

Título Saúde Mental
Do tratamento à prevenção

Organizadores Paulo Moreira
Ana Melo

Autores Paulo Moreira
Ana Melo
Célia Pires
Lorena Crusellas
Adriana Lima

Editora Porto Editora

Índice

Parte I – Saúde mental: mil questões para um conceito

I.1. Saúde mental, sinal dos povos?

Muito emotivos, poucas palavras emocionais...

Fado: o que nos vai na alma?

O que é estrangeiro é que é bom?

O sonho do português: ser funcionário público...

O vinho dá força?

Religião: "o ópio do povo?"

Brasil: povo alegre, irmão do povo triste?

Portugueses: hospitaleiros ou à procura de aprovação?

Portugueses: um povo dependente?

Portugueses: povo mandrião?

Portugueses: os menos inteligentes da Europa?

Portugueses: povo maltratado?

Portugueses: serial killers das estradas?

O que está a mudar...

I.2. Saúde mental, sinal dos tempos?

I.3. "Psicopatologização da sociedade" ou "socialização da psicopatologia"?

I.4. Do tratamento à prevenção

Parte II – Evolução histórica da psiquiatria e saúde mental

2.1. Deuses e demónios da doença mental

2.2. O nascimento do asilo – "Os muros da loucura ou o inferno dos vivos"

2.2.1. A humanização dos asilos – "Das correntes aos coletes-de-forças"

2.2.2. A medicalização da doença mental

2.2.3. A psicologização da doença mental

2.2.4. Os nomes que fizeram história em Portugal

2.3. O ruir do modelo asilar – "O começo do purgatório"

2.3.1. Psiquiatria institucional

2.3.2. Psiquiatria de sector

lo, em Portugal, e no domínio da prevenção da doença mental, parece os numa repetição, sim, mas da mesma situação, da aceitação passiva, rmos passado pelo ciclo da prevenção, sem termos aprendido com as as e as limitações deste modelo. Acontecerá isto porque os portugueses ais iluminados e como tal anteciparam um ciclo, colocando-se já um à frente de outros países? Ou será que aos órgãos de Governo tem falma das características que definem as sociedades pós-modernas e a que ios chamar proactividade, a capacidade de, com a nossa acção, particip na construção da realidade?

rá que no meio de tanto progresso temos afinal regredido? Quando do imento dos asilos e dos hospitais psiquiátricos, o principal impulso veio vremos, ao construir infra-estruturas adequadas para dar resposta às necessidades. Nos nossos tempos, as únicas infra-estruturas necessárias humanas e os principais alicerces, mais do que de betão, terão de ser tivação, interdisciplinaridade e persistência. A História espera por nós. s do que a História, são as histórias das pessoas quem mais justifica e ara que a prevenção da doença mental deixe de ser uma ideologia, ento ou intenção e se converta em medidas concretas.

a consideração destas questões tem implicações para as intervenções ativas, tem-no certamente também para as intervenções preventivas:

Considerar que podem existir padrões intergeracionais poderá conduzir a estratégias preventivas que propiciem aos pais estilos parentais diferentes.

Considerar determinadas condições (como a hiperactividade ou a dislexia) como condições patológicas pode abrir caminho para que se desenhem intervenções preventivas (tanto mais que a dislexia quando identificada precocemente, por exemplo, no ensino pré-escolar ou no primeiro ano do primeiro ciclo, tem não só muito melhor prognóstico do que os casos identificados tardiamente, como também terá menos implicações negativas no percurso escolar da criança, já que poderá acompanhar o mesmo ritmo dos seus colegas).

Os governos tendem a acompanhar e a dar resposta à evolução das sociedades. Cabe por isso à sociedade, que se cria pela concertação das acções de cada indivíduo, contribuir para a valorização da prevenção enquanto estratégia de eleição na saúde mental, em particular dos técnicos que são, talvez, os agentes mais relevantes na forma como se trabalha na saúde mental.

Parte II

Evolução histórica da psiquiatria e saúde mental

Adriana Lima e Paulo Moreira (org.)

A existência da doença mental é tão antiga como a vida (Espinoza, 1998; Santos, 2001). E se é verdade que a história da loucura caminhou de mãos dadas com a História da Humanidade, a sua identificação, interpretação e os tratamentos aplicados têm oscilado ao sabor dos padrões culturais e socioeconómicos, do desenvolvimento da ciência e dos avanços do conhecimento de cada época. Neste percurso conturbado, de avanços e recuos, sobressaem, pelas significativas alterações na concepção de doença e assistência aos doentes mentais, cinco períodos: as culturas primitivas, a Antiguidade, a Idade Média, o Renascimento, a Época Contemporânea e o futuro que começa neste presente (de que são exemplo os recentes desenvolvimentos da psicologia positiva que, em nosso entender, influenciarão os desenvolvimentos dos conceitos e das práticas da saúde mental no futuro).

2.1. Deuses e demónios da doença mental

Antes do aparecimento da escrita, nas culturas primitivas, predominava a concepção mágico-religiosa da loucura. O Homem encontrava a explicação para os inensos fenómenos que escapavam ao seu entendimento no sobrenatural. A doença mental era entendida como influência de espíritos (especialmente de antepassados da tribo), em virtude do incumprimento de obrigações mágico-religiosas, violação de "tabu" ou possessão do demónio (Santos, 2001). O mago e o feiticeiro assumiam a função de *medium* entre o espírito e o doente ou familiares, em cerimónias colectivas (de todo o clã) "de orações, fumigações, efeitos psicodramáticos, transe colectivos e a absorção de drogas facilitadoras de embriaguez sagrada" (Santos, 2001). Estas práticas assentavam na ideia da purificação com vista à reintegração social da pessoa.

Na Antiguidade, as civilizações egípcia, grega e romana criaram os alicerces para uma compreensão global e humanitária da doença mental, que foi oscilando em diferentes graus na aliança entre o divino e a ciência.

O povo egípcio possuía alguns conhecimentos de medicina, documentados em vários escritos, como o célebre papiro de Ebers (Santos, 2001), uma espécie de enciclopédia médica, incluindo uma descrição e prescrição para as doenças. A doença mental era considerada um misto de causas sobrenaturais e naturais, motivada por influência dos fenómenos celestes (por exemplo, o movimento do Sol), o que deu origem à medicina mística e à astrologia (Santos, 2001). O tratamento da doença mental abrangia o domínio espiritual, psíquico e físico, através de actividades tão diversas como a interpretação de sonhos, a hidroterapia, o uso de amuletos, as fumigações e até alguma farmacopeia.

Na Antiguidade grega até aos tempos pré-socráticos, os escassos conhecimentos sobre a natureza humana originavam interpretações sobrenaturais das alterações de comportamento, entendidas como uma interferência transitória

dos deuses sobre o pensamento e a acção dos homens (Rassi, 2001). As raízes da loucura são, portanto, teológicas, sendo-o igualmente o processo da cura, através de cerimónias religiosas realizadas em templos.

Hipócrates (460-377 a. C.), o pai da medicina, refutou as origens divinas da doença mental e conferiu-lhe causas naturais. Fruto de uma concepção holística do Homem, considerava que o ambiente e o estilo de vida influenciavam o estado de saúde. Na sua perspectiva, a saúde consistia num equilíbrio harmonioso entre os humores corporais: sangue, bílis amarela, bílis negra e fleuma (Reis, 1998), resultando a doença de uma alteração ou patologia cerebral (Espinoza, 1998) provocada pelo desequilíbrio dos quatro humores básicos. O temperamento humoral esteve na base da primeira tipologia de personalidade: *sanguíneo*, *colérico*, *melancólico* e *fleumático*. Para Hipócrates, existia uma relação directa entre os humores e os quatro elementos: o fogo, o ar, a terra e a água, evidente no princípio básico da sua medicina que atribui à Natureza um papel formativo, construtivo e curativo. Daí advém a máxima "*primum non nocere*", isto é, primeiro não fazer mal (Reis, 1998), onde parece germinar a ideia de prevenção. O vanguardismo de Hipócrates estendeu-se ainda às considerações sobre a importância da relação médico-doente. "Alguns pacientes, embora conscientes de que o seu estado de saúde é precário, recuperam devido simplesmente ao seu contentamento para com a humanidade do médico" (Hipócrates, cit. in Reis, 1998).

Platão (429-347 a. C.) atribuiu à doença mental três dimensões: orgânica, ética e divina (Espinoza, 1998), e o seu discípulo, Aristóteles, considerava que o tratamento se devia basear na libertação das emoções reprimidas (Kaplan, 1984, cit. in Santos, 2001).

A preocupação com as questões da saúde mental infantil é muito recente. No entanto, havia já na Antiguidade uma preocupação com o bem-estar físico e mental da criança. De facto, Celso (25 a. C. – 50 d. C.) afirmava já a necessidade de as crianças serem tratadas de forma distinta dos adultos. Esta noção veio depois a perder-se nos séculos seguintes.

Os romanos, à semelhança dos gregos, defendiam um tratamento humanitário para os doentes mentais. Areteo (30-90 d. C.) concebia a doença mental como processos normais exagerados, e Galeno (129-199 d. C.), o mais célebre nome da medicina romana, defendia a tese do cérebro como sede das funções psíquicas, abordando a doença mental do ponto de vista neuroanatómico e neurofisiológico (Rassi, 2001). As causas da doença mental podiam ser orgânicas ou psíquicas, consistindo a saúde no equilíbrio entre o racional, o irracional e a parte sensual da alma (Espinoza, 1998). Ao nível do tratamento, os romanos introduziram algumas modalidades inovadoras, como a fisioterapia, a ludoterapia e as actividades de grupo (Cordeiro, 1987, cit. in Santos, 2001). A contribuição desta civilização para a compreensão da doença mental estendeu-se ao domínio jurídico, encontrando-se no direito romano as bases da inimputabilidade.

Com a queda do Império Romano, ruíram os alicerces “médicos e humanitários”. A Igreja apossou-se do destino da doença mental, excluiu a psiquiatria da medicina e “demonizou” a loucura. Os séculos que se seguiram pautaram-se por um retrocesso que fez mergulhar a doença mental numa “longa época de obscurantismo e terror que se estendeu até ao século XVIII” (Vallejo, 1991, cit. in Espinosa, 1998).

Durante a Idade Média predominou a concepção demoníaca da loucura. O tratamento das pessoas possuídas por espíritos malignos era da responsabilidade dos clérigos, incumbidos de expulsar do corpo os espíritos através de exorcismos e rituais religiosos. No entanto, nem todos os espíritos e demónios se dignavam a abandonar o corpo com tais procedimentos. Havia uns mais resistentes do que outros, e, do mesmo modo, havia práticas menos brandas. De entre as quais as práticas que se destinavam a tornar o corpo num local desagradável, cujo objectivo era “fazer a vida tão negra ao diabo” até que ele abandonasse o corpo. Para tal, o corpo era acorrentado, submerso em água a ferver, ou sujeito a banhos gelados, privado de comida, fustigado ou ainda torturado. As práticas de expulsão dos demónios do corpo não se ficaram por aqui, existindo mesmo evidências da prática de trepanação desde o período pré-histórico. A hipótese de a perfuração do crânio consistir numa saída material para os demónios é sustentada na observação de práticas afins em algumas tribos actuais (Stewart, 1975, cit. in Gleitman, 1993).

A abordagem demoníaca da loucura culminou com a caça às bruxas nos séculos XVI e XVII. Os “mensageiros de Lúcifer” foram lançados às fogueiras, sob a sentença eclesástica “queimar para purificar”. Presume-se que 500 mil pessoas tenham sido vítimas do fogo purificador (Harris, 1974, cit. in Gleitman, 1993).

Até ao aparecimento dos asilos, a doença mental era um problema da esfera privada, encarada com secretismo e vergonha pelas famílias. Os loucos eram encarcerados nas próprias casas ou abandonados à sua sorte em locais ermos e longínquos. Há a assinalar, contudo, três estruturas medievais (autênticos armazéns humanos), destinadas a acolher os pobres, designação que assentava muito bem aos “pobres” doentes mentais. Referimo-nos ao Hôtel Dieu de Paris, o Hôtel Dieu de Lyon e o Hospital del Santo Spirito de Roma.

Num cenário de conturbadas transformações sociais e políticas, onde persistiam realidades díspares (de um lado, a acumulação de bens de capital e, de outro, a crescente miséria), os que se encontravam à margem do processo de produção de riquezas e os “diferentes” eram encarados como ameaça social.

É com este pano de fundo que a doença mental desperta da sua “longa noite de mil anos”...

2.2. O nascimento do asilo – “Os muros da loucura ou o inferno dos vivos”

Paralelamente à concepção mágica da perturbação mental, emergiu, impulsionada pelo movimento renascentista, uma concepção alternativa que atribuía causas naturais à doença. O desequilíbrio entre os principais fluidos corporais ou humores, o desequilíbrio da energia nervosa provocada por excesso de excitação ou ainda da condição dos vasos sanguíneos (Mora, 1975, cit. in Gleitman, 1993), eram algumas das explicações avançadas pelos autores da época.

Esta concepção emergente deu origem a novas estruturas de assistência à doença mental. Em Paris inaugura-se em 1656 o Hospital Gera, à semelhança do que sucedeu por toda a Europa, iniciando-se com estas estruturas um movimento de restrição massiva dos indivíduos com “perturbações mentais”. Os “hospitais” rapidamente se transformaram num local de confinamento dos socialmente indesejáveis, incluindo-se neste rol criminosos, vadios, idosos, epilépticos, doentes incuráveis e os mentalmente perturbados (Rosen, 1966, cit. in Gleitman, 1993). Os asilos permitiam uma espécie de “limpeza social”. Os incómodos e indesejáveis eram institucionalizados, deixando desta forma de ameaçar a Humanidade e passando a ter utilidade social, já que, camuflados pela ergoterapia, constituíam uma força de trabalho que competia com as manufacturas da época. A utilidade social do asilo não se esgotou, contudo, na exclusão e nos fins económicos, e a sua rentabilidade foi aproveitada ao ponto de se tornar local de diversão.

A visão dos loucos como animais perigosos (quicá herança da doutrina cartesiana sobre os espíritos animais) justificava que fossem enjaulados e expostos como animais do jardim zoológico. E que os seus prestadores de cuidados exibissem um porte físico robusto, criteriosamente seleccionados entre ex-presidiários (Espinosa, 1998), na mão dos quais o chicote era a principal “arma” terapêutica. Bethlehem, um dos hospitais mais antigos da Europa, fundado em 1403 em Londres, ilustra bem a natureza destas instituições, ao ficar conhecido como “Bedlam” – a cama da pancadaria.

Shorter (2001) classifica os hospitais gerais como “instituições de guarda que não tentaram qualquer simulacro de terapia”. A exclusão social suscitada pelas vagas da peste do século XVII esteve na origem das instituições de aplicação de poder disciplinar. O título da obra de Foucault (1980), *Vigiar e Punir*, é por si só esclarecedor da natureza destas instituições. Assente na arquitectura de estilo panóptico de Bentham, funcionava como uma espécie de laboratório do poder (Foucault, 1980), na medida em que permitia experimentar várias condições, observando continuamente o indivíduo, vendo sem ser visto.

1 “Na periferia, uma construção em anel, no centro, uma torre, esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção, elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre, outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravessa a cela de lado a lado” (Foucault, 1980).

Os referidos hospitais, assim como o Bicêtre e Salpêtrière, “ficaram para a História como cenários de terror, com os internados a serem regularmente açoitados, acorrentados e sujeitos a condições de higiene de causar estupefação” (Shorter, 2001).

A necessidade de controlar gerou novas formas de saber, isto é, do contacto com a realidade resultou uma nova compreensão da loucura, que incutiu por sua vez novas formas (mais subtis) de controlo.

2.2.1. A humanização dos asilos – “Das correntes aos coletes-de-forças”

Com o final do século XVIII chegou o Iluminismo e um “novo optimismo terapêutico engoliu todo o mundo da medicina, optimismo partilhado pela psiquiatria” (Shorter, 2001). A convicção de que a permanência nas instituições podia ter um carácter curativo e o estatuto de “doença” finalmente alcançado pela doença mental preconizava a primeira revolução em saúde mental.

Para Shorter, foi com Battie que nasceu a Psiquiatria. Battie, “o mais importante médico de doidos” (...) da época (em Inglaterra), defendia os benefícios terapêuticos da institucionalização dos doentes, recomendava a cura pelo isolamento e considerava a loucura “tão tratável como muitas outras enfermidades” (2001).

No entanto, é Philippe Pinel, no auge da Revolução Francesa, que perpetua o seu nome ao inaugurar a Psiquiatria moderna. O seu protagonismo não se deve à remoção mediática das correntes aos doentes mentais (já outros como Chiarugi o haviam feito), até porque as substituiu por “confortáveis” coletes-de-forças, mas sim pela obra *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, publicada em 1801. Baseando-se na experiência de Belhomme, Bicêtre e Salpêtrière, defende a possibilidade de fazer terapia psicológica no hospital, concedendo assim à experiência de encarceramento um potencial curativo. No decurso desta ideia, sugere que se devolvam à sociedade os indivíduos que parecem sem solução, sendo os indivíduos “com solução” “sujeitos a um tipo de tratamento psicológico (institution morale) com o propósito de desenvolver e fortalecer as faculdades da razão” (Pinel, cit. in Hurd, 1916).

Pinel acreditava que a origem da alienação era passional ou moral, fruto de mau funcionamento das funções mentais. A terapia recomendada, a higiene moral (Rassi, 1998), consistia em isolar/afastar os doentes de todas as situações que pudessem constituir obstáculo à sua recuperação (por exemplo, visitas de familiares), banhos quentes, oração e ocupação do tempo com trabalho e actividades (Shorter, 2001).

Esquirol, discípulo de Pinel, esclareceu os procedimentos terapêuticos e propôs a criação de comunidades terapêuticas, onde pacientes e médicos vivessem como membros de uma comunidade num ambiente psiquiátrico

(Shorter, 2001). O ambiente calmanete das casas de repouso era terapêutico, na medida em que contribuía para refrear a irritação excessiva dos nervos donde brotava a doença mental. Com o objectivo de dominar e dirigir as paixões dos alienados, o tratamento moral incluía todos os procedimentos de organização e gestão do tempo e do espaço do alienado. Abrangia o físico (através de meios que actuavam directamente sobre o corpo: medicamentos, eméticos, purgativos, banhos, ópios e sangrias), a higiene (exercícios, formas de alimentação e vestimentas adequadas) e o domínio moral.

Na Europa Central, as reformas de Pinel não tiveram eco, tendo sido mesmo abafadas por Reil, que discordava dos iluministas e das orientações do médico francês. O criador do termo psiquiatria (1808) defendeu o tratamento dos doentes em hospitais públicos e recomendou a separação destes por dois tipos de instituições, uma para doentes incuráveis e outra para curáveis. Para estes últimos, elaborou um plano de tratamento assente em terapia física e psicoterapia. A construção de teatros nos hospícios para estimular os sentidos visuais dos doentes e a promoção de visitas a prostitutas para os pacientes masculinos (Shorter, 2001) foram duas das modalidades idealizadas pelo psiquiatra alemão. Não há, contudo, evidências de que estas terapêuticas tenham passado do papel à prática. De facto, Reil escreveu sobre quase tudo, até sobre as características necessárias a um bom psiquiatra, de entre as quais referimos, a título de curiosidade, um “físico imponente e uma expressão que imponha respeito”.

Em 1965, nos Estados Unidos, a APA nomeia Rush como “pai da psiquiatria americana”. Este autor encarava, à semelhança dos europeus, o cérebro como base da doença mental e localizava nos vasos sanguíneos as causas da mesma.

É no final do século XVIII que se começam a esboçar os primeiros contornos da psiquiatria infantil, com o famoso caso de Victor, conhecido por *Selvagem de Aveyron* (Vidigal, et al. 1999). Em 1798, uns camponeses descobriram uma criança nua que fugia daqueles que se tentavam aproximar. Após ter dado entrada no Instituto de Surdos-Mudos de Paris, foi observada por Pinel que lhe diagnosticou uma forma grave de idiotismo, com mau prognóstico. A pedido do director do instituto, o abade Sicard, a criança foi posteriormente observada por Jean-Marie Gaspard Itard (1775-1838), ligado a uma instituição de surdos-mudos, que tratou de a acompanhar. O jovem médico acreditava que era do contacto dos homens uns com os outros que surgiam as ideias assumindo assim a missão de reeducar o jovem selvagem, pressupondo que o seu estado seria reversível. Itard contraria deste modo a noção de idiotismo de Pinel, embora não tenha tido sucesso no seu propósito. Ainda que o seu trabalho de seis anos com Victor não tenha produzido os efeitos desejados, o seu trabalho vem, posteriormente, influenciar a forma como as perturbações mentais seriam vistas, contribuindo para o desenvolvimento do campo da pedagogia reeducativa (Vidigal e col. 1999). Durante muito tempo, as perturbações

infantis permaneceram limitadas à noção de idiotismo, à debilidade mental, mesmo após a distinção que Esquirol formulou entre idiotas e dementes. Moreau de Tours, em 1888, considerava mesmo que a loucura da criança seria excepcional.

Foram-se registrando no final do século XIX alguns avanços, nomeadamente com o trabalho de Séguin (1812-1880), discípulo de Itard, fundador da primeira escola de reeducação sensorial, e com Bournaville (1840-1909), por sua vez aluno do primeiro, que desenvolveu um programa médico-pedagógico para “idiotas”. Surge nesta altura a profissão de psicopedagogo. É também no final deste século que alguém se atreve a quebrar a ideia de inexistência de loucura da criança, surgindo desta forma a obra *A Loucura da Criança* de Moreau. Heller, por sua vez, estuda a demência na criança, perturbação que até então era apenas pensada nos adultos. Da pedagogia passou-se para um período médico-pedagógico (Vidigal *et al.*, 1999), caracterizado pela observação das “crianças anormais” e dos deficientes sensoriais, e por um trabalho que permanecia muito ligado à reeducação.

2.2.2. A medicalização da doença mental

A assunção da insanidade como doença, e a consequente passagem do prisioneiro a doente, impulsionou um grande investimento no estudo das causas das doenças mentais. Foi precisamente a investigação sistemática inspirada pelo Positivismo, através da realização de experiências em pessoas e animais, o teste de drogas e o exame de cérebro *post mortem* (Shorter, 2001), que lançou a doença mental nos braços do paradigma que a medicalizou.

A tomada de partido pelo modelo materialista da mente transformou o cérebro no âmbito da doença mental e reduziu o doente a um cérebro estragado. A afirmação de Kraepelin, “o louco é um cérebro sem razão”, é disso mesmo paradigmática. A razão vivia agora no corpo. A hipótese somatogénica recrudescia com a descoberta no final do século XIX da causa orgânica de um tipo de psicose muito frequente, a paralisia geral, vulgarmente designada por paralisia geral dos loucos (Shorter, 2001). Inicialmente, supunha-se que esta perturbação tinha origem numa infecção sífilítica, contraída muitos anos antes do aparecimento dos sintomas manifestos (Gleitman, 1993).

Segundo Shorter (2001), “a tentativa de traçar as raízes genéticas e biológicas da doença psiquiátrica acabou no espectro da ‘degeneração’”, estando presente a ideia de que a doença mental era hereditária e tendia a agravar-se geração após geração. A par da degeneração, o conceito de decadência dá corpo à racionalidade médica emergente. Para Morel (cit. in Shorter, 2001), o autor destes conceitos, os degenerados possuíam algumas características fisiológicas distintas, uma espécie de atavismo. E estimava que, à semelhança de outras “monstruosidades”, a existência dos degenerados seria limitada,

sendo ainda assim crucial o seu isolamento. A ameaça social da degeneração motivou a adopção de medidas político-sociais que se traduziram na perseguição de judeus, na esterilização e na eutanásia dos que transportavam o estigma da degeneração. Durante a Segunda Guerra Mundial, estas ideias tomaram contornos de terror e morte ao serem oficializadas pela ideologia nazi.

Com o novo paradigma, o conceito de doença mental sucede ao de loucura, o discurso médico ao discurso asilar e os asilos dão lugar aos hospitais. A mudança de terminologia reflecte mudanças na concepção da doença mental e nas práticas assistenciais. O internamento passa a ser decidido pelo médico, sendo a infecção sífilítica a responsável pela maior percentagem de internamentos. A leitura orgânica da doença mental, de que é exemplo o relato de Sena (1887), “Geralmente aumenta a calorificação da cabeça, diminui a das extremidades, a pele apresenta-se seca, áspera e até com mudanças de cor, a face altera-se (...) apresentando-se a língua seca e coberta de induto, e da boca exala um cheiro nauseabundo (...), legitimava uma intervenção ao nível corporal”.

De facto, a escassez de conhecimentos sobre a etiologia das doenças mentais não foi suficiente para conter o espírito organicista que animava a medicina da época. Assistiu-se, pelo contrário, ao proliferar das intervenções no corpo. Hidroterapia, TEC – terapia electroconvulsivante (na década de 1950), coma insulínico (1933), psicocirurgia, de onde se destaca a aventura de Egas Moniz com a leucotomia em 1936, refrigeração, indução de ataques epilépticos, “cura pela febre malária” (1971), a primeira terapia física de sucesso em Psiquiatria, até chegar aos psicofármacos (antidepressivos, neurolépticos e antipsicóticos). Tudo serviu para tentar curar no corpo a doença mental.

Contudo, a euforia curativa e o interesse na anatomia do cérebro esmoreciam no final do século XX. Concomitante à consolidação do paradigma médico, os avanços na área das ciências humanas (por exemplo, modelo behaviorista – Pavlov e Skinner, e o movimento fenomenológico, de Heidegger, Husserl e Sartre) fazem deslocar o foco de interesse do orgânico para o psíquico e para o social, fazendo emergir “do mais recôndito da mente” o paradigma psicológico.

A medicalização da doença mental fez-se sentir também no que respeitava às perturbações infantis. As debilidades constituíram-se durante muito tempo como as únicas perturbações consideradas, e os estudos da inteligência de Binet e Cattell, e de técnicas psicométricas, acentuaram uma tendência de rigidificação da forma como eram encaradas, de tal forma que alguns autores (por exemplo, Hochmann 1998, cit. in Vidigal e col. 1999) afirmam ter caído a “idade média” sobre as crianças autistas. Progressivamente, começa-se a falar de psicose infantil e autores como Kanner ou Asperger contribuíam para o esclarecimento das perturbações autistas. Também no que dizia respeito às crianças, eram valorizados os aspectos orgânicos do funcionamento e as patologias infantis, em consonância com o espírito da época.

2.2.3. A psicologização da doença mental

No final do século XIX, as dificuldades sentidas na aplicação da concepção somatogénica a algumas perturbações mentais (por exemplo, neurose, particularmente sob a forma de histeria) reclamavam explicações de outra natureza. A descoberta do inconsciente anunciava a segunda revolução na saúde mental.

A prática da hipnose com pacientes neuróticos permitia perceber a presença de factores de natureza psicogénica, que alguns autores atribuíam a acontecimentos traumáticos passados. A teoria freudiana, partindo destes pressupostos, mas de uma forma muito mais complexa e elaborada, esclareceu que os problemas psicológicos emergem de conflitos inconscientes, fruto de acontecimentos passados, principalmente de natureza sexual. "As fantasias sexuais recalcadas na infância ameaçariam irromper na consciência, que para as manter afastadas recorria a manobras defensivas drásticas, constituindo o sintoma somático uma dessas medidas" (Gleitman, 1993). As neuroses adultas teriam origem em memórias e fantasias sexuais infantis recalcadas.

A terapia consistia em análise de sonhos, associação livre e recurso a hipnose, com a imortalizada imagem do paciente deitado no sofá, que teimosamente insiste em ficar no imaginário das pessoas.

Com a comunidade médica encantada com a Psicanálise (Shorter, 2001), com a consideração do doente como pessoa (não apenas um cérebro) portador de uma história de vida e necessidades emocionais que a relação terapêutica podia equilibrar, a Psicanálise inicia o seu reinado, destronando o paradigma médico.

No virar do século, a maioria dos autores acreditava na existência de uma perturbação em que as causas e sintomas são mentais.

Quanto à saúde mental infantil, a especialidade em pedopsiquiatria só recebeu o seu nome em 1935, por Trämer, realizando-se em 1937, em Paris, o 1.º Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil, sendo a partir da Segunda Guerra Mundial que se assiste ao verdadeiro desenvolvimento deste campo. A psicanálise contribuiu grandemente para o estudo das perturbações da infância, oferecendo explicações que se lhe adaptavam, o que, até esta altura, os outros movimentos não forneciam.

2.2.4. Os nomes que fizeram História em Portugal

Em Portugal, a concepção de doença mental e as práticas assistenciais reflectiram lentamente o que se passou na restante Europa.

Antes do advento do sistema asilar, os loucos encontravam-se nas ruas, nas prisões e em hospitais em condições degradantes (por exemplo, o porão do Hospital de Santo António, no Porto). A ausência de instituições vocacionadas

para a doença mental permaneceu até ao segundo quartel do século XIX, com a excepção da enfermaria São João de Deus (Hospital do Rossio, 1763-1775), exclusivamente destinada aos loucos da época. Na História da saúde mental, raramente figura o nome e a obra de João Cidade Duarte, conhecido por São João de Deus. Gostaríamos, por isso, de restituir essa página escrita em português, sistematicamente ocultada dos manuais. São João de Deus viveu no século XVI, período marcado pela concepção demoníaca da loucura. Ele próprio foi dado como louco (possuído pelo demónio) e internado, permanecendo quatro meses no hospital (Duarte). Alguns autores (por exemplo, Santos, 2001) sugerem que este internamento terá sido resultado de uma simulação de São João de Deus com vista ao seu próprio internamento. Contudo, as biografias sobre o autor, nomeadamente a de Joaquim Duarte na qual nos baseámos, desmontam essa tese. Em 1537, fundou em Granada um hospital onde acolheu todos os necessitados: "(...) nesta casa se recebe toda a espécie de doentes e toda a classe de pessoas, de modo que há aqui tolhidos, aleijados, leprosos, mudos, loucos, paralíticos, tinhosos e outros, muito velhos e muito meninos" (Cartas de São João de Deus, cit. in Duarte). São João de Deus separou os doentes em função da doença, conferiu-lhes camas individuais e organizou uma secção especial para doentes mentais. A higiene era uma preocupação central, o que reflectia de uma forma prática a medicina preventiva. César Lombroso (Duarte) concede-lhe o "título" de criador do hospital moderno e outros (por exemplo, Fonseca, 1997, cit. in Duarte) reconhecem na sua prática (por exemplo, recolher os doentes na comunidade ou nos domicílios, e na defesa do trabalho em equipa à qual se deviam juntar os antigos doentes recuperados) os princípios da acção comunitária, do trabalho hospitalar em equipa e das comunidades terapêuticas. Duarte reclama para São João de Deus o mérito de ter iniciado uma nova era da Psiquiatria, a humanização do asilo, indevidamente concedido pela História a Philippe Pinel (ainda mais se atendermos ao facto de São João de Deus ter vivido dois séculos antes de Pinel, em plena Inquisição, e não ter nenhuma formação médica). Ironicamente, foi proclamado como santo quando faleceu aos 55 anos, "por aqueles que tantas vezes o haviam desprezado como louco" (Hunermann, 1983, cit. in Duarte), por apresentar comportamentos incompreendidos pela sociedade da época, como ocupar-se dos loucos e encará-los com dignidade.

No advento do período asilar, surge Bernardino António Gomes, um dos impulsionadores das mudanças na assistência aos doentes mentais. A viagem que realizou pela restante Europa permitiu-lhe contactar com os estabelecimentos e tratamentos mais avançados. No relato desta jornada, publicado em 1844 no *Journal de Societades Médicas de Lisboa* (Fernandes, 1998), o médico português louva as acções de Pinel e de Esquirol, e mostra-se fascinado com os progressos alcançados na restante Europa, particularmente na Inglaterra e na Alemanha, pelos meios de tratamento e pela separação dos alienados curáveis e incuráveis. O deslumbramento com a realidade europeia contrasta com

o diagnóstico da situação portuguesa, onde considera que está tudo por fazer, encontrando-se os doentes mentais em asilos e hospitais gerais que o autor compara a “abrigo para feras ou um despejo para resíduos inúteis” (Gomes, cit. in Fernandes, 1998). É neste cenário que, em 1848, é inaugurado o Hospital de Rilhafoles, onde o internamento era permitido aos indivíduos enviados pela Polícia e aos passíveis de recuperarem a razão pelo tratamento. O regime de funcionamento incluía a ocupação pelo trabalho, a instrução e o recreio, bem como o isolamento. O tratamento versava a higiene, os meios morais, sangria e balneoterapia. Em 1882 é inaugurado, no Porto, o Hospital Conde de Ferreira. António Maria da Sena, o rosto deste hospital e pioneiro da assistência psiquiátrica, deu um grande contributo: (1) ao nível da produção científica (escreveu sobre o estado da assistência aos alienados do ponto de vista médico social e elaborou uma estatística sobre a alienação, estimando 6000 alienados no país); (2) no campo social (defendeu a assistência aos doentes mentais como um dever social e o hospital como local de ressocialização) e (3) ao nível médico-legal. A principal contribuição médico-legal surge em 1889 com a promulgação da lei de Sena, que previa a construção de novos estabelecimentos e de um “fundo de beneficência pública dos alienados” (Fernandes, 1998). A lei teve, contudo, pouca aplicação.

Impregnado pelas ideias evolucionistas do seu tempo, concebe a doença mental “num movimento regressivo do Homem”, embora o relevo dado à hereditariedade não resultasse numa posição extremista, uma vez que o determinismo não era totalmente aceite, atribuindo ao médico um papel activo na inversão do rumo da doença. Sena defendeu e impulsionou medidas de modernização, como o trabalho regrado como meio de tratamento, os cuidados humanos (meios brandos mas persuasivos) e a higiene e conforto. Foi um dos primeiros a sensibilizar para a necessidade de formação dos médicos e enfermeiros.

Em 1892, Miguel Bombarda (1850-1910) é nomeado director do Hospital de Rilhafoles e face aos sinais de decadência e regressão, que se arrastavam desde a década de 60, inicia então um processo de remodelação ao nível da organização e gestão hospitalar, o qual baptizou de “reorganização sanitária, nosocomial, disciplinar, policial e administrativa de Rilhafoles”, debruçando-se ainda, sobre o estudo científico da psiquiatria. Miguel Bombarda foi para o hospital “o arquitecto, o higienista e o clínico” (Fernandes, 1998). Pôs fim a todos os meios violentos (por exemplo, cadeiras fortes, coleiras), impôs um regime de ocupação regrada (por exemplo, trabalhos agrícolas) e instaurou a disciplina (por exemplo, privação de visitas, a redução de alimentos) como forma de controlar os doentes devido à falta de pessoal hospitalar. “O que é preciso é prevenir, quanto possível, os efeitos de maldade de tais doentes, sobretudo oferecendo-lhes uma ocupação, em que se entretenham durante o dia, e não recorrer a pesadas penalidades, que não servem de lição para evitar novos malefícios” (Bombarda, cit. in Fernandes, 1998). Considerava que na

organização do hospital deveria ter lugar, além da assistência, o ensino e a investigação (clínica e laboratorial), o que o levou a fundar o primeiro laboratório de Rilhafoles, assente em doutrinas de base anatómica e biológica. Também no campo da saúde mental infantil há referências ao nome de Miguel Bombarda, que fez várias descrições de crianças e adolescentes microcéfalos, considerando-os como monstros ou doentes que cresceriam sem qualquer sinal de humanidade. As suas investigações passavam por um estudo clínico, psiquiátrico, antropológico e do desenvolvimento intelectual desses indivíduos microcéfalos. Existem, nos seus escritos, algumas referências a preocupações preventivas: “o melhoramento do Homem e a *prophylaxia* da sua degenerescência está na *orthopedia psychica*, aplicada nas primeiras idades, e no estabelecimento de instintos educativos, onde se procuram melhorar cérebros hereditariamente tocados” (Bombarda, cit. in Vidigal *et al.*, 1999).

No campo da saúde mental infantil, destaca-se, ainda no início do século XX, o nome de Aurélio da Costa Ferreira (1874-1922), médico, psicólogo e pedagogo, dedicado ao estudo dos problemas dos “anormais”. Deu assistência a estas crianças, seguindo um modelo médico-pedagógico, numa colónia pertencente à Casa Pia, dedicada a oligofrénicos. Esta colónia, a primeira “escola de anormais” do país, acabou por fechar sucumbindo à falta de apoios financeiros e às críticas discriminatórias do público, não obstante os esforços de Costa Ferreira (Vidigal *et al.*, 1999). Em 1914, fundou o Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia, dedicado à reeducação de crianças consideradas “mentalmente deficientes”, passando em 1920 a funcionar com serviço de consultas externas para crianças com deficiências e alterações psíquicas.

Com o assassinato de Miguel Bombarda (por um antigo paciente) na véspera da revolução de 1910, Júlio de Matos assume a direcção do Hospital de Rilhafoles, então com o nome do antigo director, e torna-se o primeiro professor da especialidade de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da nova Universidade de Lisboa. Fernandes (1998) realça quatro vertentes da obra de Júlio de Matos: (1) a assistência psiquiátrica (criou de raiz o primeiro hospital psiquiátrico), (2) o ensino (o seu livro *Elementos de Psychiatria* (1911) foi o mais consultado durante duas décadas), (3) a Psiquiatria forense (defendeu a “irresponsabilidade dos alienados” até à promulgação da lei em 1896), e (4) a cultura objectiva da ciência psiquiátrica. O Positivismo, que dominou as universidades e os cientistas da época, estava presente em Júlio de Matos, que extremou a concepção da degenerescência.

Sobral Cid (1877-1941) sucedeu a Júlio de Matos em 1922, dedicando a sua vida ao ensino da psicopatologia e da clínica. Este autor atribuiu um lugar de destaque ao diagnóstico, como instrumento terapêutico, e à compreensão da relação pessoal com o doente. Estes dois pontos constituíram, em seu entender, as bases de uma autêntica psicoterapia, sem, no entanto, como afirma Fernandes (1998), “trair o sentido médico da psiquiatria”. Aliás, o “sen-tido médico” esteve bem presente na introdução dos tratamentos biológicos

da época (por exemplo, malarioterapia, métodos de choque). Bebendo influências em Freud e em Jung, tentou introduzir os aspectos do desenvolvimento da vida infantil dos seus pacientes para a compreensão das psicoses. A obra "Vida Psíquica dos Esquizofrênicos" reflecte estas influências. Caracterizado como uma personalidade problemática, Sobral Cid constituiu uma "análise psicológica" (Fernandes, 1998) ao positivismo dos seus antecessores.

Vítor Fontes (1895-1974) foi um dos responsáveis, depois de Costa Ferreira, por uma grande evolução no campo da psiquiatria infantil. Numa altura em que o país vivia preso pelo regime salazarista, Fontes procurou expandir os conhecimentos da neuropsiquiatria infantil fora e dentro do país, estabelecendo contactos com várias instituições europeias (Vidigal *et al.*, 1999). Professor de Anatomia na Faculdade de Medicina de Lisboa, estudou as influências hereditárias, as gèneses das "anormalidades" das crianças. Trabalhou na Casa Pia, no Instituto Médico-Pedagógico, a partir de 1918, e em 1923 apresenta um projecto de organização assistencial neuropsiquiátrica infantil, numa conferência da Sociedade de Ciências Médicas. O seu trabalho é reconhecido internacionalmente com a eleição em 1948 para vice-presidente da Associação Internacional de Psiquiatria Infantil e Profissões Afins, da qual vem mais tarde a ser presidente, além de muitas outras condecorações. É-lhe atribuído o mérito de ter criado, no Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, a primeira biblioteca do país sobre Psicologia, Pedagogia e Psiquiatria, que chegou mesmo a ser considerada como uma das maiores da especialidade na Europa (Vidigal *et al.*, 1999). Em 1942, conseguiu que fossem criadas classes especiais para "atrasados mentais". A lista de contribuições de Vítor Fontes é longa, de tal forma foi crucial o seu papel no desenvolvimento da Psiquiatria infantil em Portugal e além-fronteiras, mérito reconhecido, também, na altura da sua jubilação, quando vários especialistas estrangeiros lhe prestaram homenagem.

Em Coimbra, Elyzio de Moura (1877-1941) notabilizava-se como psicoterapeuta e dedicava-se ao trabalho com adolescentes, em particular à temática da "anorexia mental". Defendia uma lógica de "mão-de-ferro, luva de veludo" (cit. in Vidigal, 1999) no tratamento destas perturbações. É considerado como o precursor dos estudos no campo da psicossomática.

A inauguração do Hospital Júlio de Matos, em Abril de 1942, marcou uma nova etapa na história da saúde mental, ao nível assistencial, terapêutico, científico e pedagógico. As profundas transformações operadas não se resumiram apenas ao tratamento dos doentes psiquiátricos, sentindo-se o seu impacto nas atitudes sociais e culturais perante a doença mental. Doravante, a "loucura" passa a ser encarada uma doença como as outras, impulsionando a prática de atitudes autenticamente humanas perante o doente. A formação e a constituição de uma equipa multidisciplinar (jovens médicos, enfermeiros, assistentes sociais, pessoal técnico e administrativo) tiveram certamente um papel preponderante nestas transformações. O primeiro projecto do hospital previa um pavilhão para crianças com perturbações mentais, mas, em 1933, uma segunda

comissão de obras acrescentou mais um, abrindo assim o hospital em 2 de Abril de 1942 com dois pavilhões para crianças (um para cada sexo). Em 1945 foi organizado no hospital um serviço externo de consultas para crianças.

Em plena Segunda Guerra Mundial, a introdução legal do regime aberto de hospitalização permitiu extinguir o tradicional e estigmatizante "atestado médico de loucura" e criou as bases de um novo ambiente terapêutico "favorável à minoração dos sintomas perturbadores, do funcionamento das actividades normais da personalidade e da sua liberação para uma vida autónoma em sociedade" (Fernandes, 1998). A humanização da psiquiatria materializou-se, deste modo, apoiada nos ideais de abertura e libertação. Sob a direcção de António Flores (1873-1957), caíram as grades das janelas, foram extintos os quartos de isolamento e todas as medidas repressivas. Decretou-se o *open door*, convencionado na organização ocupacional, que preenchia o quotidiano terapêutico com trabalho (ocupações ao ar livre: horticultura, limpeza de ruas, jardinagem), recreio, desportos, actividades artísticas e lúdicas, e, sobretudo, com a interacção social. Na terapia ocupacional participava, além dos pacientes, todo o pessoal hospitalar, criando, deste modo, um ambiente terapêutico no qual reinavam as relações interpessoais. O hospital ganhou reputação internacional, e colegas estrangeiros vieram dar formação aos enfermeiros portugueses, coincidindo esta altura com o início da formação especializada a enfermeiros psiquiátricos.

Fernandes (1998) intitula este período de "Revolução de Abril (1942) no Reino da Loucura", assistindo-se ao inédito na história da doença mental. A afirmação de Foucault, "a história da loucura é a história do silenciar do louco", encontra neste contexto histórico português uma honrosa excepção. Os muros do hospital que quase sempre delimitaram uma realidade hostil intramuros assumiam agora um espaço de liberdade, onde a voz dos doentes contrastava com uma sociedade silenciada e oprimida. Perante o ambiente autocrático que abafava Portugal, avesso à satisfação dos direitos humanos, "quanto mais dos direitos dos doentes... quanto mais dos 'alienados'..." (Fernandes, 1998), emergia no interior do hospital um clima democrático, "os loucos foram então tratados como não eram os seus".

Este "paraíso psiquiátrico", insustentável no contexto histórico envolvente (de guerra e de ditadura), acabou por sucumbir às pressões exteriores. Os avanços verificados ao nível do sentido médico e humanitário da doença mental deram lugar à gestão de carácter administrativo, que fez regredir c então idílico Júlio de Matos ao nível asilar.

Mas será importante referir ainda o nome de João dos Santos enquanto ponto de referência na história da Psiquiatria infantil em Portugal, e grande impulsionar desta especialidade que, a partir dos anos 40 do século XX, floresce com maior força. Obtendo formação em Paris, procurou integrar os movimentos da Psicanálise, de Psicologia genética e da Higiene mental. Em 1944 é chamado, por Vítor Fontes, para organizar e prestar assistência à:

crianças da seção do Pavilhão Infantil dos Rapazes do Hospital Júlio de Matos. Com um espírito muito crítico, e também figura prestigiada do regime do Estado Novo, o médico alertava para os riscos de se transformarem os serviços de Psiquiatria infantil em “asilos de grandes anormais” (Vidigal *et al.*, 1999), afirmando que estes serviços deveriam dar prioridade às crianças consideradas reeducáveis. Nesta seção “o ambiente era difícil de suportar, mesmo para os que tinham o hábito profissional das enfermarias psiquiátricas de crónicas (*ibid.*)”, com cheiros nauseabundos e elevada degradação. João dos Santos criticava o funcionamento da instituição e lutava para que fossem introduzidas alterações. Em 1953, uma comissão, de que faziam parte Barahona Fernandes, Pedro Polónio e Almeida Amaral, além de João dos Santos, defendia a necessidade de se criarem anexos de Psiquiatria infantil nos serviços de Pediatria. O médico dedicava-se à formação de profissionais neste campo e à formação dos pais. A qualidade dos cuidados prestados, por que lutava, teimava, no entanto, em não progredir. Tanto que em 1956 a Organização Mundial de Saúde colocava Portugal na lista dos países mais atrasados em termos de higiene mental infantil. Foi com ele que num movimento de viragem para a comunidade, de que falaremos a seguir, “a pedopsiquiatria portuguesa saiu do asilo e estendeu-se para além das fronteiras da deficiência mental e quadros clínicos afins, implantando-se na escola, na comunidade e na família, na saúde pública e na higiene mental”, (Coimbra de Matos, 1995, cit. in Vidigal, 1999). Da longa lista de feitos e contributos de João dos Santos podemos distinguir: criação de uma seção de higiene mental no Centro de Assistência Materno-Infantil (1952); co-fundador dos dois primeiros centros psicopedagógicos portugueses (1954); co-fundador do Centro Infantil Hellen Keller (1956); co-criador da Seção de Paralisia Cerebral da Liga Portuguesa de Deficientes Motores e da Associação Portuguesa de Surdos (1958); impulsor da criação dos Centros de Saúde Mental Infantil, da Escola dos Cedros e da Casa da Praia, assente numa filosofia de pedagogia terapêutica, etc.

2.3. O ruir do modelo asilar – “O começo do purgatório”

Os anos 50 do século XX acordam com os movimentos de contestação ao modelo asilar, cuja principal reivindicação derivava de uma filosofia *no-res-traint*. Imbuídos dos ideais marxistas e apoiados em estudos sociológicos, epidemiológicos e demográficos, evidenciam: (1) preocupação com os direitos humanos dos doentes mentais; (2) apontam a ausência de distribuição demográfica dos serviços de saúde mental e (3) desmascaram a politização da doença mental (por exemplo, as pessoas com menos recursos económicos tinham maior taxa de doença, diagnósticos mais pesados, menos psicoterapia e mais tempo de internamento, passando-se o inverso com as classes mais

favorecidas), o que Cowen (1980, cit. in Carvalho, 1991) designou de “regra irónica”. Criticam ainda o (4) controlo e despersonalização operada nos asilos.

Os movimentos emergentes (muito próximos no tempo) visam: (1) esclarecer o papel dos factores socioeconómicos na génese e desenvolvimento das doenças mentais; (2) extinguir ou reformar os hospitais e (3) encontrar instituições com vocação verdadeiramente terapêutica.

No campo da Psiquiatria infantil há uma preocupação em tornar o ambiente hospitalar mais agradável. Médicos e enfermeiros recebem formação específica, juntando-se-lhes, nas equipas, pedopsiquiatras. Vários pediatras começam a apontar as desvantagens e prejuízos do internamento das crianças, falando-se das síndromas do “hospitalismo”, da necessidade de se humanizarem os hospitais e se cuidarem das necessidades emocionais das crianças.

2.3.1. Psiquiatria institucional

A psiquiatria institucional, movimento crítico ao sistema asilar, surge após a Segunda Guerra Mundial, com Tasquelles e J. Onry. A filosofia marxista e a Psicanálise constituem os dois pilares a partir dos quais se edificou o movimento. A inspiração marxista abriu caminho para o debate das questões do poder na instituição, contribuindo a psicanálise para a consideração da relação terapêutica e a possibilidade da cura através de um tratamento puramente psicológico. Com base nestes pressupostos, os fundadores do movimento criticaram os hospitais existentes por se aproximarem mais de prisões do que de instituições de tratamento, e advogaram a passagem da função repressiva e carcerária (Santos, 2001) ao tratamento. Defendem uma mudança radical na organização interna dos hospitais, nomeadamente a modificação das estruturas de poder (por exemplo, ausência de hierarquia, regulamentos impostos e horários preestabelecidos). Para os autores, a instituição hospitalar estava enferma, devendo ser ela alvo de tratamento em primeira instância. Só depois de curada se poderia tornar verdadeiramente terapêutica.

As ideias de Tasquelles e J. Onry podem ser sistematizadas em três propostas: (1) a liberdade de circulação, (2) a abolição do funcionamento hierárquico das instituições, e (3) a reciprocidade das relações entre terapeutas, funcionários e doentes.

A psiquiatria institucional pretende reformar os hospitais e não extingui-los, tendo semelhante propósito perante a Psiquiatria: “renová-la por dentro de forma a torná-la terapêutica” (Santos, 2001).

2.3.2. Psiquiatria de sector

A psiquiatria de sector tem uma origem e uma natureza comuns à psiquiatria institucional (Santos, 2001). No entanto, os efeitos práticos destes movimentos