordemos algumas manchetes da imprensa como «Incultura, superstição geram o crime» ou «Como nos tempos da inquisição», que dão uma ideia do choque provocado na opinião pública pelo crime de Soalhães.

A história serviria, passadas duas décadas, de inspiração para uma peça teatral escrita pelo dramaturgo Bernardo Santareno na década dos cinquenta, *O crime de Aldeia Velha*, que se tornou um marco do teatro neo-realista, e que, por sua vez, serviu de base para o filme homónimo de Manuel Guimarães, realizado em 1964.

C) O PROCESSO

A autópsia da vítima, Arminda Alves, foi realizada em 2 de março de 1933 e permitiu concluir que tinha sido primeiro espancada e depois queimada ainda viva, tendo ficado esclarecido que a causa da morte foram as graves queimaduras de segundo e terceiro grau.

Os executores confessaram espontaneamente que tinham sido os autores do espancamento da vítima Arminda de Jesus e em seguida a tinham queimado.

Quanto à Joaquina, esta confessou que de facto levava os outros homens à prática do crime.

Com referência à arguida Olívia Emília apenas se apurou «que ela, uns três dias antes do crime, passara casualmente à porta da arguida Joaquina, e como esta se encontrava doente de cama o marido chamou-a e ela recebeu três defumadouros».

O principal arguido, o Anastácio Pereira, cunhado da vítima, referiu no seu depoimento que antes de a Arminda ter tido a fatídica crise, dois dos presentes, Virgínia e seu o marido, também tinham tido crises induzidas pela Joaquina.

Portanto, o móbil do crime tinha sido a superstição e a crença na possessão diabólica. O pároco da aldeia, no seu depoimento, confessou a sua incapacidade para eliminar as superstições existentes entre a população de Soalhães.

D) AS AVALIAÇÕES PSIQUIÁTRICO-FORENSES DE BAHIA JUNIOR E ALBERTO BROCHADO

O advogado dos executores tentou defender a sua pretensa absolvição, baseando-se na falta de faculdades mentais na altura de cometer o crime, salientando que «se tinham tornado uns verdadeiros autómatos, obedecendo inteira e cegamente a Joaquina», sugestionados e contagiados pela sua histeria.

Ao Tribunal cumpria decidir, mas a decisão não era fácil. Tornava-se necessário avaliar corretamente o possível estado psíquico dos arguidos e a falta de intenção criminosa que invocara o advogado.

Face às dúvidas que surgiram aos membros do Tribunal, foi pedida uma avaliação psiquiátrico-forense de todos os arguidos, tendo sido indicados para o caso dois peritos

do Hospital Conde de Ferreira, Bahia Junior, diretor do hospital na altura, e o seu assistente, Alberto Brochado, que mais tarde o iria substituir na direção da instituição.

Os executores foram avaliados ao longo de vários dias. Os peritos avaliaram o nível psíquico dos arguidos, verificando que «nenhum deles era propriamente atardado, conquanto todos estivessem no mais baixo grau da craveira intelectual, no limite entre o normal e o patológico», e excluíram a presença de «perturbações qualitativas do psiquismo».

Contudo, os peritos salientaram que o crime tinha sido praticado «em circunstâncias anormais, patológicas — mas momentâneas, passageiras» e invocaram para este objectivo o facto de «tratar-se de um crime de homicídio voluntário praticado em circunstâncias verdadeiramente excepcionais, pois não houve nenhum móbil inteligível — roubo, vingança, etc.».

Para Bahia Junior e Brochado, a ação dos arguidos entrava na categoria das *reações primitivas* de Kretschmer, isto é, «reações que se manifestam por ações impulsivas instantâneas ou por processos psíquicos profundos [...] sem que o conjunto da personalidade tenha nelas qualquer interferência». «No homem civilizado adulto, — continuam os dois psiquiatras forenses citando o famoso psicopatólogo alemão — as reações primitivas podem produzir-se de duas maneiras: 1.º Quando uma impressão excessivamente forte acomete de estupor e paralisa a personalidade superior, o que traz como consequência somente a excitação das camadas filogenéticas profundas da psique; ou 2.º Sem necessidade de que a impressão seja particularmente forte, no caso de indivíduos que apresentam retardos no desenvolvimento psíquico e intelectual, personalidade, nevro-psicopatia ou doenças da vontade».

«No caso em apreço — continuam os peritos —, convém atender que se trata de indivíduos de uma inteligência frustre, no limiar do atardamento; indivíduos impregnados de grosseiras superstições [...] Esses indivíduos cuja psicologia acabamos de esboçar são vivamente abalados por um cenário maravilhoso, *sobrenatural para eles*, e, reunindo-se a volta de Joaquina, cultivam durante dias essa emoção intensa, que no livro de São Cipriano encontra inesgotável alimento, ao mesmo tempo que perdem noites de sono, o que acaba de lhes enfraquecer a capacidade de síntese psíquica, já precária e abalada».

Relativamente à perigosidade dos arguidos, os peritos concluem: o crime «apresenta-se como a consequência de um somatório de factores que dificilmente se poderão conjugar de novo com um carácter anti-social análogo ao que presentemente assumiram».

Da observação dos arguidos, os peritos concluem que:

1º - Conquanto possuam um nível mental baixo, não se podem abranger, contudo, dentro das fronteiras da alienação mental;

2º - O crime de que são acusados foi, no entanto, praticado em circunstâncias patológicas, constituindo uma *reação primitiva*, isto é, urna reação em que não interveio o conjunto da personalidade dos arguidos;

3º - Não lhes cabe, portanto, responsabilidade criminal;

4º - Não é de presumir que, de futuro, constituam perigo para a ordem e segurança públicas.

Contudo, apesar das conclusões do relatório psiquiátrico-forense, o colectivo de juízes veio a dar como não provadas a inimputabilidade dos réus, que foram condenados na pena de seis anos de prisão maior celular seguida de degredo por dez anos ou, em

alternativa, na pena fixa de degredo por vinte anos.

Após várias amnistias os réus vieram a ser soltos no dia 6 de novembro de 1946, tendo cumprido 13 anos e meio de reclusão.

Uma situação diferente foi a da Joaquina, a «doida», já que desde o início se questionou sobre a sua sanidade mental. Indeciso quanto a sua imputabilidade, o colectivo de juizes mandou-a examinar novamente, também desta vez no Hospital Conde de Ferreira, pelos mesmos peritos. O relatório da avaliação veio confirmar a inimputabilidade da Joaquina.

Durante a entrevista, a examinada referiu que sofria de ataques desde os 22 anos, o primeiro dos quais aconteceu durante a gravidez: «Sai dum tear onde estava a tecer e escureceu-se-me tudo e cai para o chão». Os psiquiatras concluem que alguns ataques foram seguidos dum estado crepuscular, pois segundo a arguida «permanecia 4 ou 5 dias sem conhecer ninguém».

A doente afirmou a frente dos peritos não se lembrar de nada do que se passou durante a crise que deu origem ao crime. Só se recordava de que nos primeiros oito dias «teve uma doença que lhe dava muito frio, fugia para o sol, não comia e tinha muitas dores de cabeça».

Os peritos salientaram ainda a informação obtida de todas as testemunhas, unânimes em afirmar a sintomatologia apresentada pela arguida: «que via alguns espíritos que subiam para o céu, dizia que era santa, que vinha uma alma falar nela».

Afirmaram ainda que «a duração bastante grande do episódio delirante durante o qual teve lugar o crime» tornava verosímil a hipótese de que ao habitual mecanismo dissociativo característico da histeria, «se viesse juntar um elemento etiopatogénico de ordem tóxica, modelando um pouco mais nitidamente num sentido confusional o conjunto sintomático». Nesse sentido, lembremos que a Joaquina tinha referido aos peritos que nos primeiros oito dias «teve uma doença que lhe dava em frio, fugia para o sol, não comia e tinha muitas dores de cabeça». Tendo em conta esta descrição, Bahia Junior e Brochado colocaram como provável o diagnóstico retrospectivo de uma gripe, que veio provocar a sobrecarga tóxica referida.

Em relação à eventual perigosidade, presumiram que a arguida não iria constituir, no futuro, um perigo para a ordem e segurança pública.

Da observação realizada, tiraram os peritos as seguintes conclusões:

1º - Joaquina de Jesus sofre de histeria

2º - O crime de que é acusada foi praticado sobre a influência da sua psicose

3º - Não lhe cabe responsabilidade criminal

4º - Não é presumível que a acusada constitua um perigo para a ordem e a segurança públicas.

As conclusões do relatório foram aceites pelo Tribunal, que, baseando-se nele, considerou a arguida inimputável na sentença proferida em 15 de fevereiro de 1934. Tendo em conta a ausência de perigosidade foi ordenada a sua posta em liberdade.

E) A INTERVENÇÃO DE BAHIA JUNIOR E ALBERTO BROCHADO NO PROCESSO DO “CRIME DA QUEIMADA VIVA DE SOALHÃES”

A intervenção forense de Bahia Junior e Brochado poderá ser polémica, e será provavelmente discutível desde a nossa perspectiva atual. Tem a seu favor, contudo, o facto de constituir uma tentativa de compreensão psicopatológica de uns factos ilícitos

que — se nos é permitida a expressão — são «diabolicamente» complexos, e que sem dúvida, exigem a consideração de factores que vão além da mera classificação psiquiátrica.

Porque, excluídas as hipóteses diagnósticas da simulação e da psicose, como podemos explicar desde a compreensão psicopatológica e suas repercussões em termos de imputabilidade um homicídio cometido sem outras motivações para além das estritamente sobrenaturais? E o facto de que todos os implicados fossem vizinhos, amigos ou familiares da vítima? Ou que permanecessem imperturbáveis durante mais de um quarto de hora, enquanto esperavam a ressurreição do corpo carbonizado?

Entre os psiquiatras forenses existe uma máxima que a experiencia, que é teimosa, demonstra que continua a ser útil: «numa perícia, o diagnóstico psiquiátrico deve de ser o ponto de partida, nunca o de chegada». Noutras palavras, não é o diagnóstico de esquizofrenia, em si próprio, o que exime de responsabilidade ao autor de um crime, mas sim o estado mental desse doente esquizofrénico no momento preciso do ilícito cometido, e em relação com ele. Desde este ponto de vista, cabe questionar-se, no caso da queimada viva, tal como Bahia Junior e Brochado defendem, a possível inimputabilidade de uma arguida que sofre de uma perturbação que, em princípio, como é o caso da histeria, por definição, não consideramos que comprometa a capacidade de compreensão e autodeterminação? E, mais difícil ainda: é lícito invocar a inimputabilidade no caso dos outros autores, nos que não foi possível nem sequer demonstrar a presença de deficiência mental?

O que não se pode negar é que os peritos eram dois excelsos psiquiatras e profundos conhecedores da histeria. Alberto Brochado (1893-1944) tinha publicado, enquanto era professor assistente da Faculdade de Medicina do Porto, vários textos de grande interesse semiológico. Em 1922, dedicou um pequeno estudo ao controverso tema de *O delírio histérico*. Para Brochado, o delírio histérico é um «sintoma fronteiroço», que «ocupa uma zona de transição entre a neurose e outras síndromas mentais». Invoca a autores como Leri, que consideravam que não era possível estabelecer uma diferencia nítida entre o delírio onírico confusional e o delírio onírico de alguns histéricos. Talvez esta interpretação do delírio histérico permita compreender, pelo menos em parte, as conclusões da sua intervenção como psiquiatra forense no caso da queimada-viva de Soalhães, em cujo relatório descreve o estado da Joaquina durante o crime como um «estado delirante».

Bahia Junior era, na altura em que aconteceu o crime, diretor do Hospital Conde de Ferreira, e também se tinha interessado no tema da histeria, como demonstra a publicação dos textos *A ressensibilização na histeria: fenômenos de autoscopia* (1910) e *A ressensibilização na histeria* (1917). Estes textos demonstram que Bahia Junior tinha acompanhado com interesse os estudos de Paul Sollier sobre a ressensibilização na histeria, e, de facto, no seu artigo de 1917, afirma ter sido o primeiro médico em Portugal em utilizar este método. A ressensibilização consistia em provocar um sono hipnótico, durante o que era induzida a recuperação da sensibilidade do membro histérico anestesiado ao acordar.

E chegamos assim ao final deste trabalho, controverso como o é a própria histeria, e que, demonstra mais uma vez, que esta é uma perturbação proteiforme e confusa, que às vezes até questiona o modelo de inteligibilidade médico e coloca sérias dificuldades na avaliação psiquiátrico-forense, mas que, por isso mesmo, provoca nos psiquiatras — e os

portugueses do primeiro quartel do século XX não foram nisto uma exceção — tanta curiosidade como confusão.

Fontes

- Processo jurídico do Crime da queimada-viva de Soalhães (Museu do Tribunal da Relação do Porto)
- Relatórios psiquiátrico-forenses dos principais arguidos no Crime da queimada-viva de Soalhães (Biblioteca do Centro Hospitalar Conde de Ferreira)
- *Jornal de Notícias*
- *O Correio do Porto*
- *O Primeiro de Janeiro*

Bibliografia

- BAHIA JUNIOR, J — *A ressensibilização na histeria: fenômenos de autoscopia*, Porto: Separata do Portugal Médico, 1910.
- BAHIA JUNIOR, J — *A ressensibilização na histeria*, Porto: Separata da Gazeta dos Hospitais do Porto, 1917.
- BROCHADO, A — *O delírio histérico*. Porto: Separata de A Medicina Moderna, 1922.
- KRETSCHMER, E — *Las personalidades psicopáticas*. Madrid. Morata, 8ª ed., 1980.
- PEREIRA COUTINHO, A; PINTO, G — *O crime da queimada-viva de Soalhães*. Porto: Edições da Câmara de Marco de Canaveses, 1987.
- SANTARENO, B — *O crime de Aldeia Velha*. Lisboa: Edições Ática, 1959.

CASTELAO. LOCURA, ARTE Y MEDICINA (SOCIAL)

**Mónica Minoshka Moreira Martínez¹, María Victoria Rodríguez Noguera¹;
Tatiana Bustos Cardona²; David Simón Lorda²**

¹MIR Psiquiatría; ²Psiquiatra

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Servizo Galego de Saúde. Ourense-Galicia. España

E-mail: david.simon.lorda@sergas.es

Resumen

Realizamos una revisión bibliográfica de la pintura y el trabajo dedicados a la locura y la salud mental, realizados por el escritor, médico e ilustrador gallego Alfonso Daniel Rodríguez Castelao (1886-1950).

Desde una perspectiva más humorística con “O home que foi feliz en vida”, continúa demuestra su claro compromiso e intención sociológica expresando una cruda realidad social, así como el fracaso de la reforma psiquiátrica diseñada en la II República a nivel de Galicia, a través de ilustraciones como “A tola do Monte” publicada en el álbum “Nós” en 1931. Así como desde su compromiso militante republicano, denunciando los terribles sucesos de la Guerra Civil Española, refleja en dibujos como “Matáronlle un fillo” y “Denantes morta que aldraxada”, publicados en “Atila en Galicia” (1937), un álbum lleno de tristeza, muerte, sufrimiento y locura provocadas por la guerra y la represión fascista del momento.

Con estas imágenes, y desde nuestro interés particular, la locura y la asistencia a la enfermedad mental en sus dibujos (y con sus magníficos pies de foto que los acompañan), Castelao alcanza la categoría de la imagen prototípica que le debiera conceder un lugar en “la historia de la locura en el arte del siglo XX” junto a nombres como Goya, Gericault, Gabriel o Richter, por citar tan solo unos cuantos.

Palabras clave: Castelao, Galicia, guerra civil y psicopatología, arte y locura.

Abstract

An approach to the picture and works dedicated to madness by the painter and illustrator (and physician) Alfonso Daniel Rodríguez Castelao (1886-1950) is made. An initial predominant influence of humor "The man who was happy in life", and a some years later a sociological commitment in "Mad-woman in a mountain" published in album "Nós" (1931). During the Spanish Civil war (1936-9), he denounce the excesses of Fascist repression in the drawings "They killed her son" and "Dead by myself but not raped", who represents the psychological consequence of war and political repression. These drawings were published in the book "Atila en Galicia" (1937). In his images of madness and assistance to mentally ill, Castelao drawings reach the category of prototypical image, which should make him a special author in the "history of madness in twentieth century art".

1. Introducción

En este trabajo realizamos un breve acercamiento a la vida y obra del ilustrador gallego Alfonso Daniel Rodríguez Castelao (1886-1950). Tal y como destaca Baltar (1979), a pesar de la enorme producción artística de Castelao, los dibujos en los que la enfermedad figura como tema principal son menos frecuentes de lo que pudiera esperarse dada su condición de médico. Aún así, hay muchas imágenes de trágicas o conmovedoras de ciegos, mutilados, enfermos graves, y algunos relacionadas con la locura.

No fue solo pintor sino que también fue médico y uno de los máximos representantes políticos del galleguismo republicano en los años de la Segunda República, la Guerra Civil y en el exilio posterior en Hispanoamérica.

Desde una Historia social de la medicina, es interesante la figura y la obra de Castelao debido al compromiso social y político que tuvo con la Galicia de su época. Sus dibujos tanto humorísticos como de crítica social tuvieron indudable repercusión en amplios sectores de la sociedad gallega, debido a su canto al paisaje y a la tierra, pero fundamentalmente por la acervada crítica social sobre la noción de explotación y de clase, los problemas de la masiva emigración a Hispanoamérica en esos años, la Guerra Civil....

2. Alfonso Daniel Rodríguez Castelao : algunos datos biográficos y de su obra.

(Rianxo-A Coruña (España), 1886- Buenos Aires (Argentina), 1950). Médico, magnífico dibujante, elegante humorista, excelente escritor, intelectual brillante y activista político. Aceptando la voluntad de su padre, estudia medicina en Santiago de Compostela, con talento suficiente como para sacar adelante la carrera sin abandonar su verdadera pasión, el dibujo.

Siguiendo a Bozal (1987) podemos apuntar que los inicios de su actividad pictórica pueden centrarse alrededor de 1909 cuando comienza a colaborar con algunas publicaciones periódicas (Galicia Moza, Vida Gallega...) y recibe premios en la Exposición Regional Gallega que se celebra en Santiago de Compostela. Entre ese año y el siguiente participa en Madrid en el Salón de Humoristas... Sería este un período de formación en el que realiza fundamentalmente obras con fuerte sabor costumbrista y/o caricaturesco. Va adquiriendo reconocimiento por sus publicaciones artísticas en los años 1911 a 1917, y a través de sus dibujos, óleos, caricaturas... plasma una Galicia preferentemente rural, colorista y graciosa, pero en la que ya aparecen denuncias sociales y críticas al caciquismo local.

Entre 1916-1918 se produce un cambio en sus dibujos y realiza toda la serie que expone en 1920 y que lo lanzará definitivamente a la fama (y que publicará años más tarde en el libro *Nós* (1931)). Castelao en el prólogo de dicho libro de estampas indica no quiso cantar la alegría de las fiestas aldeanas ni la opulencia de las bodas, sino las tremendas angustias del vivir diario, porque estaba convencido de que el pesimismo puede ser liberador cuando despierta anhelos de una vida más digna. En estas obras su lenguaje plástico introduce un importante cambio, en el que contrastan fuertemente lo idílico y placentero del paisaje con la crueldad de lo expuesto. Un estilo que lo entronca y vincula con las estampas de Goya (Bozal, 1986).

Tras un breve período de actividad como médico municipal decide abandonar la profesión de medicina en torno a 1914-1915: «Me hice médico por amor a mi padre; no

ejerzo la profesión por amor a la humanidad». Aprueba las oposiciones para funcionario del Cuerpo de Estadística, y en 1916 se instala en Pontevedra.

Becado por la Junta de Ampliación de Estudios viaja a Francia, Bélgica y Alemania en 1921. En 1922 inicia colaboraciones con el periódico ourensano La Zarpa y con el vigués Galicia (dirigido por Paz Andrade y ligado al agrarismo y al nacionalismo), y ofrece diariamente sus viñetas (o “monos”) nucleados en torno a un título genérico: “Cousas da vida”. En 1926 inicia colaboraciones con los diarios Faro de Vigo y El Pueblo Gallego.

En 1931 es elegido Diputado por el grupo galleguista en las elecciones a Cortes Constituyentes en la Segunda República. En 1931 impulsa la fundación del Partido Galeguista, el cual se integrará en el Frente Popular en las elecciones de 1936.

Estuvo también Ligado estrechamente a los ourensanos del grupo y revista de la "Generación Nós”, que incluye intelectuales gallegos responsables del valioso trabajo de estudio y fortalecimiento de la cultura gallega. Es a él a quien se debe el título de la revista “Nós” y la dirección artística de la misma, y es que sus trabajos pictóricos (que ilustraron numerosos periódicos de su época: Nós, Galicia, El Pueblo Gallego, etc.) eran de tanta o mayor importancia que los literarios. Era un arte gráfico que utilizaba la prensa como canal de expresión.

Para Bozal (1986) es un artista universal y particular al mismo tiempo: “Algunos acercamientos que desde Galicia se hicieron a su obra y a su biografía intensificaron el particularismo del artista pero debilitaron su relación con el resto del arte peninsular y la universalidad de sus imágenes, universalidad que se expresa a través de este particularismo [...] Castelao recoge una larga tradición de la cultura española, que también desarrolla magistralmente otro gallego, Valle Inclán, según la cual la verdad está en boca de los personajes marginales, que actúan como negativo de la sociedad y contrapunto de los valores y convenciones establecidas”.

En las últimas etapas de su vida mantuvo un estrecho compromiso con la política galleguista que lo lleva al exilio por su apuesta porque el Partido Galeguista se integrase en el Frente Popular republicano en las elecciones de 1936 previas al estallido de la Guerra Civil.

Durante la Guerra Civil, además de colaborar con publicaciones republicanas como Nova Galiza, realiza tres álbumes de estampas: Galiza Mártir (Madrid, Valencia, Ediciones Españolas, 1937), Atila en Galicia (Valencia, Comité Nacional de CNT, 1937) y Milicianos (Nueva York, Frente Popular Antifascista Gallego, 1938). Este tipo de álbumes fue habitual durante la contienda y otros artistas gallegos como Arturo Souto también publicaron en esos años. En los álbumes de Castelao de los años de la guerra se muestra toda la brutalidad de la guerra y de la crueldad de la represión fascista, entroncándose muchas de sus estampas con la de los “Desastres de la Guerra” de Goya, tal y como ya había hecho en Nós (1931).

Al terminar la guerra se exilia definitivamente a Hispanoamérica (Argentina), lugar en el que finalmente fallece en enero de 1950, aunque permanece un breve tiempo en París en 1946 formando parte del Gobierno de Giral en el exilio. Sus restos regresaron a Galicia en 1984.

Castelao es, a día de hoy, uno de las figuras político-culturales más importantes en la historia de la Galicia del último siglo. Auténtico icono mítico para el nacionalismo galego, ha sido honrado y reconocido por todos los partidos políticos y múltiples

instituciones como uno de los Gallegos Ilustres de Galicia. La Medalla de Oro de Galicia, la más alta condecoración que otorga la Xunta de Galicia (Gobierno Autónomo de Galicia) se concedió por primera vez en 1984 a Castelao. También se crea en ese año la Medalla Castelao, condecoración de carácter civil que anualmente concede la Xunta de Galicia, en distinción de la obra artística, literaria o intelectual de personalidades gallegas de la actualidad.

3. Trabajos gráficos y pictóricos acerca de la locura

El acercamiento pictórico de Castelao al mundo de la locura, con enfoques y situaciones diferentes, reflejan a su vez tanto las preocupaciones del autor como los avatares sociopolíticos de ese período en Galicia. Siguiendo una división que usa Baltar (1979) en su libro, podemos diferenciar tres períodos en su obra pictórica en general, y que se puede aplicar a sus trabajos en los que hay referencias a la locura:

- **Trabajos caracterizados por la preponderante visión humorística:**
Corresponde a su época de juventud y primeros años de artista. En este período la obra más destacada es **“O home que chegou a ser feliz en vida”** (“El hombre que fue feliz en vida”), que fue publicada en su libro **“Cincuenta homes por dez reais” (1930)**, donde dibuja a varios enfermos en los patios de un manicomio, algunos de ellos con posturas catatoniformes. Bien pudiera ser el Manicomio de Conxo, una institución privada (Iglesia y accionistas) situada en Santiago de Compostela y que el dibujante conoce por ser el lugar en donde estudia la carrera de Medicina. Castelao además traba amistad y cercanía con el Dr. Juan Barcia Caballero, que llega a ser director del manicomio. La realidad manicomial de Conxo era bien diferente a la que refleja en su viñeta, y podemos decir que este acercamiento al mundo de la locura lo hace con gran superficialidad y nula intención de denuncia. En los patios del manicomio compostelano, ya a los pocos años de su apertura (1885) y al igual que en otras muchas instituciones, lo que prevalecía era masificación, pobreza, tuberculosis, degradación asistencial...
Otras ilustraciones que pueden ser incluídas en este apartado son **«O home escrupuloso que apreta o timbre co-a punta do bastón»** en el libro **«Os homes. Cousas da vida» (1925)**, o la que acompaña al texto **“Non ten nada”** en el libro **“Cousas”**, en donde hace referencia al ingreso de un médico loco en el manicomio y que allí acompaña al protagonista del relato, el cual parece un neurótico hipocondríaco crónico que ha acabado en el manicomio tras escupirle a un galeno especialista.
- **Un grupo de obras en el cual hay mayor compromiso e intención sociológica:** aquí podemos encuadrar **“A tola do monte”** (La loca de la montaña). Se cree que puede haber sido inspirada durante su corta experiencia como médico rural, otros opinan que tiene su origen en un poema de Ramón Cabanillas. Fue una estampa que va a repetir en diferentes versiones: en una acuarela de 1912, en el libro **Cousas** o en el álbum **“Nós”(1931)**... Refiere Baltar (1979) que no fue frecuente el que Castelao publicase en momentos sucesivos versiones análogas de una misma imagen, y que cuando lo hacía era buscando conseguir un efecto más completo o de mayor fuerza expresiva. Lo hizo con “A

Tola do Monte”, de la que se conocen al menos tres versiones. También con la estampa “O fracasado da emigración”.

Transcribimos el texto de Castelao que acompaña en el libro “Cousas” a una de las versiones del dibujo A Tola do Monte:

“Ainda era eu médico rural e rubía por un camino da serra. Os casales estaban lonxe, os alborados tamén en por alí non había mais que toxos e pedras. No curuto avistei a figura dunha muller que me chamaba coa man, e o petrucio que camiñaba da par do meu cabalo contoume:

-¡Malpocadiña! Chámanlle a tola do monte. Era una rapaza ben asisada e bonita coma un sol e din que foi una meiga quen a enfeitizóu e dispois de perdelo xuicio tívolle un fillo e contan que foi do demo....

Por riba da tola do monte voaba un miñado”

(tomado de Castelao, en “Cousas”)

La podemos considerar como un símbolo de la cruda realidad social de la Galicia aquellos años en donde coexistían por un lado la muy deficiente atención a los enfermos mentales graves en el encierro manicomial (en Conxo o en otros centros fuera de Galicia), junto con consultas en los escasos gabinetes privados a enfermos “nerviosos” de clase pudiente y un cierto abandono/tolerancia hacia el enfermo mental en la sociedad rural (mayoritaria en esos años).

Otro dibujo a destacar en este grupo es el de «**O enfeitizado**» (El hechizado), y que figura en el álbum Nós (1931). Castelao cuando era de niño fue llevado por su abuela a la Iglesia de San Pedro de Belvís en Santiago, adonde acudían ofredicas personas con enfermedades diversas, especialmente mentales. En efecto, la romería de Belvís (29 de abril) gozó de gran estima en la curación de depresiones nerviosas, hechizos, mal de ojo y otras enfermedades de similares manifestaciones. En Galicia el santuario más importante dedicado a la curación de “ramo cativo”, posesiones, “meigallos”, “nervios”...ha sido desde siempre el de la Virgen del Corpiño, cerca de Lalín (Pontevedra).

- **Guerra Civil, 1936-1939:** Su compromiso militante republicano le lleva a la denuncia de los desmanes de la represión fascista en los años de la Guerra. «*Matáronlle un fillo*» (“Le mataron a un hijo”) y «*Denantes morta que aldraxada*» (Antes muerta que ultrajada), publicados en “**Atila en Galicia**”(1937), un álbum lleno de tristeza, muerte, sufrimiento y locura provocada por la guerra y la represión. La Guerra Civil también marcará los destinos de los profesionales de la medicina y la psiquiatría que hasta 1936 estuvo ligada a la opción republicana. Todo será exilio, muerte, cárcel, depuración y silencios en la larga noche de la dictadura franquista.

Conclusiones

Castelao es una de las figuras político-culturales más importantes en la historia de la Galicia del último siglo. A través de su obra artística y sus ilustraciones acerca de la locura (y con sus magníficos pies de foto que los acompañan), pensamos que alcanza la categoría de imagen prototípica que le debiera conceder un lugar en “la historia de la locura en el arte del siglo XX” junto a otros nombres ya consagrados

de otras épocas como Goya, Gericault, Gabriel o Richter, por citar tan solo unos cuantos.

Bibliografía:

-BALTAR DOMÍNGUEZ, Ramón - Castelao ante la Medicina, la Enfermedad y la Muerte. Santiago de Compostela: Bibliófilos Gallegos. 1979.

-BOZAL, Valeriano – Sátira y tragedia: Las imágenes de Castelao. A Coruña: Edicións do Castro.1986.

-GILMAN, Sander L - Seeing the Insane. New York: John Wiley, 1982.

-MEIXOME, Carlos - Castelao. Unha Historia do Nacionalismo Galego. Vigo: Edicións do Cumio.

-SIMON LORDA, D. (2005): Locura, Medicina, Sociedad: Ourense (1897-1975). Ourense: Xunta de Galicia.

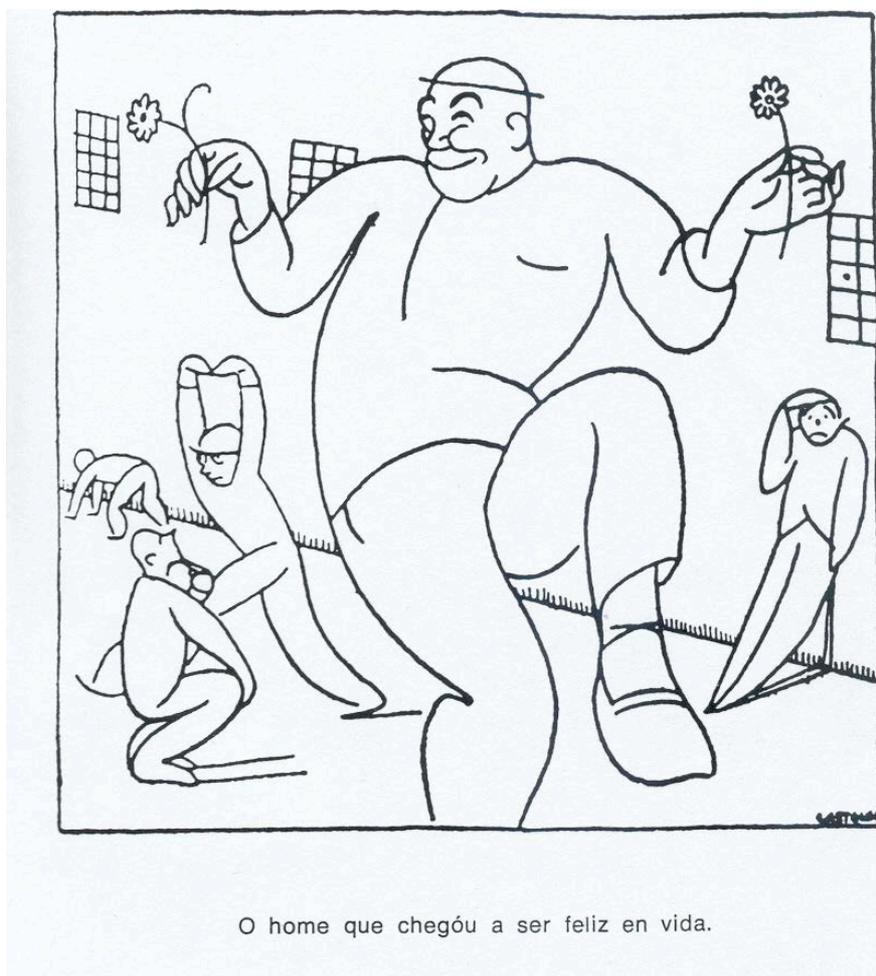


Ilustración 1. “O home que chegou a ser feliz en vida”, Castelao

• A TOLA DO MONTE •



26



Ilustración 2. A Tola do Monte (versiones) , Castelao.
Tomado de Durán (1972, El Primer Castelao)



A tola do

Ilustración 3. “A tola do monte” (La loca de la montaña), Castelao. Álbum “Nós”, 1931.



Ilustración 4. "Matáronlle un fillo", Castelao. Álbum "Atila en Galicia"(1937)

**PANAP (PATRONATO NACIONAL DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA):
UN ORGANISMO PÚBLICO PARA LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA
DURANTE LA DICTADURA DE FRANCO (1939-1975).
EL CASO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE
TÓEN-OURENSE-GALICIA-ESPAÑA**

**M.V. Rodríguez Noguera¹; M.M. Moreira Martínez¹;
T. Bustos Cardona²; D. Simón Lorda²**

¹Médico Residente de Psiquiatría; ²Médico Psiquiatra
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, Spain
E-mail:david.simon.lorda@sergas.es

Resumen

Objetivos: Exponer la evolución histórica y sociopolítica del PANAP en el segundo periodo de la Dictadura de Franco (1959-1975) a través del caso de un hospital psiquiátrico de la red del PANAP en Ourense (Galicia-España). Analizaremos el número y la localización de hospitales, así como la asistencia médica y actividad docente desarrollada por el PANAP en Galicia.

Métodos: Revisión del Archivo Hospital de Toén. Publicaciones y memorias del PANAP.

Conclusiones: PANAP fue el organismo público más importante para la asistencia psiquiátrica hospitalaria durante este período aunque no pudo llegar a cubrir las necesidades asistenciales por falta de apoyo político y económico. La apertura en 1959 del Hospital Psiquiátrico de Toén, en Ourense supuso la primera intervención en la asistencia psiquiátrica hospitalaria en Galicia desde la competencia del Estado central. Fue el prototipo de Sanatorio de ésta época con enfoque terapéutico neuropsiquiátrico-laborterápico, solo con plazas para hombres, y pero con gran interés científico investigador sobre la psicopatología, todo ello liderado por el Director Médico, Manuel Cabaleiro Goás.

Palabras clave: hospital psiquiátrico, franquismo, Manuel Cabaleiro Goás, planificación sanitaria, Galicia, Ourense

Abstract

The PANAP was the most important public psychiatric organization in spanish psychiatry during Franco's dictatorship (1939-1975). Although it was a psychiatric-hospital centered organization that did not cover adequately the necessities of public psychiatric assistance. We analyze several issues as organization and scientific and publishing activities who developed by the PANAP. The psychiatric hospital in Toén (Ourense) was one a PANAP hospital, who was dedicated only to male inpatients, with a neuropsychiatric and labourtherapy orientation, but with an interesting scientific production dedicated to psychopatology and phenomenology, mainly published by his medical director Manuel Cabaleiro Goás.

Key words: psychiatric hospital, health planning, Franco's Dictatorship, Manuel Cabaleiro Goás, Ourense

1.Introducción

Historiadores contemporáneos (Payne, Tusell, Tuñón de Lara...) que han estudiado el largo período de la dictadura de Franco en España, destacan el año 1959 como un punto de inflexión en esa “longa noite de pedra” del franquismo, que se había iniciado en 1939. Tras 20 años de posguerra y de autarquía franquista, se entra en el llamado período del Desarrollismo y tardofranquismo, que ya se extenderá hasta la muerte del dictador en noviembre de 1975.

Realizando una revisión tanto de archivos (Hospital de Toén y varios archivos privados) así como de las publicaciones y memorias del PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica) pretendemos exponer algunos datos acerca de la evolución histórica y sociopolítica del PANAP, que funcionó en el denominado período del desarrollismo en la Dictadura de Franco (1959-1975). Particularizaremos el acercamiento a este organismo sanitario franquista a través de un estudio de caso, a través de algunas “stories” de un hospital psiquiátrico de la red del PANAP: el Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense, Galicia, España).

2.La psiquiatría española, el PANAP y la dictadura de Franco en el período del llamado desarrollismo y tardofranquismo (1959-1975)

Tal y como señala Casco Solís, a partir de finales de los años 50, entre la estabilización económica y el primer plan de desarrollo comenzaron a evidenciarse señales de cambio en la sociedad española y en la fachada exterior del régimen político. Alrededor de 1960, lo que cambia sustancialmente es el tipo de contrato social implícitamente establecido entre la sociedad y el poder político y militar desde los tiempos de la guerra civil. Ahora se permite un mayor grado de participación y de iniciativas sociales, una cierta liberalización de las relaciones económicas, así como una cautelosa apertura informativa y cultural, a condición de no cuestionar la legitimidad de origen del franquismo, ni la continuidad del Régimen del 18 de Julio. Comienza así el “desarrollismo” de los años sesenta.

En torno a 1960, se habían comenzado a producir cambios no solo en la sociedad y la política española sino también en la propia psiquiatría del país. Así, en febrero de 1960, fallece Antonio Vallejo Nágera, que en palabras de Juan Casco fue "el psiquiatra que mejor representó la mentalidad reaccionaria dominante en los años de la posguerra" y que había sido el jefe de los servicios psiquiátricos militares del ejército franquista. En ese año, tras la muerte de Vallejo, accede a la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central en Madrid el Profesor Juan José López Ibor (1908-1991) quien será la figura dominante en la escena académica y profesional de la psiquiatría española en los años siguientes.

Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), 1955-1974

El PANAP fue el organismo público más importante para la asistencia psiquiátrica hospitalaria durante el franquismo. Se crea mediante una Ley el 14 de Abril de 1955, para tratar de corregir el caos asistencial existente en España en ese momento. Dependía del Ministerio de Gobernación, y en estrecha relación con la Dirección General de Sanidad. Su finalidad principal era coordinar, unificar y planificar la Asistencia Psiquiátrica y lograr la promoción de la Salud Mental mediante Seminarios y

Cursos de Formación en diferentes ciudades españolas con una visión más social y dinámica de la psiquiatría de la que hasta en ese momento se había tenido. Incluso se autoasignó funciones de inspección de establecimientos psiquiátricos, de coordinación, de planificación, asesoría e incluso formación de personal, pretendiendo además cubrir las deficiencias con sus propios recursos.

El Patronato se crea siendo Director General de Sanidad el Dr. Palanca y Martínez Fortún. El primer secretario fue el Dr. Fernández Turégano a quien le sucedió el Dr. Serigó Segarra. En 1957, dos años después de la apertura del organismo cesa José Alberto Palanca y Martínez- Fortún, siendo sustituido por Jesús García Orcoyen. En Mayo de 1941, con el cese de Serrano Suñer y el nombramiento del general Valentín Galarza como Ministro de Gobernación y del falangista Girón Velasco como ministro de Trabajo se culminaba el reparto de competencias quedando la Sanidad Nacional fuera del poder de la Falange y ligada a los sectores militar y católico....pero la Falange controlaba el Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E), que tardará años en asumir la psiquiatría en su cartera de servicios.

La creación del PANAP generó tensiones y reacciones de oposición en algunos sectores de la psiquiatría privada (ligada a órdenes religiosas) y del poder psiquiátrico-académico (ligado a López-Ibor y otros catedráticos afectos al régimen).

Entre 1955 y 1963, coincidiendo con los Planes de Desarrollo Económico del franquismo, se produce un fuerte aumento de la población ingresada en los manicomios españoles. En la monografía de Serigó y Porras (1966) se indica que el número de camas psiquiátricas en 1959 era de 31.117 distribuidas en 88 centros, y que suponía 1,02 camas por mil habitantes. En 1963 estas cifras eran de 124 centros con 39.329 camas, correspondiendo 1,24 camas por mil habitantes. Las camas psiquiátricas del PANAP representaron un porcentaje bajo respecto al total del conjunto de plazas. El aumento del número de camas condujo a que se creara una imagen del PANAP de lentitud de reflejos y de inoperancia que marcó enormemente su futuro.

Investigadores como García (1979) señalaron que los enunciados fundacionales del PANAP eran ambiciosos y que “si se hubieran cumplido y desarrollado sus enunciados pragmáticos habrían tenido una repercusión más notable en el terreno asistencial”. Pero la imposibilidad e ineficacia para llevar a cabo las funciones encomendadas quedó patente casi desde el principio. No tuvo jurisdicción operativa más que en sus propios centros, que representaron una parcela pequeña de la asistencia psiquiátrica (9 hospitales, 3000 camas). En el mismo informe de Mayo en 1971, se reconoce que el PANAP necesitaría una posición más formal dentro de la sociedad, con autoridad suficiente. En el terreno de la información promovió seminarios y editó diversas publicaciones con contenidos que no han tenido una repercusión práctica en la realidad asistencial. Su misma composición es casi en su totalidad una amalgama de la Administración y del poder psiquiátrico establecido, con intereses diversos que imposibilitan su operatividad.

Sin embargo, el PANAP y su máximo representante a nivel de gestión, el Dr. Serigó Segarra, consiguieron que parte de la estructura de la asistencia psiquiátrica se impregnase de todos los elementos de la Salud Pública moderna. Serigó mantuvo contactos con psiquiatras franceses e ingleses, así como con miembros de la OMS y estuvo en los preparativos de la conferencia de la OMS “Planificación de los Servicios de Salud Mental” en Madrid en 1968. Analizando los materiales que fueron

patrocinados por el PANAP, observamos que aportaron novedades para la asistencia psiquiátrica de este periodo histórico. Fue una apertura desde las altas instancias del régimen franquista hacia una psiquiatría anglosajona, muy en contra de la orientación más germanófila, muy centrada en la clínica fenomenológica, que dominaba el poder psiquiátrico de la época. Tal y como señala Luis Valenciano Gayá, a pesar de todo el esfuerzo formativo y divulgativo acerca de nuevas concepciones y tendencias asistenciales realizadas por el PANAP, “no se logró lo suficiente sacar a la psiquiatría de los muros de los hospitales”.

A lo largo de su Historia, el PANAP fue responsable de la edición de una serie de monografías de formación. Con ella se pretendía cubrir tres campos fundamentales. En primer lugar la prevención, asistencia y rehabilitación del enfermo psíquico; en segundo la preparación del personal, especialmente auxiliar y finalmente la investigación en psiquiatría, “especialmente difícil por ser una ciencia limítrofe a la Biología, Psicología y Ciencias Sociales”, así lo refiere el PANAP en su Introducción del libro “Metodología de la Investigación Sanitaria”.

Algunas de las publicaciones y Monografías del PANAP fueron:

- (1967) "Manual para Auxiliares psiquiátricos"
- (1967) "La Unidad de psiquiatría en el hospital General"
- (1973) "Epidemiología Psiquiátrica"
- (1972) "Metodología de la Investigación Sanitaria y Social"
- (1972) "La terapia ocupacional y la laborterapia en las enfermedades mentales"
- (1967) "Los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica"
- (1976) "Alcoholismo y otras toxicomanías"(1972) "Bases para la organización de los Servicios Sanitarios"
- (1966) "La Planificación de la Asistencia Hospitalaria en España"
- (1970) "El papel del médico general en los Servicios de Salud Mental"
- (1971) "La enfermedad psiquiátrica en la práctica médica general"
- (1972) "Conducta Infantil y Salud mental"
-

Podemos destacar y comentar brevemente algunas de ellas:

® “La Planificación de la Asistencia Hospitalaria en España”. A. Serigó y Pedro Porras, Noviembre de 1966. Entre otros aspectos, aportaban propuestas y reformas para llevar a cabo un Plan General de Hospitales. Se propugnaba, por ejemplo, aumentar el gasto por estancia de todos los hospitales, entre los cuales, el menos elevado era el de los Hospitales del PANAP.

® "La enfermedad psiquiátrica en la práctica médica general". Escrito por Michael Shepherd, Brian Cooper y otros, y con una introducción de Sir Aubrey Lewis. Publicado en 1971. Una pequeña perla publicada en el erial, y que será retomada años después ya en los ochentas por las nuevas hornadas de psiquiatras y médicos de familia. Intentaba dar atención a los problemas de la enfermedad psiquiátrica relacionada con la Medicina General, en el primer nivel de Atención a la Salud.

® "Epidemiología Psiquiátrica" (1973). Realizado por Brian Cooper y H.G.Morgan; prologado por Michael Shepherd. Todos ellos pertenecientes a la Universidad de Londres, y ligados al prestigioso Instituto de Psiquiatría de

Londres. Con 239 páginas y casi 500 referencias bibliográficas, supone una innovación en el campo de la investigación y metodología respecto a lo publicado en castellano hasta ese momento. Hay autores que señalan que esta publicación no tuvo la difusión que hubiera sido deseable entonces, pero que, pese a su deficiente distribución, posibilitó que algunos psiquiatras españoles se aventuraran en la investigación en la Epidemiología Psiquiátrica.

El PANAP desaparece en 1974 con la creación de AISNA (Administración Institucional de la Sanidad Nacional), que una vez más excluía a los enfermos mentales, junto a los leprosos, débiles mentales, tuberculosos, etc...y que sólo serán integrados a partir del desarrollo de la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, ya en el período democrático constitucional.

2.El hospital psiquiátrico de Toén (Ourense), Cabaleiro Goás y el PANAP franquista: 1959-1974.

En Septiembre de 1959, por orden del Ministerio de Gobernación, comienza a funcionar el Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense). La apertura del hospital supuso la primera intervención del PANAP en Galicia, planificada desde la competencia del Estado Central. Su director durante todo el período en que perteneció al PANAP fue el psiquiatra Manuel Cabaleiro Goás.



Ilustración 5. Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense), agosto 1959. Inauguración. Tomado de VIDA GALLEGA (arch. personal Fernando Valcárcel). Personajes que podemos identificar en la foto: a la izq. el psiquiatra Pedro Téllez(Subdirector de Toén), segundo por la izquierda Cabaleiro Goás, y el siguiente es el Gobernador Civil(José María Quiroga de Abarca). El quinto por la izquierda es Julio Freijanes (jefe provincial de sanidad).. Al resto de personas ya no se identifican bien.. Uno de ellos es Turégano (era el Presidente del PANAP). Las religiosas eran las Monjas de la Congregación de las Hijas de María Santísima del Huerto.

Manuel Cabaleiro Goás: algunos datos biográficos

Nace en A Coruña y fallece en Santiago en 1977 cuando tenía 59 años. Estudió la carrera de Medicina en Santiago de Compostela (1934-1942). Pronto se pone en contacto con la Psiquiatría, pues en 1941 ya es Alumno Interno en el Departamento de Medicina Legal, que dirige el Profesor López-Villamil. Al terminar la carrera amplía estudios con López Ibor en Madrid, y regresa a Galicia para completar su formación clínica con Villamil en el sanatorio privado que éste posee en Vigo. En 1943, Cabaleiro abre consulta privada en Ourense y también dirige un pequeño sanatorio privado (Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro). En esta ciudad permanecerá indefinidamente y consolidará su prestigio dentro y fuera de Galicia. Casi hasta el final de su vida mantuvo el vínculo con la Universidad de Santiago, aunque fracasó en su intento de acceder a la Cátedra de Psiquiatría de Santiago, pese al claro apoyo de su maestro Villamil. Destacar como sus publicaciones más importantes: "Temas Psiquiátricos", "Psicosis Esquizofrénicas", "Problemas Actuales de las Psicosis Esquizofrénicas"(1954), "Esquizofrenias pseudoneuróticas" o "Concepto y Delimitación de las psicosis esquizofrénicas"(1958). Entre 1943 y 1959, Cabaleiro irá desempeñando diferentes puestos en la asistencia psiquiátrica ambulatoria de Ourense: Neuropsiquiatra del Seguro Obligatorio de Enfermedad, Jefe de la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental del Instituto Provincial de Sanidad y Director Médico del Hospital de Toén (desde su inauguración en 1959 hasta 1977). Mantuvo vínculos importantes con la psiquiatría portuguesa y también viajó a Hispanoamérica para impartir numerosas conferencias en Argentina, Brasil... Persona con grandes inquietudes filosóficas y preocupaciones por comprender en toda su esencia al hombre, y en especial al "hombre-enfermo" se va a comprometer en una serie de publicaciones, que algunos podrían calificar de "menores", pero que ilustran muy bien la obra de este insigne psiquiatra humanista: "Werther, Mischkin y Joaquín Monegro vistos por un psiquiatra"(1952) o "La Psiquiatría en la Medicina Popular de Galicia"(1953). Cabaleiro fue la figura indiscutible de la psiquiatría gallega de la segunda mitad del siglo XX.

Hospital (Sanatorio) Psiquiátrico de Toén: "stories" de los años 1959-1975.

El Hospital de Toén estaba situado a ocho kilómetros de la ciudad de Ourense "en una zona alta y descampada sometida a fuertes vendavales y aguaceros" (Cabaleiro, 1965). En el primer año de funcionamiento se admitieron 95 enfermos, mayoritariamente dependientes de la Diputación de Ourense, aunque también había enfermos privados y otros de la Diputación de Pontevedra. También se recibieron enfermos de otros Hospitales del PANAP, de otras zonas del país, entre ella Leganés.

Eran unas instalaciones a estrenar, pues aunque se había diseñado para albergar a la Leprosaría del Noroeste de España, y que en 1929 ya estaba presupuestado por dos millones de pesetas de la época, nunca llegó a fraguar ese proyecto.

Los primeros enfermos "recuperables" llegaron al Hospital el 27 de agosto de 1959, trasladados desde el terrible Manicomio de Conxo (en Santiago, con más de 1.500 enfermos y sólo dos psiquiatras, y su propietario era la Iglesia compostelana). Toén se abre con perfil de "enfermos recuperables"...así lo definían en los objetivos asistenciales

del PANAP para ese centro. De hecho el Hospital fue más bien conocido en muchas de sus publicaciones o denominaciones como Sanatorio Psiquiátrico de Toén.

Tenía como máximo 150 plazas y nunca hubo masificación como ocurrió en otros centros como Conxo. Cuando abre en 1959, en Conxo y en otros manicomios de España había casi 300-400 ourensanos y ourensanas ingresadas en ese momento. Las enfermas ourensanas no tuvieron posibilidad de ingreso en Toén hasta ¡¡1983!! (ya con gobierno socialista PSOE en Madrid). Fueron obligadas a ingresar en Conxo, a Arévalo (Ávila), a Sant Boi (Barcelona) mientras no hubo camas para ingresos de mujeres. En 1983 abre una unidad de unas 20 plazas, y señalar que en ese momento había 110 enfermas ingresadas fuera de la provincia.



Ilustración 6. Instalaciones del Hospital/Sanatorio de Toén, 1959.
Archivo familia Cabaleiro y Archivo Hospital Toén.

La plantilla de médicos era reducida, pero el índice de personal era mucho mejor que el de otros hospitales psiquiátricos del resto del Estado. Hasta primeros de los 70 no había médicos de guardia y el cuidado básico de los pacientes recaía en los turnos de 3-4 auxiliares para casi los 150 pacientes. La dotación de personal al ser insuficiente daba lugar a fugas, peleas, suicidios... a pesar de que se realizaron obras para acondicionar de mayor seguridad las instalaciones. Las celdas para los pacientes agitados y peligrosos funcionarán hasta años después de la promulgación de la Ley General de Sanidad. Según reconstrucciones de las nóminas del centro (datos recogidos del Archivo del Hospital Toén), el personal del que disponían en Noviembre de 1965 constaba de: un médico-director, un administrador, un médico ayudante, dos médicos residentes, un capellán, un auxiliar administrativo, cinco religiosas, nueve cuidadores-enfermeros-auxiliares y personal de servicios como limpiadoras, ordenanzas y varias religiosas (Monjas de la Congregación de las Hijas de María Santísima del Huerto, conocidas como las "Gianellinas"). Esta plantilla de médicos aumentará en un 50% a partir de los primeros de los 70, ya que la fama de Cabaleiro atrae a médicos, que encuentran en Toén uno de los centros en los que se puede conseguir una formación adecuada en el

campo de la Psiquiatría. La psiquiatría era de base kraepeliniana y la teoría se dirigía hacia el campo de la Psicopatología, la Fenomenología y el Análisis existencial. La prescripción de psicofármacos estaba a un nivel técnico óptimo para la época. Se usaba la insulinoterapia y también la terapia electroconvulsiva.

Aunque la asistencia de Toén sea cuestionable en aspectos como la nula atención a mujeres enfermas o la práctica centrada en casos agudos por considerarlos recuperables, el sanatorio adquirió prestigio entre el resto de centros psiquiátricos españoles de la época. Por otro lado, remarcar que la exclusión del ingreso de mujeres siempre fue un tema que preocupó a Cabaleiro. Ya en la primera inspección del Consejo Rector del PANAP, a principios de 1960, el director del Hospital demandó que se finalizaran las obras de los edificios paralizados y que correspondían con el pabellón de mujeres y a la capilla.



Ilustración 7. Cabaleiro Goás (en primer plano con batín) y a su derecha en la foto el Dr. Serigó Segarra (secretario General PANAP) en visita de obras en Toén, finales años 60.

Archivo familia Cabaleiro y hospital Toén.

Los inicios de los años 70 fueron de gran efervescencia en la reorganización en la psiquiatría gallega y española que tendrá su clímax en los años finales del franquismo 1974-1975 y primeros años de la llamada Transición española. Fueron los años del denominado movimiento de Reforma psiquiátrica, y tendrá además importantes ligazones con la lucha política antifranquista de la época. El episodio más conocido e importante en Galicia fue el conflicto del Manicomio de Conxo. Éste concluye con el despido de varios psiquiatras y otros trabajadores que habían tratado de realizar una

transformación y mejora de la deficiente asistencia psiquiátrica que allí se estaba dando a los enfermos ingresados.

En el Hospital de Toén, sin dejar de participar en toda la filosofía y movimiento de la Reforma Psiquiátrica no hubo especiales conflictos asistenciales, motivado tal vez por la figura y liderazgo de Cabaleiro Goás, que hizo de puente entre las generaciones de psiquiatras y las sociedades científicas que surgen y se enfrentan en esos años.

En 1972 se inicia el modelo de "psiquiatría de sector". Implicaba una atención especializada extramuros del manicomio, con dispensarios ambulatorios (y con visitas domiciliarias) en las cabeceras de comarca a los que se desplazaban quincenalmente (casi siempre en "día de mercado o de feria") para consulta los psiquiatras y otros profesionales de Hospital de Toén. Algo insólito en la sanidad del momento, en donde con excepciones notables, lo que predominaba el especialista que dedicaba tiempo en su consulta privada o los minutos fugaces del especialista de cupo "del seguro".



Ilustración 8. Hospital Psiquiátrico de Toén, Ourense. 1971
(Archivo García de la Villa)

Hacia finales de enero de 1972 se intenta que se abra en un Centro de Formación Profesional de Tercer Grado del Sanatorio Psiquiátrico de Toén para médicos posgraduados. Es un proyecto que no llegó a cuajar y que fue vetado y obstaculizado desde la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela. Años después, Toén tendrá luego médicos internos residentes (MIR) de psiquiatría desde la primera promoción en que se inicia la formación MIR tal y como la conocemos hoy en día en España.

Las relaciones de Cabaleiro con el PANAP no siempre fueron fáciles ni cordiales; en diversas ocasiones dejó claro sus quejas por la falta de apoyo político y económico en la empresa de sostener y mejorar la asistencia. Cabaleiro apuntaba como motivos del fracaso del Patronato: la carencia total de unidad en la organización asistencial

psiquiátrica española, los reducidos presupuestos económicos para afrontar una asistencia costosa y compleja, la ausencia de una estructura organizativa asistencial psiquiátrica extrahospitalaria y de Salud Mental y la inexistencia de una mentalización y sensibilización de la sociedad española en relación con los problemas de la asistencia psiquiátrica y concretamente con los del hombre- enfermo psíquico.

Conclusiones

El PANAP fue el organismo de los servicios centrales de la sanidad pública más importante para la asistencia psiquiátrica hospitalaria durante el segundo período del franquismo (desde 1955). Sin embargo, no llegó a cubrir las necesidades asistenciales debido a la falta de apoyo político y económico, y por la competencia de la psiquiatría privada (fundamentalmente órdenes religiosas).

La apertura en 1959 del Hospital Psiquiátrico de Toén, en Ourense supuso la primera intervención en la asistencia psiquiátrica hospitalaria en Galicia desde la competencia del Estado central. Señalar que aunque sólo se admitían enfermos varones “rehabilitables”, tal vez ello facilitó que nunca estuviese masificado y lo cual pudo facilitar que la ratio de personal médico y auxiliar fuese mayor que la de otros hospitales similares. Al lado de esta realidad asistencial, coexistía una feraz actividad investigadora y divulgadora sobre clínica psiquiátrica y psicopatología, liderada por el director médico, el psiquiatra Manuel Cabaleiro Góas.

Bibliografía

CASCO SOLÍS, Juan - “Psiquiatría y franquismo. Período de institucionalización (1946-1960). Con un Pórtico y un Epílogo como homenaje a Luis Martín-Santos”. En: FUENTENEbro, F.; BERRIOS, G.E.; ROMERO, I.; HUERTAS, R. (Eds.)(1999), Psiquiatría y cultura en España en un Tiempo de Silencio. Luis Martín Santos”, Madrid, Necodisne, 1999.

COMELLES ESTEBAN, José María - La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1988.

GONZÁLEZ DURO, Enrique - Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975. Madrid: Akal, 1978.

PONTE HERNANDO, Fernando; SIMÓN LORDA, David; GONZÁLEZ CASTROAGUDÍN, Sonia ([2014], “Manuel Cabaleiro Goás”, en Álbum da Ciencia. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega. [lectura: 21/02/2015] [URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=508>. 2014.

SIMON LORDA, David - Locura, medicina, sociedad: Ourense (1875-1975). Ourense: Xunta de Galicia, 2005.

**AYUNADORAS (INEDIAS) Y CUERPOS INCORRUPTOS. FRONTERAS.
ENTRE MEDICINA Y RELIGION EN LA GALICIA (ESPAÑA) Y NORTE DE
PORTUGAL EN SIGLOS XIX y XX**

Tatiana Bustos-Cardona^{1}; David Simón-Lorda¹;
María Victoria Rodríguez-Noguera²; Mónica Minoshka Moreira-Martínez²**
Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saude.
Ourense-España.

¹Médico Psiquiatra; ² Médico residente de Psiquiatría
E-mail:david.simon.lorda@sergas.es

Resumen

Revisamos algunos casos de ayunadoras extremas de carácter místico (inedias/anorexias) que ocurrieron en Galicia durante el siglo XIX. Como aportación en este trabajo traemos el caso de una ayunadora mística, la llamada “Santa de Vilamaior” (1826-1888), que vivió en Vilamaior da Boullosa, una aldea en plena frontera de la “raia seca” entre Ourense y Portugal. Estuvo 50 años sin alimentarse, tan solo se mantenía con “agua, vino y de la gracia de Dios”.

Presenta muchas semejanzas con el caso de la “Espiritada de Gonzar” (1848), un caso de inedia, que vivió en Gonzar-O Pino-A Coruña. Todos ellos se pueden sumar a casos como los del Portugal de los años 40 (Alexandrina de Balazar, Amelinha de Vilar Chao (Tras-os –Montes), u otros casos de varios países estudiados por T.Habermas, L. Gayral, Bynum. Contextualizamos nuestro caso a través del análisis antropológico de Pina-Cabral acerca del culto a ayunadoras y cuerpos incorruptos en el Alto Minho.

Palabras clave: anorexia; inedia; Galicia; Portugal; fronteras; religión

Abstract

Several cases have been described in scientific and popular literature about extreme fasting (inedia/anorexia) with popular religious devotion in Galicia and Northern Portugal along XIXth and XXth century. We present one of these fastings women was the so called “the Saint of Villamaior” (1826-1888), (Villamaior da Boullosa, a village in the border between Galicia-Spain and Portugal). It’s very similar to other historical described in Galicia (“Espiritada de Gonzar” 1848), or in Portugal in the first decades in 20Th century: Alexandrina de Balazar, Amelinha de Vilar Chao, and also others in the rest of Europe studied by Habermas, Gayral, Ireland, Brumberg or Bynum. All of them are very similar and are linked with catholicism and popular cultures towards fasting women and incorrupt bodies in the cosmovisión of rural society in north of Portugal (in Alto Minho region studied by Pina Cabral). Borders (“raias”) between life and death, and between clinical psychiatry and religious conceptions.

Key words: fasting, inedia, Galicia, Portugal, borders, religion.

1.Introducción

El ayuno prolongado voluntario (que desde antiguo se ha denominado inedia o estados inédicos) es un síndrome que se han reportado múltiples casos tanto en la literatura médica, como en escritos jurídicos-religiosos y en la prensa a lo largo de la Historia... y en todos ellos han influido las circunstancias socioculturales, religiosas e históricas en las que se presentaron. No es posible reducir la inedia a la huelga de hambre ni a la anorexia nerviosa (la del DSM-V), y hay relación frecuente con motivos de orden religioso.

Nuestro objetivo será exponer algunos casos de ayunadoras extremas (inedias) con cierto componente místico que sucedieron en Galicia durante el siglo XIX. Trataremos de buscar alguna conexión con casos similares en el Portugal de los años 40 y trataremos de contextualizar nuestros casos galaico-portugueses a través del análisis antropológico que realizó Pina-Cabral acerca del culto a las ayunadoras y a los cuerpos incorruptos en la región del Alto Minho portugués.

2.Inedias y ayunos extremos: algunos datos conceptuales e históricos

“Son muchos los ejemplos de larguísimas Inedias, que se leen en los Libros, y sobre que varían los juicios de los hombres. Unos les niegan enteramente el asenso; otros, admitiendo su posibilidad natural, las creen: y otros, en fin, sólo les conceden la existencia, suponiendo que sean preternaturales; esto es, o por milagro, o por prodigio diabólico. Pero yo juzgo, que estrechan mucho los términos de la naturaleza los que niegan, que quepan dentro de la esfera de su actividad”.

(tomado de Padre Benito Jerónimo Feijóo, 1750. “Cartas Eruditas. Sobre una extraordinarísima inedia”)

Según el psiquiatra francés L.F. Gayral, la inedia es una palabra muy antigua pero que “en la práctica designa un ayuno prolongado y susceptible de alcanzar la abstinencia total durante largos períodos, a veces varios años, y que se presenta en sus formas extremas como una monstruosidad fisiológica y como un desafío a la naturaleza.

Para Gayral (1995), el conjunto de estados inédicos está constituido en todos los casos por tres fenómenos básicos: 1º, la reducción extrema, hasta la anulación, de la alimentación, asociada a una muy larga duración de esta reducción, 2º alteración hasta la desaparición del sentimiento de hambre; 3º la paradoja de la supervivencia sin alimentación, el vivir sin comer. Para Gayral la anorexia nerviosa guarda autonomía clínica y de patogenia con la inedia. En las inedias estudiadas por este psiquiatra francés (tanto a partir de revisión de casos previos publicados (48 casos entre 1400 y 1960) como de algunas observadas por él (14 casos) entre 1948 y 1992), las características globales de los casos de inedia tienen varios elementos importantes:

- a) Por un lado, los tres fenómenos básicos antes señalados (reducción extrema de la alimentación, larga duración y desaparición del sentimiento de hambre) para juzgar la autenticidad y la gravedad del estado inédico en cada caso individual.

b) La importancia de las influencias procedentes del medio ambiente, familiar, educativos, religioso, cultural... y en muchos de ellos importante participación popular y de movimientos de masas con elementos mediáticos y religiosos... En estas formas de inedia es en la que se plantean la mayoría de las veces las preguntas acerca de su autenticidad.

Las revisiones sobre casos históricos de ayuno extremo han ido siendo publicados en las últimas décadas por historiadores de la psiquiatría y la psicología. Así, investigadores de varios países: Joan Brumberg, Tillman Habermas, Bynum, Ireland, Vandereicken...o el ya citado Gayral han trabajado desde diferentes perspectivas en casos como los de alemana Therese Neumann, el llamado enigma de Brooklyn, el caso Sarah Jacob en Gales...y otros muchos sobre los que no nos extendemos pues excede el objetivo y extensión del artículo..

Nos interesa la propuesta que sugiere Tillmann Habermas acerca de tres tipologías de ayuno extremo:

- Modelo ascético-místico: relacionado con las concepciones populares de la santidad de la Edad Media. Solían ser mujeres piadosas que ayunaban con el objetivo de conseguir la pureza espiritual.
- Las jóvenes ayunadoras: esta tipología de ayunadoras fueron descritas entre los siglos XVI y XIX. Las mujeres ayunadoras (en inglés fasting girls) eran mujeres de la época victoriana, usualmente preadolescentes, que afirmaban que podían sobrevivir largos períodos de tiempo sin consumir comida u otra nutrición. Solían ser mujeres enfermas, postradas en cama y que exhibían clínica de orden histeriforme, y que no recuerdan a la “moderna” concepción de la anorexia. Algunas no eran solo rehusaban la comida, sino que también atraían la atención a su ayuno afirmando tener poderes especiales religiosos o mágicos. Este tipo de casos reúnen tanto factores religiosos como secularizados. Muchos de ellos fueron descritos o comunicados por médicos pero su entorno más inmediato interpretaba el ayuno en términos o concepciones religiosas.
- La moderna anorexia nerviosa: aparece a mediados del XIX, ya en un campo totalmente secularizado tanto por los afectados (pacientes) como por aquellos relacionados de manera oficial con ellos (Medicina).

3. Algunos casos de inedia o ayunos extremos en la Galicia del siglo XIX

“Por la transparente diafanidad de la encarnadura, por la tenuidad de la piel, ni parecía niña ni vieja, sino una visión en toda la fuerza de la palabra: una visión del mundo sobrenatural. Considérese lo que yo sentiría y el religioso espanto con que mis ojos se clavaron en aquella criatura asombrosa, transportada ya a la gloria de los bienaventurados. [...] Mis horrorizadas pupilas contemplaron el cuerpo de la mujer que sólo se alimentaba con la Hostia”

(del cuento “La santa de Karnar” (1891), de la novelista gallega Emilia Pardo Bazán, una autora clave para entender el siglo XIX en Galicia).

3.1. La Santa de Vilamaior (Baltar- Ourense) (a través del periódico “O Tío Marcos d’a Portela”, Febrero de 1888)

Dos noticias de 16 y 26 de febrero de 1888 en el periódico “O Tío Marcos d’a Portela” (Ourense, 1876-1890) nos presentan el caso de “La Santa de Vilamaior”. Este periódico, fundado y dirigido por Valentín Lamas Carvajal, fue el primer periódico totalmente redactado en gallego. Fue una publicación de carácter progresista y con una fórmula en la que predominaba el humor satírico y el tono socarrón, lo que hizo que alcanzase gran popularidad en los años en que fue publicada.

La exposición del caso de “La santa de Vilamaior” que nos ofrece Lamas Carvajal en los dos artículos de su revista contiene numerosos elementos de humor satírico.

Conocida como “la tía Sabel”, desconocemos más datos acerca de su identidad salvo los datos de nacimiento y muerte tomados de los datos que aporta la prensa. Nace y fallece en Vilamaior da Boullosa-Baltar-Ourense, 1826-1888. Su aldea natal estaba situada a unos 2,5 km de la frontera portuguesa, al sur de la provincia de Ourense, en la «raia seca» con Portugal (en la zona portuguesa de Barroso y Montalegre). Una zona agrícola y ganadera pero en la que la economía de subsistencia se complementaba con actividades de contrabando. El pueblo a su vez dista 3-4 km de la zona llamada del Couto Mixto El Couto Mixto fue un antiguo territorio asentado entre los actuales municipios de Calvos de Randín y Baltar. Hasta el Tratado de Lisboa de 1864 cada vecino elegía libremente la nacionalidad española o portuguesa, aunque el territorio en sí no estaba ligado a ninguna de las dos coronas. Un territorio híbrido y dual.

La Tía Sabel ya era considerada como santa desde niña: decían que no lloró al recibir el agua del Bautismo, que tenía una cruz dibujada en el cielo de la boca... Comienza a recibir visitas en su domicilio de gentes de la zona buscando ayuda o favores de su supuesta santidad. A los doce años comienza a negarse a comer: dicen en la noticia de prensa que se mantenía con agua, vino, leche y los recortes de las hostias que le guardaba el sacristán de la parroquia. Nadie vio con sus ojos que la joven se alimentara y, como dicen en “O Tío Marcos...” fue la envidia de los famélicos por la falta de apetito que tenía.

Con los años su fama llega al cercano Portugal, y al poco comenzaron las peregrinaciones en donde los devotos recibían gratuitamente consejos acerca de los males del ganado, pero también acerca del mal de ojo, del “ramo cativo” (también conocido como “meigallo” y que viene a ser como una especie de posesión diabólica o embrujamiento)... La postura de “O Tío Marcos...” era de cierta distancia y sorna:

“Si los consejos surtían efecto, era un milagro de la santa; si no lo surtían, el aconsejado no estaba en gracia de Dios”[...] *“Meus labregos, para min a chamada Santa non tiña outros méritos que os de vivir medio cento de anos sin comer pan nin talladas”* (O Tío Marcos d’a Portela, 19 de Febrero de 1888).

Parece que los lugareños no establecieron mucha relación con ella pues la veían como un caso fronterizo entre la santidad y lo demoníaco. La santa falleció soltera, y según las noticias de “O Tío Marcos”, se creía que tenía objetos de brujería en su casa, y se consideró que las hierbas que crecían encima de su tumba tenían poderes medicinales-mágicos, con las cuales parece que se iba a hacer comercio con ellas tras su muerte.

En una visita que realizamos en mayor de 2014 al pueblo de Vilamaior buscando memoria oral del caso, pudimos ver que en las entrevistas realizadas a algunos vecinos no quedaba rastro del mismo, aunque sí que hay un prado en las afueras del pueblo que denominan de “o da tía Isabel”. A su vez en una casa cerca de la iglesia hay un extraño “peto de ánimas” u hornacina de factura tosca situada en el patín de la puerta de una de las casas (una casa muy modesta) sin que nadie de los entrevistados conozcan el motivo o a qué estaba dedicado dicha hornacina. En este momento tenemos pendiente repetir visita a la zona y tratar de ampliar posible memoria oral del caso así como consultar archivos parroquiales o del ayuntamiento de Baltar.

Que sepamos a día de hoy, el caso de la Santa de Vilamaior, no fue estudiado por la Iglesia ni por la Medicina del Ourense de la época, y eso que como vemos, generó peregrinaciones transfronterizas para visitar a la Santa.

Estábamos en plena etapa política de la Restauración monárquica (1875-1923), un período de estabilidad política que permitió una modernización y crecimiento de la población urbana y de la burguesía ligada al comercio, aunque la población de la provincia era eminentemente rural, con un importante nivel de pobreza y analfabetismo. En Ourense van apareciendo en esos años algunos elementos de organización de la profesión médica como por ejemplo la Academia de Medicina de Ourense, la cual desarrolla importantes labores de actualización y de divulgación médica entre 1880-1883. También es de esta época la fundación del Colegio Médico-Farmacéutico de Ourense que empieza a funcionar en 1885. Éste tuvo también participación activa en situación de crisis como epidemias de cólera (1885) o de la viruela (1888, 1894..) liderando iniciativas como Institutos de Vacunación contra la viruela. A su vez la psiquiatría gallega aún acababa de iniciar su período de institucionalización o de medicalización de la locura con la apertura en verano de 1885 del primer Manicomio, situado en Conxo- Santiago de Compostela.

Este caso comparte similitudes con otros casos de ayunadoras extremas con elementos místicos-religiosos (inedias/anorexias “santas”) que ocurrieron en Galicia durante el siglo XIX, y que pasamos a exponer.

3.2.La Espiritada de Gonzar (O Pino-A Coruña) (1733-1848)

Es el más conocido y estudiado hasta ahora en Galicia el caso de la llamada “Espiritada de Gonzar” (1773-1848). Fue un claro caso de inedia y que vivió en Gonzar-O Pino-A Coruña. Se llamaba Josefa de la Torre, pertenecía una familia de labradores acomodados y era una católica devota. A partir de 1806, a los 33 años, ya viuda y con 3 hijos, sufre un cuadro de desmayos y diarrea tras una exposición a la lluvia y el frío y un conflicto con su suegro. Poco a poco fue presentando edemas que la tuvieron encamada 2 años y comenzó a no tolerar el alimento, y a ingerir tan sólo la hostia sagrada. El hecho de que estuviese años sin comer la transforma a los ojos del pueblo en una santa. La noticia se extiende a toda Galicia e incluso a Asturias y Portugal, que comienzan a visitarla buscando en ella el milagro a sus problemas. Se le llamaba también la Santa de Gonzar, y pasó más de 40 años en cama y sin probar bocado, alimentándose sólo de la Eucaristía.

Este caso sí que fue estudiado/investigado tanto por la Iglesia como por la Medicina compostelana de la época. La Iglesia no ocultaba su preocupación acerca de que hasta la casa de la “Espiritada/Santa” peregrinasen personas para pedir que les curase y

realizase milagros. El obispo de Tui también medió en la polémica e incluso dictó la excomunión para quienes defendiesen que la mujer no se alimentaba, La Medicina estuvo presente en el caso bajo la intervención del Catedrático de Medicina, Varela de Montes (1796-1868)), una de las figuras médicas más importantes de su época. Dicho médico pasó 13 días velando a la enferma en la casa de ésta en Gonzar. Poco después, en 1838 publica un informe sobre el caso en el cual da fe de que la enferma no se alimenta pero desmiente la intervención divina. Varela explica desde el punto de vista fisiológico la capacidad de un ser humano para resistir la falta de alimento y de agua de forma natural: “Josefa no necesita comer porque tampoco consume energía no produce excreciones”. En su obra Ensayo de Antropología Humana en 1845 trata de explicarlo como un fenómeno natural y no milagroso o fabuloso.

Muy probablemente el relato de la famosa novelista gallega Emilia Pardo Bazán titulado « A Santa de Karnar» publicado en 1891 está inspirado en este caso. En él se narra la curación de una adolescente enferma por una mujer que lleva sin comer varios años, considerada por el pueblo como santa y sanadora para desespero de la Iglesia e irritación de los doctores de Compostela.

El caso de la Santa de Gonzar ya ha dado lugar a varios trabajos publicados en el siglo XX y XXI sobre este caso. Así en 1995, e inspiradas en este caso, se dedicaron unas jornadas interdisciplinares al estudio de la anorexia. Se celebraron en el Museo do Pobo Galego en Santiago de Compostela y fueron coordinadas por el psiquiatra Emilio González y el antropólogo Marcial Gondar. Ha habido otros recientes trabajos como el de Fuentes y cols. (2006), que se centran en las explicaciones fisiopatológicas que el Dr. Varela de Montes hace sobre el caso y que recuerdan algunas reflexiones previas ya hechas en 1750 el Padre Benito Jerónimo Feijóo sobre las inedias en una de sus Cartas Eruditas. Es muy interesante la aportación de un documentales de televisión (programa Cuarto Milenio, 2014) en donde aparte de entrevistar al psiquiatra Emilio González se obtiene también el testimonio del cura actual de la parroquia que indica que la tradición popular de la zona manifiesta o piensa que el cuerpo de Josefa de la Torre, enterrado en la iglesia del pueblo, permanece incorrupto, algo ya explorado en entrevistas a vecinos de la zona por las investigadoras Pais y Castro en los trabajos presentados en el Museo do Pobo Galego en 1995.

3.3.La Espiritada de Paracosteira: Hemos encontrado referencias a un caso en Paracosteira- Pedrafita-Chantada (Lugo). Según el novelista e investigador etnográfico Xosé Miranda y citando con referencias orales de la zona, en esa localidad hubo una “Espiritada”, encamada durante 30 años sin comer, tenida por santa y adivinadora (Miranda, 2005). No hemos logrado precisar más datos a día de hoy.

4.Ayunadoras, inedias y cuerpos incorruptos en el Portugal del siglo XIX y XX

Los casos descritos en Galicia, son muy similares a otros sucedidos al otro lado de la frontera, en el Portugal de finales del XIX y de los años 40-60 del siglo XX, y que pasamos simplemente a nombrarlos someramente y en el que no nos extendemos por motivos de espacio:

-Ana de Jesús María José Magalhães, “A Santinha de Arrifana” (1812-1875). Pasó 40 años encamada y casi sin ingerir alimentos (salvo la hostia eucarística).

-A “doentinha de Balazar”, Alexandrina de Balazar (años 1940-1950), y que fue ingresada para observación en un hospital psiquiátrico. Es un caso del cual hay numerosas obras publicadas. Fue beatificada. En 2004.

-Amelinha de Vilar Chao (Tras-os-Montes, 1946-7): “Porque todo o povo dizia que a virtude da “santa” era tanta que há muitos meses não comia, o bispo da diocese exigiu um examen médico” (tomado de <http://vilarchao.blogspot.com.es/2011/11/amelia-da-natividade.html>)

-María Concepción da Ladeira (Portugal): En 1965 dice recibir la Comunión dada por San Miguel y mantuvo la Sagrada Forma en su lengua durante 40 días, rodeada siempre por personas que la acompañaban. En estos 40 días, María Concepción se alimentaba únicamente de la Sagrada Eucaristía. Fue ingresada para Observación en un hospital psiquiátrico.

No podemos obviar el contexto antropológico-cultural en el que están insertos todos los casos que se aportan desde Galicia y sobre todo los citados sobre Portugal. Vivían en una sociedad rural profundamente católica y en constante relación fronteriza a varios niveles (vida/muerte, pureza/pecado,...y también fronteras nacionales, a veces promiscuas, híbridas, borrosas...).

El antropólogo portugués Pina Cabral publica en 1989 su trabajo “Filhos de Adao, Filhas de Eva” (1989), realizado en los años 80 en el Alto Minho (Portugal), en el noroeste del país, lindando con las provincias del sur de Galicia (Pontevedra y Ourense). Su libro está dedicado al estudio de la sociedad y las comunidades rurales de la zona. Entre otros aspectos, estudia el culto a las ayunadoras y a los cuerpos incorruptos, una tradición que viene desde siglos atrás.

A través de su propia muerte (real en el caso de los incorruptos y metafórica en el caso de las ayunadoras) promueven la victoria de la pureza sobre las fuerzas de la muerte... y todo ello en el contexto sociocultural estudiado por Pina Cabral en el que la población campesina (mayoritariamente católico-cristiana) vive en un mundo de privaciones y desesperanza, continuamente amenazado por situaciones de muerte cercana.

Aporta datos de numerosos casos de ayunadoras pero sobre todo de cuerpos incorruptos, algunos de los cuales son venerados y conservados hoy en día, por ejemplo, en el santuario de Santa Utelinda de Ponte da Barca. Este antropólogo refiere que estudia o tiene datos de al menos 29 casos de “corpos incorruptos” (tanto hombres como mujeres) en el Noroeste de Portugal. Pina Cabral concibe a las ayunadoras y a los cuerpos incorruptos como entidades en posición de liminalidad (fronterizos) entre la vida y la muerte...De casos de ayunadoras tan sólo aporta referencias orales a casos en la zona de Alto Minho, y cita el caso de Alexandrina de Balazar.

5.Conclusiones

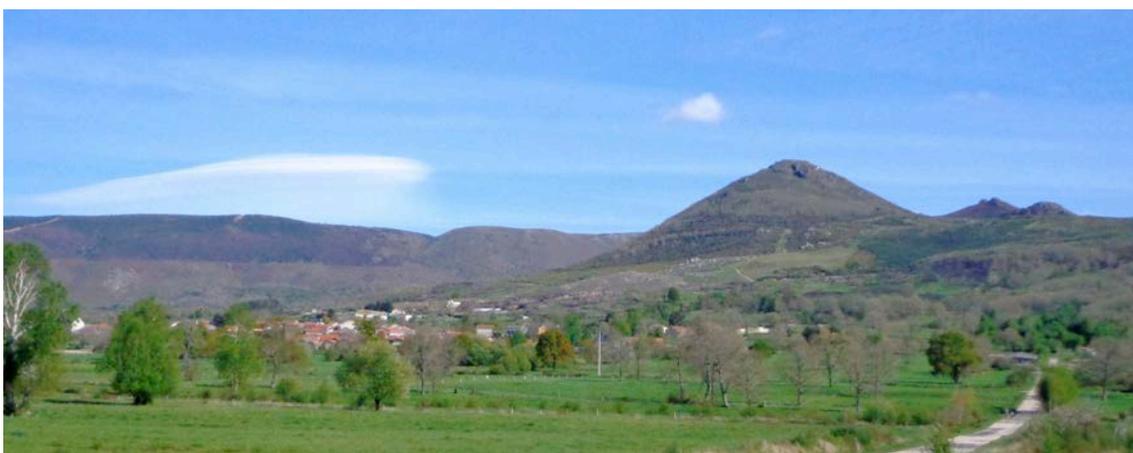
Los casos de ayunadoras extremas (inedias) que aparecieron en Galicia durante el siglo XIX junto con los descritos en Portugal en los años 1940-1960, podemos clasificarlas en entidades fronterizas entre las “Fasting-girls” y el modelo ascético-místico de la anorexia que describe Tillman Habermas.

A su vez no podemos obviar el contexto socioantropológico en el que se desarrollan (tal y como ha estudiado Pina-Cabral) y que, desde la óptica de la religiosidad popular-católica de la zona, estas ayunadoras están en el límite entre la vida y el más allá.

Representan una dualidad o una frontera (o “raia”) híbrida a lo largo de la historia entre cultura popular, religión... y también con la historia de la medicina y la psiquiatría.

Bibliografía

1. BRUMBERG, Joan - Fasting Girls: The History of Anorexia. Vintage, 2000.
2. BYNUM, Caroline W - Holy Feast and Holy Fast: The Religious Significance of Food to Medieval Women. California, University of California Press. 1988.
3. GAYRAL, Louis — “La inedia y los estados inéuticos. A propósito de Josefa de Gonzar”. In: VV.AA. — Anorexia, dieta, estética, creencias. Santiago de Compostela: Museo do Pobo Galego, 1995.
4. HABERMAS, Tillman — “Historical continuities and discontinuities between religious and medical interpretations of extreme fasting”. History of psychiatry, 1992, p431-455.
5. PINA-CABRAL Joao - Filhos de Adão, Filhas de Eva: A visão do mundo camponesa do Alto Minho. Lisboa: D. Quixote, 1989.
6. VANDEREYCKEN, Walter - From Fasting Saints to Anorexic Girls: The History of Self-Starvation. New York: NYU Press, 1994.



Ilustracion 1. Vista de Vilamaior da Boullosa



Ilustracion 2. Iglesia de vilamaior



Ilustracion 3. hornacina en casa de Vilamaior



Ilustracion 5. Espiritada de Gonzar

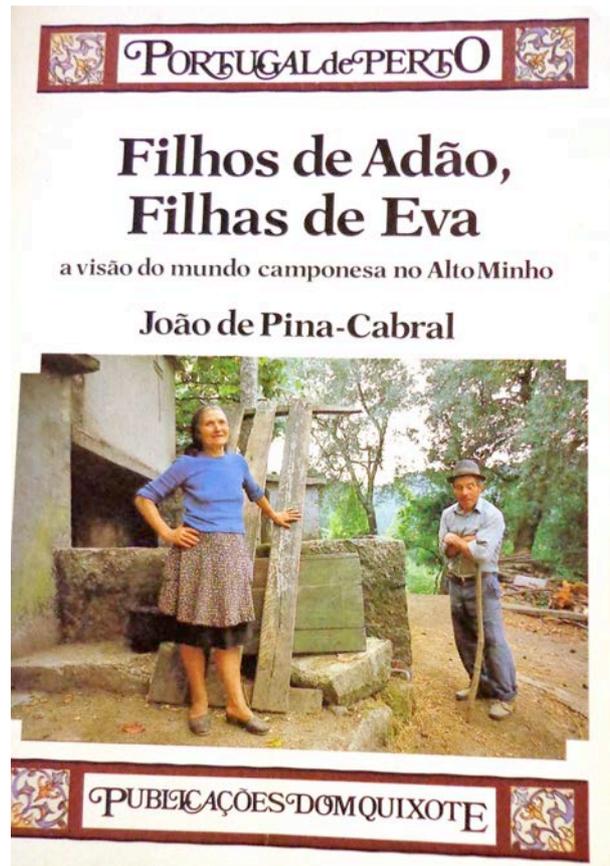
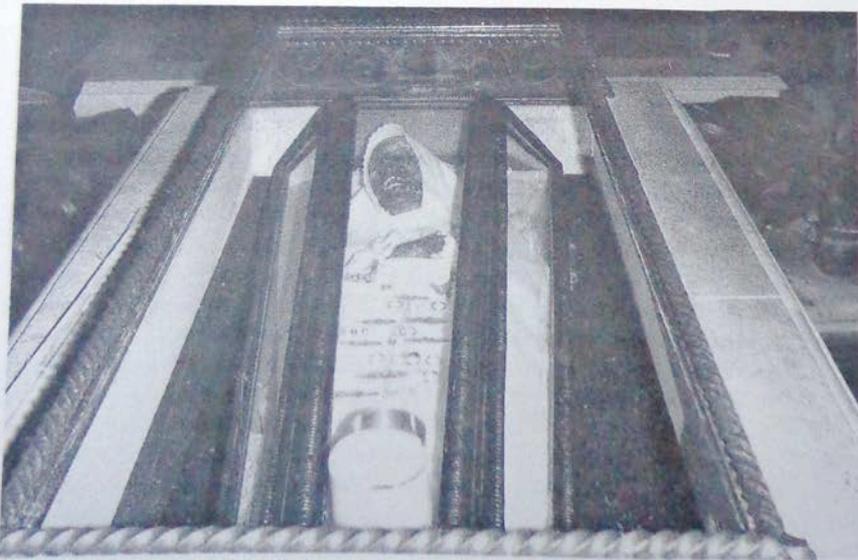


Ilustración 6. Portada Libro de Joao Pina Cabral. Filhos de Adao, Filhas de Eva



6. Ofertas votivas na capela de Utelinda da Barca.



7. O corpo incorrupto de Utelinda da Barca.

Ilustración 7. Santuario con el cuerpo incorrupto de Santa Utelinda de Ponte da Barca

**V JORNADAS INTERNACIONAIS
DE HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
Coimbra, Portugal, 5 e 6 de Maio de 2014**

**Sala Sá de Miranda, Casa Municipal da Cultura,
Rua Pedro Monteiro, Coimbra
Programa**

Dia 5 de Maio de 2014

10H00 — Sessão de abertura

10h15 — 1ª Sessão de apresentação de comunicações e debate

Kamilla Dantas Matias — A LOUCURA NA STULTIFERA NAVIS DE BOSCH

Maria Miguel Brenha — LOUIS WAIN: PSIQUIATRIA E ARTE

11h15 — Intervalo

11h30 — 2ª Sessão de apresentação de comunicações e debate

Ana Catarina Necho — EMERGÊNCIA DA PSIQUIATRIA EUROPEIA NO SÉCULO XIX:
A ALIENAÇÃO MENTAL – PERCEPÇÕES E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

Nuno Borja-Santos; Miguel Palma; Bruno Trancas — A EVOLUÇÃO DOS
DIAGNÓSTICOS NA PSIQUIATRIA PORTUGUESA DO SÉCULO XIX

13h00 — Almoço livre

14h30 — 3ª Sessão de apresentação de comunicações e debate

Manuel Curado — A VIDA COMO LOUCURA: OS ERASMISTAS DA CULTURA
PSIQUIÁTRICA PORTUGUESA

Maria Miguel Brenha — A EXPERIÊNCIA MÍSTICA: LOUCURA OU SANTIDADE?

Pedro Macedo; Filipa Veríssimo — BRUXARIA E DOENÇA MENTAL NA REGIÃO DO
BARROSO

16h00 — Intervalo

16h15 — Tempo para discussão dos posters

16h30 — 4ª Sessão de apresentação de comunicações e debate

David Simón Lorda; Emilio González Fernández; Tatiana Bustos Cardona; María Victoria Rodríguez Noguera; Mónica Minoshka Moreira Martínez — LOCURA, GUERRA CIVIL y REPRESIÓN POLÍTICA EN GALICIA (1936-1939)

Miguel Angel Miguélez Silva; María Piñeiro Fraga; María José Louzao Martínez; Vanessa Cerqueira Pujales; Tiburcio Angosto Saura — UMA VISÃO HOLÍSTICA DA PATOLOGIA GERAL: A PSICOPATOLOGIA DE ROBERTO NÓVOA SANTOS

17h30 — Apresentação do livro de Manuel Correia, *Egas Moniz no seu labirinto* por Ana Leonor Pereira, João Rui Pita e José Morgado Pereira. Obra editada pela Imprensa da Universidade de Coimbra, colecção *Ciências e Culturas*.

18h00 — Lançamento das obras: *IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* e *A “Revista de Neurologia e Psiquiatria” (1888-1889)*

Dia 6 de Maio de 2014

10h00 — 5ª Sessão de apresentação de comunicações e debate

Inês Pinto da Cruz — UM CASO DE IDIOTIA EXAMINADO PELO CONSELHO MÉDICO-LEGAL DE COIMBRA (1913)

Porfírio Pereira da Silva — ANTÓNIO ALFREDO SIMÕES VIANA (1922): DA MEDICINA TROPICAL A UM OLHAR PSIQUIÁTRICO SOB A CRIANÇA NO SÉCULO XX

Manuel Curado — OS SEMI-LOUCOS DE JOSÉ SAAVEDRA

11h15 intervalo

11h30 — Tempo para discussão dos posters

12h00 — 6ª Sessão de apresentação de comunicações e debate

Manuel Correia — IDEACÃO PSIQUIÁTRICA DO RETORNO: “SINTONIZAÇÃO REGRESSIVA” E “REGRESSO À INFÂNCIA”, – A PROPÓSITO DA PSICOCIRURGIA

Maria Gabriela S.M.C. Marinho — ANTONIO CARLOS PACHECO E SILVA E A INTERNACIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA EM SÃO PAULO. REDES, ATORES E CONTEXTOS. (1925-1974)

13h00 — Almoço livre

14h30 — Sessão de apresentação da obra de Daniela Arbex, «Holocausto Brasileiro», comentada pela autora, edição Guerra e Paz, colecção Clube do Livro SIC

Evento realizado com o apoio do
Ministério da Cultura do Brasil / Fundação Biblioteca Nacional

15h30 — Intervalo

15h45 — 6ª Sessão de apresentação de comunicações e debate

Adrian Gramary — O CRIME DA QUEIMADA-VIVA DE SOALHÃES REVISITADO: REFLEXÕES PSIQUIÁTRICO-FORENSES

José António Alves — A PSICOLOGIA EXPERIMENTAL SEGUNDO M. SERRAS PEREIRA

Rui Xavier Vieira — THE HISTORY OF THE CONCEPT OF GENDER IDENTITY DISORDER

17h00 — Conferência de encerramento

Paulo Archer de Carvalho — TODOS SOMOS ANORMAIS. UM EXCURSO SOBRE “NORMAL, ANORMAL E PATOLÓGICO” DE SÍLVIO DE LIMA (1946)

Comunicações em *Poster*

Mónica Minoshka Moreira Martínez, María Victoria Rodríguez Noguera; Tatiana Bustos Cardona; David Simón Lorda — CASTELAO. LOCURA, ARTE Y MEDICINA (SOCIAL)

Tatiana Bustos Cardona; María Victoria Rodríguez Noguera; Mónica Minoshka Moreira Martínez; David Simón Lorda — AYUNADORAS “SANTAS” Y CUERPOS INCORRUPTOS. FRONTERAS. ENTRE MEDICINA Y RELIGION EN LA GALICIA (ESPAÑA) Y NORTE DE PORTUGAL EN SIGLOS XIX y XX

María Victoria Rodríguez Noguera; Mónica Minoshka Moreira Martínez; Tatiana Bustos Cardona; David Simón Lorda — PANAP (PATRONATO NACIONAL DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA): UN ORGANISMO PÚBLICO ESPAÑOL PARA LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DURANTE LA DICTADURA DE FRANCO (1939-1975). EL CASO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE TÓEN-OURENSE-GALICIA-ESPAÑA

Sara Repolho — PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DA ATENÇÃO (PHDA): OLHARES SOBRE A MEDICAÇÃO

Catarina Costa; Manuel Viegas Abreu — TERAPIA PELA ARTE E POESIA: APRESENTAÇÃO DAS INICIATIVAS DA ASSOCIAÇÃO RECRIAR CAMINHOS

Cátia Silva; Manuel Viegas Abreu — EDUCAÇÃO APOIADA: UM NOVO PILAR NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Manuel Viegas Abreu — A ESTABILIZAÇÃO FARMACOLÓGICA DAS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL É INDISPENSÁVEL, MAS INSUFICIENTE PARA A SUA RECUPERAÇÃO

Olga de Castro; Ana Escada — TERAPÊUTICAS E PRESCRIÇÕES CLÍNICAS EM PSIQUIATRIA NO PORTO NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX

Organização das Jornadas:

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS e colaboração científica e institucional do Grupo de História e Sociologia da Ciência e Tecnologia do CEIS20 – Universidade de Coimbra



Projeto n.º FCOMP-01-0124-FEDER-022660 / PEst-C/HIS/UI0460/2014

Ministério da Cultura do Brasil / Fundação Biblioteca Nacional



Agradecimentos: a organização agradece o apoio concedido por diversas instituições que tornaram possível as *Jornadas*: desde logo a Fundação para a Ciência e a Tecnologia-FCT, Câmara Municipal de Coimbra, Turismo do Centro e Ministério da Cultura do Brasil / Fundação Biblioteca Nacional

**SEMINÁRIO SOBRE DIREITO,
NEUROCIÊNCIAS E PSIQUIATRIA
7 de Maio de 2014 (manhã)**

9h-11h00

Sessão I – Projeto “Neurociências e Direito Penal”/IDPEE

Presidente de Mesa: Prof.^a Doutora Maria João Antunes

Prof.^a Doutora Helena Moniz (Doutora pela FDUC, Professora da FDUC; Investigadora do Projeto “Neurociências e Direito Penal”) – “Neurociências e direito penal: novos e velhos problemas”

Mestre Bruno de Oliveira Moura (Doutorando na FDUC; Investigador do Projeto “Neurociências e Direito Penal”/IDPEE) - "Direito Penal, liberdade e compatibilismo: espontaneidade como critério suficiente?"

Prof.^a Doutora Inês Fernandes Godinho (Doutora pela FDUC, Professora da FDULP, Investigadora do Projeto “Neurociências e Direito Penal”/IDPEE) – “A culpa como objecto e o sujeito da culpa”

Dr. Jacinto Azevedo (Médico Psiquiatra; Investigador do Projeto “Neurociências e Direito Penal”/IDPEE) - "Processo de decisão, álcool e imputabilidade"

Prof.^a Doutora Susana Aires de Sousa (Doutora pela FDUC, Professora da FDUC; Investigadora do Projeto “Neurociências e Direito Penal”/IDPEE) – “Juízo científico e juízo penal: entre relações e limites”

10h40-11h00 Debate

Pausa – 11-00-11h20

11h20 – 12h00

Sessão II – “Neurociencias, Genética y Derecho”

Presidente de Mesa: Prof. Doutor Guilherme de Oliveira

Prof.^a Arantza Libano (Universidade Autónoma de Barcelona): “La prueba neurofisiológica en el proceso penal”

Prof. Asier Urruela (Universidade de Saragoza): Neurología y Derecho Penal de la culpabilidade

Debate - 12h00-12h10

Pausa – 12h10-12h20

12h20 – 13h30

Sessão III – Saúde Mental e Direito

Presidente de Mesa: Prof.^a Doutora Ana Leonor Pereira

Mestre João António Pinto Monteiro (Assistente da FDUC) - "O processo de tomada de decisão e o pressuposto da culpa na responsabilidade civil: algumas questões"

Mestre Ana Elisabete Ferreira (Doutoranda em Direito; Investigadora do CDB) – “A mente e o Direito: correntes jus-filosóficas pós-modernas”

Dr.^a Elena Atienza Macías (Investigadora, Universidad de Deusto en la Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano) “Dopaje y protección del derecho a la salud del deportista. Especial consideración de la salud mental” / “Dopagem e proteção do direito à saúde do atleta. Uma consideração especial da saúde mental”

13h00 – Debate

13h30 – Encerramento

Organização:

CDB-CENTRO DE DIREITO BIOMÉDICO em colaboração com o CEIS 20 – CENTRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DO SÉCULO XX DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA (GRUPO DE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA) e com o PROJETO “NEUROCIÊNCIAS E DIREITO PENAL”/IDPEE. Organizador responsável: Prof. Doutor André Dias Pereira



Projeto n.º FCOMP-01-0124-FEDER-022660 / PEst-C/HIS/UI0460/2014

**SIMPÓSIO CENTENÁRIO DE
JOAQUIM SEABRA-DINIS (1914-2014)
7 de Maio de 2014 (tarde)**

15h00 – 1ª Sessão

António Pedro Pita — RAZÃO E HISTÓRIA

Manuel Correia — JOAQUIM SEABRA DINIS: EM BUSCA DO CONTEXTO

15h45 intervalo

16h00 — 2ª Sessão

José Manuel Jara — CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE JOAQUIM SEABRA-DINIS E BARAHONA FERNANDES

José Morgado Pereira — SEABRA DINIS E BARAHONA FERNANDES – CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS

16h45 intervalo

17h00 — 3ª Sessão

José António Menezes — (BREVE) INTERVENÇÃO SOBRE J. SEABRA DINIS

Lina Seabra Dinis — IMPRESSÕES PESSOAIS SOBRE JOAQUIM SEABRA DINIS

Depoimento por Maria da Graça Barahona Fernandes

18h00 Encerramento

Organização do Simpósio:

CEIS20 — Grupo de História e Sociologia da Ciência e Tecnologia do CEIS20 – Universidade de Coimbra (Responsáveis pela organização: Profs Doutores Ana Leonor Pereira e João Rui Pita)



Projeto n.º FCOMP-01-0124-FEDER-022660 / PEst-C/HIS/UI0460/2014

Colecção:

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

Directores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

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

Nº 11**Título**

V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental

Resumo

Esta obra colectiva *V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros. Esses textos serviram de base às comunicações apresentadas nas referidas *Jornadas* e que se realizaram em Coimbra, nos dias 5 e 6 de Maio de 2014.

Autores (Eds):

Ana Leonor Pereira – Professora da Faculdade de Letras; Investigadora e Co-Coordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20, Universidade de Coimbra

João Rui Pita – Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador e Co-Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX– CEIS20, Universidade de Coimbra.

Volumes publicados:

- 1** – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; Pedro Ricardo Fonseca (Eds.) — Darwin, darwinismos, evolução — 1859-2009 (2010)
- 2** – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental (2010)
- 3** – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Ciências da Vida, Tecnologias e Imaginários. Na era da biodiversidade. Homenagem ao Prof. Doutor Carlos Almaça (2010)
- 4** – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental (2011)
- 5** – Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Luiz Wittnich Carrisso — *Hereditariedade*. Dissertação para o acto de licenciatura na secção de ciencias historico-naturaes da Faculdade de Philosophia, que terá lugar no dia 14 de março de 1910. Transcrição de manuscrito (2011)
- 6** - Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental (2012)
- 7**. Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis — Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse (2012)
- 8**. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) — *A Revista de Neurologia e Psychiatria* (1888-1889) (2013)
- 9**. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo (2013)
- 10**. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — IV Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental (2014)