



A Psiquiatria em História

O Hospital Conde de Ferreira e a Psicopatologia¹

A. Fernandes da Fonseca
Professor Catedrático de
Psiquiatria Jubilado e
Professor da
Universidade Fernando
Pessoa

Comemora-se hoje mais um dia do Hospital Conde de Ferreira e é com muita satisfação e até algum orgulho que participo nesta efeméride, tantas são as recordações agradáveis que me ligam a esta nobre Instituição hospitalar.

Foi, pois, com muito prazer que aceitei o convite do meu estimado Amigo Prof. João Marques Teixeira, para vos falar hoje, e durante alguns minutos, da memória desta nobre Instituição, ou seja, como costuma dizer um outro meu querido Amigo, o Prof. Carlos Manuel Mota Cardoso, do brilhante passado e das suas possibilidades no presente e no futuro de uma das duas catedrais (aliás a mais genuína) da Psiquiatria Portuguesa.

E esta incumbência é-me tanto mais gratificante quanto é certo que, depois de ter passado por várias vicissitudes nos últimos 7 anos, após a publicação do decreto que determinou a sua reentrega à Santa Casa da Misericórdia do Porto, o Hospital Conde de Ferreira parece encontrar-se, de novo, em condições de retomar o seu caminho no destino que lhe havia traçado o seu generosíssimo doador.

Felicito, pois, a Santa Casa da Misericórdia pela sua determinação em cumprir as responsabilidades que alguma solidariedade humana lhe confia e felicito igualmente a equipa de jovens profissionais que estão determinados a prestar, eles também, a sua generosa colaboração nesse sentido.

E, como se trata de um espécie de renascimento, vale a pena recordar as primeiras palavras com as quais, há uns 120 anos atrás, o primeiro director neste hospital,

Professor António Maria de Senna deu início à sua actividade clínica: tratava-se, segundo ele, de uma instituição que “viera dar alívio a muitos infelizes e sossego a muitos dos seus familiares, concorrendo para o bem-estar geral da população”.

Confirmaram-se inteiramente essas primeiras palavras do seu director de então e durante as primeiras décadas do seu funcionamento viveu-se no Hospital Conde Ferreira, uma esplêndida actividade assistencial e científica, graças à capacidade, superior inteligência e afinçada devoção desses primeiros responsáveis, os Profs. António Maria de Senna, Júlio de Matos e Magalhães Lemos. Vivia-se, então, na Europa o debate sobre as “duas maravilhosas lições clínicas” que nos ofereceu a história da Psiquiatria, no virar do século XIX para o século XX, com Emílio Kraepelin e Sigmund Freud: as concepções científico-naturais da chamada psiquiatria pesada (as psicoses) e especulação filosófica-energética da psiquiatria ligeira (as neuroses). E o Porto teve, assim, a oportunidade e o mérito de participar nesse aceso debate ideológico-científico desse virar do século, através da originalidade e da criatividade talentosa dos primeiros responsáveis pela orientação deste hospital. E o que é extremamente curioso, observado hoje em perspectiva histórica, é portanto o facto de o director clínico escolhido pela Santa Casa da Misericórdia bem assim como os arquitectos responsáveis pela sua construção se aperceberam, desde o início, da diferença que caracterizava aquelas duas lições clínicas e souberam interpretar num sentido clínico prático, as ilações que se poderiam tirar das propostas que apresentavam as duas grandes escolas psiquiátricas daquele tempo: a escola francesa e a escola alemã.

Obedecendo aos conceitos da época, caracterizados na lei da assistência a alienados de 1938, elaborada pelo notável psiquiatra francês, Jean Dominique Esquirol, que “aconselhava que um dos primeiros factores terapêuticos a prestar nessas instituições era o afastá-

¹ Conferência proferida no Dia do Hospital Conde Ferreira, em 24 de Março de 2003, no Centro Hospitalar Conde de Ferreira.



las do bulício das cidades, foi o Hospital Conde de Ferreira construído em local considerado aprazível, afastado do centro da cidade e com boas condições higiénicas e de lazer.

No sentido investigacional e clínico, importa recordar que, logo desde início, aqui foram aplicados, pela primeira vez no nosso país, critérios estatísticos, clínicos e sociais sobre as doenças mentais, semelhantes aos desenvolvidos em França, por Jean Dominique Esquirol, iniciativa que ficou a dever-se ao esforço inovador de António Maria de Senna. Aqui foram feitos estudos histo e anatomo-patológicos das demências, semelhantes aos de Alzheimer, de Arnold Pick e de Oscar Vogt, na Europa, e isso, graças à acuidade clínica de Magalhães Lemos.

Aqui foram produzidos trabalhos sobre alucinações e delírios no âmbito da nova ciência, então nascente da Psiquiatria Forense, pelo nosso grande Júlio de Matos.

Nas primeiras décadas do século XX, viveu-se, efectivamente, nesta cidade do Porto, um ambiente científico cultural de acentuado vigor.

As conferências dos domingos feitas por Júlio de Matos e Magalhães Lemos, quais “Conferências do Casino”, que tão profunda repercussão literário-política haviam tido no Porto, constituíram, aqui, no Hospital Conde de Ferreira, um foco de luminosidade científica de um entusiasmo invulgar.

Este hospital bem se podia considerar, então uma espécie de pequena Salpêtrière, à semelhança daquela que tanto entusiasmava a sociedade parisiense no tempo de Jean Martin Charcot.

A “desalienação psiquiátrica”

Ao evocar a memória desta histórica instituição seria injusto não prestar, ainda que desta forma rápida, a merecida homenagem aos vultos do passado e salientar o apreço pela obra durante tantos anos aqui realizada. Para além desse acto de justiça, esta evocação servirá certamente de estímulo aos que agora assumem novas responsabilidades.

Mas, para corresponder à gentileza do convite que me foi dirigido, acho que vos devo falar um pouco daquilo que penso poder ser, hoje, “a importante contribuição deste Hospital Conde de Ferreira na Assistência e no Ensino” ou, como costuma dizer o actual director, no

“campo da Psicopatologia”.

Não há dúvida que se encontram totalmente modificados os conceitos de saúde. Não só se metamorfosearam e multiplicaram muitas entidades clínicas como evoluíram, de forma quase espectacular, as técnicas terapêuticas. E, pelo que diz respeito à nossa especialidade, a estrutura excessivamente estática dos hospitais psiquiátricos, que vingou até meados do século anterior, deixou de corresponder, realmente, ao dinamismo das entidades clínicas que integram a psiquiatria dos nossos dias, dominada, como eu costumo dizer, pela multivalência comportamental e pelas expressões multifacetadas que vêm caracterizando o homem perturbado destas últimas décadas.

A principal metodologia utilizada pela psiquiatria clássica contra a enfermidade mental consistia, efectivamente, no uso de medidas de carácter institucional. Mas a verdade é que um tal tipo de iniciativas conduzia, frequentemente, ao aparecimento de dois fenómenos psicológicos, considerados bastante negativos: o “hospitalismo” e a “regressão”.

O hospitalismo corresponde, como todos os que lidam com problemas da saúde mental sabem, a uma situação psicológica que assumem certos doentes após uma permanência prolongada numa instituição hospitalar, da qual já não desejam sair, pelo facto de se terem desligado do seu espaço vivencial habitual, por terem deixado de interactuar com as pessoas do seu meio ou por terem perdido grande parte da sua capacidade discursiva.

Uma tal impregnação ambiental dos doentes psiquiátricos internados dava, ainda lugar, com frequência, ao aparecimento de um outro fenómeno psicológico e, muitas vezes, psicopatológico designado por regressão, que consiste na manifestação e exibição, por parte desses doentes, de comportamentos do tipo infantil.

O desenvolvimento da psicofarmacologia, a partir dos anos 50 do século XX e a divulgação quase simultânea de conceitos como os de “psicoterapia institucional” e, de “comunidade terapêutica”, haviam de modificar, de algum modo, esse panorama da assistência psiquiátrica. E as possibilidades de reinserção social dos doentes deste foro, estimuladas, em grande parte, pelos êxitos obtidos pelas várias formas de “psicoterapia institucional” e de “comunidade terapêutica” haviam de modificar, de algum modo, esse panorama da





assistência psiquiátrica. E as possibilidades de reinserção social dos doentes deste foro, estimuladas, em grande parte, pelos êxitos obtidos pelas várias formas de “psicoterapia de grupo”, de “ergoterapia” e de “terapia ocupacional”, não cessaram de progredir, reforçando, com o seu apoio ressocializante, a acção psicofarmacológica de neurolépticos, de tranquilizantes e de anti-depressivos.

Todavia, a crescente complexidade social e a implementação dos direitos humanos em geral, com maiores facilidades de acesso aos cuidados primários de saúde e mais acentuado consumo da medicina, tornariam rapidamente precário todo esse progresso e todos os passos até então empreendidos.

A demanda de consultas subiu rapidamente, alcançando números totalmente inesperados anteriormente e a aparição dos psicofármacos embora de acção eficiente sobre as manifestações psicopatológicas, só, aparentemente, reduzia esse número, pois a alta hospitalar de muitos doentes considerados crónicos não impedia que esses mesmos doentes continuassem a necessitar de um apoio ambulatorio e psicoterapêutico.

A “desalienação” da enfermidade psíquica arrastava, assim, consigo um aumento impressionante de necessidades em cuidados psiquiátricos primários, sobretudo a nível ambulatorio e dispensarial.

Daí, o ter-se intensificado, em muitos países, a criação de dispositivos que facilitassem a inserção social dos doentes com uma assistência imediata que se tornasse mais eficiente, associada, tanto quanto possível, a iniciativas profiláticas. Foi com esse objectivo que se defendeu a criação de dispensários e de serviços de psiquiatria em hospitais gerais, de par com a organização de “centros de dia” e de “clubes” de convívio, implementados no seio da própria comunidade.

Subiam as estatísticas, revelando os estudos de prospecção epidemiológica que cerca de 25% da população geral necessitava recorrer, de alguma forma, a cuidados psiquiátricos e as consultas respectivas apareciam subitamente invadidas por inúmeras situações que anteriormente se apresentavam a outras especialidades, como a neurologia, a pediatria, a ginecologia, a dermatologia, a reumatologia, etc.

A transição para a saúde mental

Estabelecia-se, assim, a transição dos conceitos de

assistência psiquiátrica para os conceitos de saúde mental. Respondendo, de algum modo, aos ataques da anti-psiquiatria, os técnicos mais responsáveis procuravam transferir, agora, os centros de iniciativa do interior das instituições hospitalares para a comunidade.

Os princípios que norteavam anteriormente a orientação da assistência psiquiátrica, programando e defendendo que os locais de tratamento deveriam ser “fixos e concentrados ao nível do internamento hospitalar”, apareceram, então, substituídos pelos princípios da psiquiatria comunitária, que defendia uma acção curativo-profilática conjugada com uma certa “mobilidade social”.

Não era nem tem sido, porém, muito fácil a exequibilidade desta mudança de princípios e de conceitos. E a prova disso é que não existe nenhum país em que a institucionalização e a prática da saúde mental se possa considerar ideal.

Nos Estados Unidos, por exemplo, os modelos até hoje existentes tornaram-se muitos divergentes, de caso para caso, tanto na sua estrutura como nos seus objectivos. E continua mesmo a existir uma profunda controvérsia quanto à orientação ideológica e filosófica de base desses centros de psiquiatria comunitária. Tal facto tem dado, assim, origem a que os diversos centros de saúde comunitária desse país tenham vindo a ser organizados ao longo de linhas diferentes e segundo modelos muito distintos.

Existem centros de saúde comunitária que seguem, de perto, o chamado modelo psiquiátrico. Entre estes, há centros que se investem, sobretudo, nos casos de doença identificada; outros que seguem o tipo de intervenção em crise e, outros ainda, que se orientam pelo modelo metabólico-nutritivo, com predomínio da sua acção na prática de investigação e pesquisa sobre as situações de privação e sua influência na saúde populacional.

Por outro lado, existem também centros de orientação essencialmente sociológica, constituídos por estruturas comunitárias que centralizam a sua acção sobre os modelos de integração-desintegração social e de educação-adaptação social.

Finalmente, existem centros de filosofia mista, como são aqueles que seguem mais de perto um modelo de saúde pública, com orientação essencialmente epidemiológica ou que se investem numa programação de



carácter mais ecológico, com objectivos simultaneamente individuais e colectivos.

De qualquer modo, o facto é que, dos 50 milhões de americanos que as diversas estatísticas indicam como necessitados de auxílio psicológico e psiquiátrico (Albee, 1982), apenas uns 8 a 9 milhões parecem beneficiar de serviços de saúde mental razoáveis.

Em outros países como a França, a institucionalização do chamado modelo de sector (um tipo de assistência psiquiátrica prestada ao doente, de uma forma mais ou menos permanente, estendendo-se do hospital à comunidade, por intermédio de “equipas terapêuticas especializadas”), levou a uma hipertrofia da assistência psiquiátrica, com uma certa duplicação de meios e de investimento orçamental, ao nível da saúde, que só um país rico como esse é capaz de suportar.

Na Itália, mercê de um certo radicalismo político, os programas de mudança levaram praticamente à extinção dos hospitais psiquiátricos, sem que se tenham, no entanto, desenvolvido, com um mínimo de extensão e de eficiência, os serviços comunitários que a lei previa. A situação é, nesse país, verdadeiramente complicada, com numerosos doentes mentais sendo tratados em serviços gerais de medicina, muitas vezes por médicos e enfermeiros não especializados que se servem de métodos e técnicas pouco adequados.

O país onde as estruturas da saúde mental parecem funcionar aparentemente com uma certa eficiência e coordenação é a Grã-Bretanha, dada a articulação que o Serviço Nacional de Saúde desse país conseguiu institucionalizar entre as estruturas hospitalares, a saúde pública e a assistência psiquiátrica. Mas foi para isso decisiva, nesse sentido, a criação de um Serviço Nacional de Saúde de grandes tradições, no qual se inseriu a rede dos hospitais psiquiátricos existentes e a criação intensiva de serviços de internamento de psiquiatria, bem assim como de hospitais de dia, na grande maioria dos hospitais gerais desse país.

É interessante assinalar que o movimento da criação de centros de saúde mental na comunidade, que foi sobretudo de inspiração americana, acabou por estimular e por entrelaçar-se com aquela iniciativa da psiquiatria inglesa, que propunha uma maior amplitude da intervenção assistencial, privilegiando e defendendo a instalação de estruturas psiquiátricas ao nível dos hospitais gerais, com unidades e serviços de internamento completo e de internamento parcial.

Estas últimas estruturas (instaladas nos hospitais gerais), viradas muito especialmente para o campo das manifestações funcionais e da chamada medicina psicossomática, porque grande parte das situações clínicas aí observadas pertencem a esse domínio, permitiram, aliás, que através da sua acção se desenvolvesse uma outra corrente da psiquiatria moderna que viria a ser designada por *Liaison Psychiatry* (“psiquiatria de ligação”).

A “*Liaison Psychiatry*”, que nós preferimos designar por “inter-consulta”, tem por especial objectivo (Lipowski, 1983) “estabelecer o diagnóstico, o tratamento, o estudo e a prevenção”, ao nível da morbidez psiquiátrica, daqueles casos que mostram grande tendência para “somatizar” as suas queixas, transferindo, dos planos psíquicos para os planos somáticos, as suas descompensações de carácter emocional.

Este conceito de “psiquiatria de ligação” corresponde, no fundo, ao aprofundamento das várias facetas clínicas da relação médico-doente em toda a medicina, mergulhando as suas raízes históricas na concepção já desenvolvida, a partir dos anos 30, pelo psicanalista Michael Balint.

As considerações expostas mostram-nos, pois, que existe ainda uma grande indefinição no que respeita à problemática geral dos instrumentos profilático-curativos, no campo da saúde mental. Resulta esse facto da controvérsia que se estabelece entre certos princípios clássicos da psiquiatria clínica e os princípios mais gerais da psiquiatria comunitária ou social.

Segundo aqueles primeiros princípios, os locais de tratamento dos doentes mentais devem ser, fixos e concentrados ao nível do internamento hospitalar e da consulta dispensarial. Tais pressupostos derivam directamente das características classicamente assumidas por muitos doentes mentais, com as suas alterações comportamentais e a sua frequente recusa ao tratamento, situações que ainda hoje se verificam com alguma frequência (Pelicier, 1984).

A psiquiatria comunitária defende, pelo contrário, os princípios da mobilidade social e da comunidade terapêutica.

De acordo com estes outros conceitos, o apoio estabilizador da saúde psíquica deverá estar difundido por toda a comunidade, sem que tenha de subordinar-se a uma localização institucional, situando-se, portanto,





tanto ao nível do emprego e do domicílio como da escola e do dispensário. Só uma tal “mobilidade assistencial” permitirá, segundo os princípios gerais da medicina comunitária, uma acção terapêutica contínua, com efeitos evidentes sobre a profilaxia e sobre a recidiva de uma grande parte das doenças psíquicas. Ora, a verdade é que esse tipo de terapêutica continua, estendendo-se do trabalho à residência e da urgência à assistência hospitalar, só se mostra, de facto, eficiente quando é praticada sob a forma do que designamos, pessoalmente, por psiquiatria integrada, ou seja, segundo um modelo de assistência psiquiátrica em que a prática clínica altamente especializada se interliga, em íntima continuidade, com uma prática clínica um tanto indiferenciada.

Efectivamente, na fase do actual desenvolvimento da psiquiatria, sobretudo ao nível de países com recursos limitados, como é o nosso caso, a promoção da saúde mental exige, do ponto de vista prático, iniciativas e modelos de compromisso.

Nesse sentido, a experiência que há uma dúzia de anos ensaiamos na área do departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. João revelou-se bastante aliciante.

Uma vez estabilizado o funcionamento do departamento e assegurada a formação e preparação do pessoal técnico indispensável, avançou-se, então, para uma fase de incidência comunitária, através das chamadas Unidades de intervenção na comunidade, com várias “equipas terapêuticas” (Fonseca, 1982).

Quer isto significar que a prática psiquiátrica se passou a exercer a dois níveis distintos, mas sinérgicos e integrados: um nível clínico especializado e um nível comunitário, não especializado, em inter-relação com os clínicos gerais, nos centros de saúde e com os “mediadores” sanitários da área populacional respectiva. O primeiro nível, de qualidade bastante especializada, permite que se faça o estudo das situações clínicas, se estabeleça o seu diagnóstico e se intervenha, do ponto de vista terapêutico, individualmente ou em grupo, utilizando as técnicas que se afigurem mais indicadas. O segundo nível, com objectivos de promoção cultural e de profilaxia psíquica, permite que se intervenha preventivamente nas fases iniciais e prodrómicas de muitas situações clínicas e na detecção precoce de situações de risco ou de grupos mais vulneráveis, ao mesmo tempo que se exerce uma certa investigação

prospectiva ao nível da referida comunidade.

A sinergia entre a prática clínica especializada, ao nível hospitalar e a prática integrada, ao nível dos “cuidados primários”, mostra-se susceptível de criar um “feedback” muito dinâmico, reduzindo, de forma drástica, a carência em leitos hospitalares para a psiquiatria e permitindo que se transforme radicalmente a tradição “estigmatizante” da doença mental.

Efectivamente, o doente do foro psiquiátrico, ao ser tratado num hospital geral ou num centro de saúde, como qualquer outro doente, sente-se completamente liberto do sentimento pejorativo que, durante muitos séculos, impregnou a estrutura psiquiátrica hospitalar e as diversas anomalias de carácter psíquico.

Importa salientar que essas conquistas de natureza assistencial e de sentido ético resultaram, em boa parte, da instalação de estruturas psiquiátricas em hospitais gerais e da integração, nas equipas médico-terapêuticas, dos chamados médicos de família.

Esse duplo movimento integrativo permite estabelecer, ao nível da saúde mental, uma relação assistencial contínua entre a comunidade, os centros de saúde e os centros hospitalares de ambulatório e de internamento.

Chega-se, assim, a um tipo de acção que se mostra particularmente eficaz, não só na terapêutica das situações clínicas da psiquiatria como também na vigilância pós-hospitalar e na prevenção de novas crises, reduzindo-se o mais possível os fenómenos ditos de regressão e de hospitalismo.

O Hospital Conde de Ferreira na assistência e no ensino

O Hospital Conde de Ferreira tem, em nosso entender, todas as condições para reverter a sua actual estrutura, um tanto estática, numa iniciativa eficiente desse tipo integrado.

Impõe-no a honrosa tradição do ensino que aqui existiu, permite-o a beleza arquitectónica e a multiplicidade de dependências de que dispõe o edifício e aconselha-o a vontade firme e o dinamismo de todos quantos aqui labutam.

Mas, para isso, há que reverter uma boa parte do seu funcionamento.

O desenvolvimento e aperfeiçoamento das técnicas terapêuticas da psiquiatria dispensam, hoje, os meandros



arquitectónicos que eram apanágio dos velhos hospitais psiquiátricos. E, parte do espaço, que era destinado a camas e a dependências estáticas de doentes pode, actualmente, ser utilizado de outra forma, já que aquelas técnicas terapêuticas permitem reduzir o número de admissões.

Em contrapartida, tem aumentado extraordinariamente, como dissemos, a solicitação de cuidados psiquiátricos a nível dispensarial e de hospital de dia.

É esta uma metamorfose clínica extraordinariamente curiosa, na qual se deve, realmente, atentar. A permutação de leitos por habitante para as doenças psíquicas tem tombado, de uma forma gradual e progressiva, à medida que se dinamizam e aperfeiçoam os métodos terapêuticos por um lado e se avança para iniciativas preventivas, ao nível da comunidade, por outro. Mas o consumo de cuidados primários, no campo da saúde mental, varia justamente no sentido inverso.

Esse “aumento” dos pequenos distúrbios mentais, ao nível comunitário, numa altura em que já possuímos meios bastantes eficazes para curar ou melhorar muita patologia psiquiátrica foi, aliás, expresso de uma forma irónica e original, por um amigo meu, o Prof. Vandick Ponte, da Universidade de Fortaleza (Brasil) ironicamente expresso de uma maneira algo original na seguinte frase²: “Os indivíduos normais vão-se tornando mais loucos e os loucos mais normais”.

Paralelamente com a reconversão clínica, apontada deverão ser criadas novas unidades ou aperfeiçoadas as já existentes, compartimentadas em serviços de diagnóstico e terapêutica.

Podemos mencionar, a título de exemplo, a psiquiatria infantil e da adolescência, a psicologia clínica e a psicossomática como novas unidades a criar, e a electroencefalografia e a psiquiatria forense como unidades já criadas que poderão ser ampliadas e aperfeiçoadas.

Serão essas novas unidades a implementar ou o aperfeiçoamento das já existentes (unidades para doentes epilépticos, esquizofrénicos, alcoólicos, toxicodependentes e pessoas da terceira idade) que

constituem a psicopatologia de hoje e que permitirão que o hospital Conde de Ferreira retome o seu caminho histórico em pró da saúde mental dos portugueses.

Deverá sobretudo ser organizado, urgentemente, um “centro” eficiente de carácter terapêutico-cultural, que coordene toda a orientação e administração das diferentes terapêuticas, sem esquecer, de modo muito especial, as ocupacionais e lúdicas, a fim de que tais terapêuticas adquiram um sentido e um significado profundamente humanísticos.

Os parques e espaços circum-hospitalares que aqui existem são extraordinariamente valiosos nesse aspecto. Um dos objectivos fundamentais de um tal centro terapêutico-cultural é o da estimulação e o da prática de terapias associadas. Não há dúvida de que são ainda hoje muitas as perturbações psíquicas em que não se torna possível estabelecer uma conexão razoável entre o seu começo e determinadas manifestações de instabilidade emocional do indivíduo ou dos grupos familiar e social nos quais o mesmo se encontra inserido. E, nesses casos, só uma acção terapêutica polivalente se mostra mais facilmente susceptível de vencer as dificuldades e ajudar o restabelecimento do equilíbrio. Por isso mesmo, é que várias formas de psicoterapia de “apoio” e de psicoterapia de “grupo” que, até há poucos anos, se utilizavam em pequena escala e somente em centros altamente especializados, têm hoje uma aplicação bastante generalizada, em associação às demais terapias e constituem, frequentemente, métodos de rotina num grande número de clínicas psiquiátricas.

Isso se deve, essencialmente, a um melhor conhecimento da metodologia rigorosamente científica que vem fundamentando as teorias do comportamento e as investigações efectuadas no domínio dos processos psicofisiológicos e da aprendizagem. A associação entre terapêuticas físicas e farmacológicas, de um lado e as psicoterapias, de outro, é, certamente, a modalidade, actualmente, mais seguida na prática clínica.

Não se obtiveram, até hoje, conclusões absolutamente rigorosas sobre a eficiência dos resultados dessas associações, mas quase todos os clínicos colhem, empiricamente, uma impressão favorável a esse respeito. Poucas parecem ser, aliás, as situações psiquiátricas em que esse tipo de sinergia se não mostra útil.

A psicoterapia, no seu conjunto, parece influenciar as relações interpessoais e os contactos sociais, enquanto que as terapêuticas físicas e, em grau elevado, as

²Vandick Ponte - O homem e a saúde mental. Notícias psiquiátricas, Rio de Janeiro, 1979.





Leituras

farmacológicas, reduzem a actividade sintomática e a tensão emocional. Estas últimas tornam ainda o doente mais maleável para a utilização da intervenção psicoterapêutica.

A estes diversos tipos de terapias activas devem juntar-se, em acção convergente, várias outras terapias complementares do tipo ludoterápico e ergoterápico, para que o ambiente terapêutico se torne verdadeiramente estimulante, empático e dignificador.

Na realidade, só através de uma atmosfera de “empatia”, em que se estabeleça uma franca comunicação e uma relação compreensiva com as ideias, sentimentos e pensamentos do doente, é que o meio hospitalar se tornará um autêntico ambiente antropoterapêutico. Mas, para que todas essas actividades se processem, realmente, de uma forma dinâmica e eficiente, torna-se, evidente e necessário proceder também à reconversão das situações clínicas de cronicidade, transferindo-se os chamados doentes crónicos para serviços de carácter médico-social, implementados, sempre que possível, no seio da própria comunidade. As estruturas hospitalares activas, constituídas pelo internamento, pelo hospital de dia, pela consulta e pelos cuidados de urgência não podem ser interferidos por esse outro material clínico muito mais estático e no qual as terapêuticas intensivas muito pouca influência exercem.

Esses quatro tipos de serviços, juntamente com um laboratório ou gabinete de psicologia clínica ou de psicopatologia, constituem o número mínimo que a psiquiatria americana considera indispensável para a organização de uma “catchment mental área” (área de saúde mental) (Fonseca et al, 1984), com uma população de 75 mil a 200 mil habitantes.

No domínio das iniciativas terapêuticas activas, há que dar uma ênfase particular às funções do hospital de dia, estrutura intermédia entre o internamento e a consulta e que tem sido a plataforma rotatória a imprimir maior dinamismo à actividade hospitalar.

A sua permanente ligação com os diversos vectores do centro terapêutico-cultural, tornou-se, ao longo das três últimas décadas, o principal factor de “desalienação”, por ter transformado a vida das clínicas psiquiátricas num circuito aberto.

Basta lembrarmo-nos de que o hospital de dia, praticando todas as terapêuticas especializadas actualmente em uso (físico-farmacológicas, psicológicas

e sociológicas), impede, ao mesmo tempo, a rotura com o espaço vivencial e com as relações sócio-familiares do doente.

Pelo que respeita aos doentes considerados crónicos, há que encontrar, para eles, também soluções adequadas. A permanecerem no perímetro hospitalar unidades desse tipo (para doentes deficientes e deteriorados), sobretudo destinadas a cobrir a área geográfico-assistencial respectiva, os doentes desse tipo que neste hospital existem, pela força das circunstâncias, devem ser orientadas pelas regras da assistência médico-social, em que os cuidados de apoio e de conforto constituem as iniciativas predominantes.

Uma razão de peso para que esses serviços sejam disseminados pela comunidade reside no facto de se tratar justamente de serviços para doentes em situação prolongada, os quais só serão visitados com frequência pelos familiares e até amigos quando se encontrem na proximidade dos seus núcleos sócio-familiares. Tais visitas amiudadas são absolutamente indispensáveis à manutenção da sua vivacidade afectiva e do seu calor humano.

Uma vez que as estruturas funcionais hospitalares se encontram devidamente organizadas, sob a forma de um grande departamento ou centro de saúde mental, elas poderão, então, encarregar-se de toda a saúde mental de uma área populacional bem definida.

O centro de saúde mental que, neste caso em apreço, coincidirá com as dimensões do próprio hospital, corresponde, portanto, a um conjunto de estruturas funcionais, susceptíveis de poderem satisfazer “todas as necessidades de uma zona geodemográfica, em termos de prestação de cuidados de prevenção, de cura e de recuperação neste domínio”.

A responsabilidade da intervenção nessa zona caberá, então, às “equipas terapêuticas”, que desempenharão funções simultaneamente assistenciais e profiláticas, articulando as actividades hospitalares com os dispensários e centros de saúde polivalentes distribuídos por aquela área geográfica.

Ora, é precisamente a esse nível que um sistema destes, de “psiquiatria integrada”, difere da psiquiatria de sector de inspiração francesa. Aqui, não há propriamente uma actuação especializada, mas sim, uma actuação comum com a saúde geral e não sobreposta aos centros de saúde pública.

As equipas terapêuticas podem, assim, proceder ao



rastreio precoce das situações clínicas tratáveis, exercer acções pedagógicas junto da população, com fins profiláticos e de integração sócio-familiar e profissional dos doentes já tratados ou em tratamento, e colaborar ainda na reciclagem de conhecimentos dos clínicos gerais e dos demais técnicos da saúde que actuam a esse nível.

De resto, a participação dos clínicos gerais, nestes projectos de psiquiatria integrada, processa-se, as mais das vezes, com grande entusiasmo da parte deles.

Não se trata de os substituir nas suas funções, mas sim de os apoiar, pedagógica e cientificamente, na sua acção polivalente. São eles que estão próximos da realidade sócio-profissional do doente e que podem, assim, devidamente orientados, evitar a “psiquiatrização” de muitas situações clínicas.

Dispondo de condições adequadas para estabelecer uma boa “relação empática”, os clínicos gerais podem influenciar, de forma muito positiva, as relações de tipo simultaneamente racional e mágico de que a doença, e muito especificamente a doença psíquica, aparece quase sempre impregnada.

Ao fazer a “triagem” dos doentes para a consulta de psiquiatria e ao manter a sua presença nessa relação médico-doente, o clínico geral reforça a projecção e a identificação que, no decorrer dessa relação, se estabelece entre o doente e o terapeuta e contribui para que aquele experimente, desde início, uma sensação de alívio.

Os doentes com indicação para tratamento diferenciado serão encaminhados para as diversas unidades da estrutura hospitalar. Mas aqueles que não tenham necessidade de tais cuidados poderão continuar a ser tratados pelo seu médico de família, que receberá, para isso, o apoio da equipa terapêutica. E o doente poderá ser posteriormente reobservado, sempre que o clínico geral o solicite.

Será então esta estrutura comunitário-hospitalar integrada da saúde mental que, para além das suas funções profilático-assistenciais, virá a dar uma contribuição indispensável à investigação e ao ensino. Os problemas da investigação são extremamente importantes, sobretudo no que respeita à definição da eficácia de certos “agentes” terapêuticos, da identificação de situações individuais e de grupo que se encontram em “risco” e, ainda, da prospecção sobre a incidência e a repercussão que os factores sócio-culturais exercem

na prevalência de algumas entidades nosográficas e de algumas metamorfoses clínicas.

O hospital Conde de Ferreira dispõe, em nosso entender, de condições excepcionais para se alcançar a uma empresa destas. E a proximidade a que se encontra do hospital de S. João, que funciona como principal hospital escolar, poderá permitir, então, que as duas grandes unidades assistenciais venham a articular as suas funções, numa autêntica simbiose, em que as actividades assistenciais, investigacionais e docentes, no campo da saúde mental, possam coordenar com eficiência os seus serviços.

A tradição e o passado histórico que o hospital Conde de Ferreira preencheu e sempre tem ocupado na assistência e no ensino da psiquiatria portuguesa são testemunho e garante dessa possibilidade.

Estamos certos de que continuará a ser extremamente valiosa a sua contribuição para a saúde mental de um amplo extracto da população deste país, se os poderes responsáveis o ajudarem a revitalizar as suas estruturas e apoiarem activamente a diferenciação das suas funções e da sua intervenção na comunidade, dotando-o do pessoal e do equipamento indispensável à consecução de tais objectivos.

E essa contribuição será tanto mais importante quanto é certo que aos actuais técnicos e servidores do hospital sobram, abundantemente, como sobraram aos que aqui trabalharam no passado, as qualidades, a devoção e a clarividência para percorrer esses caminhos no futuro.

A comemoração que hoje aqui se acaba de realizar e o esforço inovador que, ao longo destes últimos anos, todos aqui têm revelado nesse sentido, são disso um exemplo bem convincente.

Porto, Março de 2003