

---

## A Reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica

Maria Isabel Soares. Enfermeira

Este texto é parte de um estudo, em desenvolvimento por uma equipa da UIDE <sup>(1)</sup> sobre a saúde mental durante o Estado Novo. É um trabalho exploratório da lei de assistência psiquiátrica, apresentada pelo Governo e aprovada em 1945, do parecer da Câmara Corporativa e da discussão na Assembleia Nacional. Apesar de Lei 2006, de 11 de Abril de 1945 ser considerada progressiva e acolhida com grande expectativa, não foi aplicada completamente por falta de recursos entre os quais avultam a escassez de recursos financeiros como nos é revelado por alguns artigos publicados na imprensa periódica de psiquiatria.

Palavras-chave Saúde Mental, Lei de Saúde Mental, Psiquiatria

This text about Mental Health in Estado Novo (Portuguese dictatorial regime in force from 1933-1974) is part of a study being developed by a UIDE's research team. It is an exploratory research about a psychiatric health law, presented and approved by government in 1945, after it had been analysed by the Camara Corporativa and discussed in Assembleia Nacional ( a legislative chamber).

This law, Lei 2006, approved in April the 11<sup>th</sup>, 1945 was considered a progressive law, very well received, but not, totally implemented, mostly because of a lack of financial resources even though other means were also not available as it was then explained in the periodic psychiatric press.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Health Law, Psychiatric

### ANTECEDENTES

A Constituição portuguesa de 1911 consagrava o direito à assistência pública (artº3, alínea 29). As medidas que nesse mesmo ano foram tomadas para a sua reorganização, tiveram pouca ou nenhuma aplicação. O Estado Novo herda assim um sistema de assistência social incipiente, onde a intervenção pública se ocupava prioritariamente da coordenação das instituições privadas de ajuda e beneficência, onde o ataque à mendicidade prevalecia sobre a eliminação das suas causas, onde a concepção dominante das acções era de acção caritativa (Rodrigues, 1996, p.71). Por sua vez, a Constituição de 1933 não incluía o direito à assistência pública, ainda que se afirmasse que competia ao Estado coordenar, impulsionar e dirigir todas as actividades sociais, zelar pela melhoria das condições das classes mais desfavorecidas, procurando assegurar-lhes um nível de vida compatível com a dignidade humana e promover e favorecer as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade (Pimentel, 2000, p.479). No entanto, já em 1932, João de Almeida <sup>(2)</sup>, numa publicação sobre o Estado Novo, defendia a necessidade de um novo rumo para os serviços de assistência social cuja principal acção devia ser prevenir, intervindo a tempo de evitar que o mal se desenvolva a ponto de já não ser possível senão o recurso ao hospital ou ao sanatório" (p.141-142). É necessário que a assistência seja preventiva da doença e da invalidez. O Estado, (...) não pode ser estranho a nada que, de perto ou de longe, interessar à vida nacional. E nada é tão profundamente essencial à vida e progresso da nação como a existência de uma capacidade de produção vigorosa, o que não é possível sem a existência de trabalhadores saudáveis e robustos. (p.142). Igualmente defendia como dever indeclinável do Estado a assistência sanitária para os que dela necessitassem, incluindo a assistência médica e hospitalização com todos os recursos e condições exigidos pela ciência (p.161)

---

<sup>1</sup> Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

<sup>2</sup> João de Almeida (1873-1953). Militar e político participou nas campanhas militares em África. Monárquico, simpatizante do integralismo, foi demitido do Exército depois da proclamação do regime republicano, sendo reintegrado em 1918. Participou em diversas conspirações para derrubar a República nos anos 20. Após o golpe de 28 de Maio foi um dos barões militares candidatos à chefia da Ditadura. A extrema-direita organizada na Liga 28 de Maio, propôs o nome do general João de Almeida como alternativa a Salazar. Durante os anos 30 participou em sucessivas conspirações associadas às tensões entre a elite militar e o salazarismo (*Dicionário de História do Estado Novo*, Vol. I, p.37).

Mas a discussão aprofundada sobre a assistência social teve início em 1934, no I Congresso da União Nacional <sup>(3)</sup>, onde ficou definido o papel supletivo do Estado relativamente às iniciativas particulares (Pimentel, 2000, p.479). Neste Congresso, numa das comunicações apresentadas, a de A. Lopes Rodrigues <sup>(4)</sup> pronunciava-se contra a ideia de oficializar toda a Assistência, convertendo-a em serviço do Estado, de acordo com as ideias socialistas e comunistas. (...). Pelo contrário, defendia que a assistência pública devia ser entregue aos organismos de iniciativa particular, conforme determinava a constituição política do Estado Novo (p.2-3). Também criticava a dependência dos serviços de assistência social do Ministério do Interior e preconizava, como primeira medida para a reforma dos serviços de assistência, a criação de um Ministério próprio de Assistência e Saúde. Considerava um grave erro a construção, pelo Estado, de grandes hospitais <sup>(5)</sup> com lotações exageradas que se tornariam em grandes sorvedouros de créditos públicos, (p.5-6).

O Governo reconheceu a necessidade de profunda reforma dos serviços de assistência, para a qual entendia imprescindível estudos sérios e cuidados tendo para tal criado, em 1937, uma comissão, no âmbito da Direcção Geral de Assistência, a quem por sua vez atribuía a responsabilidade de colher e organizar todos os elementos necessários ao estudo da reforma dos serviços de assistência, tendo em vista que esta devia na mais larga medida possível, ser exercida pelos particulares, cabendo ao Estado sobretudo a orientação superior e a coordenação de todas as actividades beneficentes.<sup>(6)</sup> Resultantes desses estudos, foram introduzidas, em 1941, (Decreto-Lei nº 31 666) algumas alterações nas actividades assistenciais, consideradas como a primeira fase da reforma <sup>(7)</sup>. Visava este diploma legal, fazer uma melhor arrumação das actividades assistenciais dispersas e na dependência do Ministério do Interior e, entre outras medidas, criar ou valorizar os organismos indispensáveis à diversidade e à extensão das necessidades sociais reconhecidas, entre as quais se mencionava a defesa da vida ameaçada por infecções físicas, mentais ou morais.

Entretanto, em 1944, era apresentada à Assembleia Nacional a proposta de lei sobre o Estatuto da Assistência Social, juntamente com o parecer da Câmara Corporativa <sup>(8)</sup>. O parecer é um longo relatório que, examinando cada uma das trinta e sete bases da proposta de lei, faz o diagnóstico da situação quanto à prestação da assistência – os cuidados de saúde, os problemas de ordem social, organização e funcionamento dos serviços, necessidades e formação de pessoal, entre outros. <sup>(9)</sup> A aprovação deste Estatuto reafirmava as orientações fundamentais do regime em termos de modelo de assistência social, cabendo às instituições privadas o papel fundamental da prestação da assistência e ao Estado a função orientadora, promotora, tutelar e de inspecção. As actividades de assistência tinham como destinatário preferencial as famílias e não os indivíduos enquanto tal (Rodrigues, 1966, p.71). A família era considerada a base de toda a ordem social e política e a assistência devia favorecer a sua construção e existência e suprir as suas deficiências económicas para que pudesse cumprir a sua função de criar, sustentar, educar, preparar para a vida, preservar e defender os seus elementos<sup>(10)</sup>. Na análise da situação, quanto às doenças e anomalias mentais o parecer utiliza os dados estatísticos disponíveis para demonstrar as insuficiências da assistência aos doentes mentais, sem contudo deixar de notar que o compromisso do Estado com a assistência a

<sup>3</sup> O I Congresso da União Nacional realizou-se, na Sociedade de Geografia em Lisboa de 26 a 28 de Maio de 1934

<sup>4</sup> Professor Catedrático da Universidade do Porto e Director da Assistência Nacional aos Tuberculosos do Norte de Portugal.

<sup>5</sup> Muito provavelmente refere-se à decisão de construir dois hospitais escolares em Lisboa e no Porto para os quais o governo estava autorizado a gastar até 60.000.000\$. Decreto nº22927 de 31 de Julho de 1933. Estes hospitais deviam ser inaugurados em 1936 mas só começaram a funcionar na década de 50 (Diário das Sessões da Assembleia Nacional e Câmara Corporativa. Diário da Sessão nº8, 13 de Dezembro de 1938).

<sup>6</sup> Decreto-Lei nº27 610. Diário do Governo, I Série, N° 75, 1 de Abril de 1937

<sup>7</sup> Decreto-Lei nº 31 666. Diário do Governo, I Série, N°273, de 22 de Novembro de 1941. 2º Suplemento

<sup>8</sup> Diário das Sessões da Assembleia Nacional e Câmara Corporativa, nº48 de 25 de Fevereiro de 1944. O relator do parecer foi Marcelo José das Neves Caetano e entre as várias assinaturas conta-se a de António José Pereira Flores.

<sup>9</sup> Diário das Sessões da Assembleia Nacional e Câmara Corporativa, nº4, de 3 de Fevereiro de 1945. Na sessão de 6/2/1945, o presidente da Assembleia nomeia os deputados que farão parte da comissão de estudo desta proposta. São eles: Acácio Mendes Magalhães Ramalho, Amândio Rebelo de Figueiredo; António de Almeida, Artur de Oliveira Ramos, João Antunes Guimarães, Maria Luíza de Saldanha da Gama van Zeller, Mário de Figueiredo, Formosinho Sanches.

<sup>10</sup> *Boletim da Assistência Social*. N°4 e 5/Junho e Julho/1943.

estes doentes vinha aumentando desde 1939. Até 1939, o Estado tinha a seu cargo menos de um terço dos doentes mentais internados e deixava dois terços ao cuidado das instituições particulares, que auxiliava com subsídios. Mas, nos últimos anos, a construção de estabelecimentos psiquiátricos e o aumento de número de camas, levava a que a intervenção do Estado na assistência passasse a mais de metade destes doentes hospitalizados

Segundo este Estatuto (Lei nº1998, de 15 de Abril de 1944) toda a estrutura da assistência social assentava em três princípios basilares: a) a actividade assistencial pertence, em regra, às iniciativas particulares, incumbindo ao Estado e às autarquias, sobretudo, orientar, promover e auxiliar os seus generosos impulsos; b) não é em razão do indivíduo isolado, mas principalmente em ordem à família e a outros agrupamentos sociais, que toda a assistência deve orientar-se; c) é socialmente mais eficiente e economicamente mais útil prevenir os males do que vir a procurar-lhes remédio. Daqui decorre que a assistência social propõe-se valer aos males e deficiências dos indivíduos, sobretudo pela melhoria das condições económicas, morais ou sanitárias dos seus agrupamentos naturais, e para esse efeito organiza coordena e assegura o exercício de actividades que visem esse fim (Base I). Na sua actividade profilática de ordem sanitária, a assistência social apoiaria de forma especial a acção de defesa contra, entre outras, as doenças e anomalias mentais (Base VII), através de, designadamente, clínicas psiquiátricas, colónias agrícolas para loucos, hospícios de convalescentes e incuráveis (Base XIV). O Estatuto definia as responsabilidades pelos encargos de assistência (Bases XX, XXI e XXII), que recaiam nos próprios assistidos, suportando a economia familiar as despesas, dentro das posses averiguadas por inquérito assistencial, e em caso de insuficiência pelo Estado e outras entidades oficiais. Logo a seguir a Direcção Geral de Assistência fixava os preços dos serviços prestados nas consultas externas do Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa <sup>(11)</sup>, designadamente o preço de consultas (incluindo os atestados de doença mental), tratamentos e exames laboratoriais, banhos (de limpeza, medicamentosos e terapêuticos).

Em Novembro de 1947, foi publicado o decreto-lei <sup>(12)</sup> que reorganizava os serviços de assistência social com o fim de os reajustar aos princípios definidos no Estatuto da Assistência Social. Este diploma criava, entre outros, o Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, órgão consultivo na orientação da política de assistência social, funcionando por secções entre as quais a de Assistência psiquiátrica e higiene mental, e órgãos de coordenação da assistência com a designação de institutos. Relativamente à psiquiatria apenas refere as competências dos centros de assistência psiquiátrica, remetendo as regras do seu funcionamento para a legislação de 1945. Com base no decreto-lei atrás mencionado veio a ser criado, em 1958, o Instituto de Assistência Psiquiátrica. Quando na maioria dos países da Europa, o Estado assumia a responsabilidade pelos cuidados de saúde, em Portugal o Estatuto da Assistência Social marcava a continuação da responsabilidade da iniciativa particular e da intervenção do Estado a título supletivo. A mortalidade infantil, as doenças infecto-contagiosas, as faltas de assistência médica, etc. atingiram cifras comparáveis às observadas noutros países da Europa no fim do século XIX (Sampaio, 1981, p.78).

#### A LEI 2006 DE 11 DE ABRIL DE 1945

Antes da Lei 2006 de 11 de Abril de 1945 outras leis tinham sido promulgadas com o fim de organizar os serviços de assistência psiquiátrica em Portugal que por razões diversas, sobretudo de ordem financeira, não tiveram êxito. A primeira lei de assistência psiquiátrica data de 1899 (lei Sena). Dividia o país em quatro círculos para efeito de admissão de doentes; previa a construção de quatro hospitais, dois para ensino, e enfermarias psiquiátricas anexas às penitenciárias centrais, criava um fundo de beneficência pública dos alienados para o financiamento dos serviços; previa a construção de quatro manicómios e asilos para oligofrénicos. Esta lei não teve completa execução devido a dificuldades financeiras e administrativas. A organização da assistência psiquiátrica continuava rudimentar e os largos programas de assistência, a despeito de todas as boas vontades, não tinham tido realização prática. A assistência psiquiátrica tinha chegado a uma situação de apavorante inferioridade, em contraste com a situação noutros sectores (Amaral, 1952, p.136). O mesmo

<sup>11</sup> Diário do Governo, I Série, nº 260, de 22/11/1945

<sup>12</sup> Decreto-Lei nº35 108. Diário do Governo, I Série, Nº 247, de 7 de Novembro de 1947

aconteceu e pelas mesmas razões, com o Decreto nº116 de 11 de Maio de 1911 (Diário do Governo nº111, 13/5/1911), redigido por Júlio de Matos e que lançava as bases da organização da assistência, prevendo o funcionamento de consultas externas, a criação de clínicas psiquiátricas para doentes agudos, regulava, em bases jurídicas, a organização dos processos relativos à admissão e alta dos doentes, criava asilos para doentes crónicos, asilos criminais, colónias agrícolas (Fernandes, 1950). Deve-se também a Júlio de Matos, graças ao grande prestígio que gozava junto dos governantes do regime republicano, a iniciativa da edificação de um novo manicómio dotado dos requisitos de um hospital moderno, capaz de satisfazer conjuntamente às exigências da assistência, do ensino e da investigação científica (Fernandes, 1943). Todavia, iniciada em 1914 numerosas vicissitudes, entre elas a I Grande Guerra, prolongaram de tal forma a sua construção que em 1932 ainda não estava pronta. A decisão do governo, em 1933, de acabar a construção do hospital, obrigou à revisão do primeiro projecto em consequência dos progressos da psiquiatria que tornaram obsoletas algumas das concepções que lhe tinham servido de base. A novos métodos tinham de corresponder instalações apropriadas (Fernandes, 1943).

No I Congresso da União Nacional, em 1934, Bissaya Barreto tinha apresentado a comunicação Assistência aos Loucos em Portugal. Solução do Problema, no qual expunha o seu programa da Profilaxia Mental e da Assistência aos alucinados em Portugal. Segundo este programa deveriam ser criados: Dispensários, órgãos indispensáveis à profilaxia das doenças mentais, em Lisboa, Porto e Coimbra, tendo anexo um serviço Social; uma Clínica Psiquiátrica, junto das clínicas escolares das Faculdades de Medicina, para tratamento dos portadores de doenças agudas; construído, no centro do país, um Hospital-Asilo-Colónia (o Hospital para os psicopatas em crise aguda, o Asilo para os inválidos, incapazes de uma vida activa, a Colónia para os que possam viver em regime de liberdade quase completa), com oficinas diversas que possam ocupar a actividade dos doentes. Este estabelecimento não deveria ter mais de 500 leitos, nem deveria ser o clássico asilo, casa de reclusão, onde os alienados vivessem abandonados aos seus hábitos e na mais funesta ociosidade, mas antes seria uma Colónia Agrícola de tipo moderno “verdadeiro fanlistério onde grandes massas de enfermos e psicopatas, repartidos por vários pavilhões, rodeados de jardins e campos de cultura, se mostram aptos a viver, em semi-liberdade e como membros de uma Sociedade disciplinada, uma existência laboriosa e ordenada”. Além destes, seria necessário um Serviço de hospitalização livre, para observação e tratamento; um Serviço de assistência a menores anormais; um Manicómio Judiciário, para receber os loucos criminosos e os criminosos que enlouquecem. Termina propondo que se organize já o arsenal antipsicopático de que Coimbra carece, formado pelos serviços acima referidos e que se actualize e complete o serviço actualmente existente em Lisboa e Porto (p.148-149). Algumas das propostas de Bissaya Barreto aparecem na proposta de lei que virá a ser aprovada em 1945.

Mais tarde, em 1958, Barahona Fernandes revelava que a nova proposta de lei se devia à persistência e saber de António Flores que, inspirando-se nos seus percursores, António Maria de Sena e Júlio de Matos, e animado pelo interesse do governo, planeou a mais nova e mais eficaz reforma da Assistência Psiquiátrica. Ainda, segundo Barahona Fernandes (1958), António Flores sabia bem que eram necessárias boas instalações hospitalares, que era necessário melhorar as condições de enfermagem, atender à parte administrativa das organizações hospitalares mas, acima de tudo, colocava a reforma da mentalidade de todos os trabalhadores, de maneira a utilizar todas as inovações da “Medicina mental”, que, em seu entender, representavam um progresso real que nos colocava a par dos países mais adiantados na assistência psiquiátrica. Quando tomou posse do cargo de Director do Hospital Júlio de Matos, António Flores, refere-se ao novo hospital como uma prometedora semente lançada à terra (...) cujas raízes se multiplicaram e estenderam a todo o país sob forma da notável legislação sobre assistência psiquiátrica há pouco aprovada pela Assembleia Nacional e que, acabada de regulamentar, (...) veio colocar o nosso país a par dos mais progressivos neste ramo de assistência <sup>(13)</sup>. Algumas das normas incluídas na legislação a que se referia incluíam o regime de hospitalização em regime aberto há muito praticado em clínicas universitárias alemãs e suíças e em serviços de outros países como, o Hospital Henri Rousselle, em Paris e o Maudsley Hospital com muito bons resultados. (Fernandes, 1943, p.68).

<sup>13</sup> *Boletim da Assistência Social*. 3º Ano/Nº27 e 28/Maio e Junho de 1945, p.107-109

A proposta das bases da lei de assistência psiquiátrica é precedida de um Relatório e acompanhada do parecer da Câmara Corporativa. O Relatório justifica e explicita a proposta, o parecer analisa o articulado e apresenta alterações. A lei tem como finalidade a acção profiláctica e defesa contra as doenças e anomalias mentais; as várias formas de assistência; os órgãos que a experiência tem revelado como mais adequados à sua execução e as normas referentes às garantias dos direitos individuais. Tanto o relatório da proposta de lei como o parecer da Câmara Corporativa recorrem aos dados estatísticos do censo de 1940, para mostrar a insuficiência da lotação dos estabelecimentos então existentes

Já no preâmbulo do Decreto-Lei nº31 345, de 27 de Junho de 1941, se fazia notar, que segundo o Anuário Estatístico de 1939 o número de doentes mentais era de 7.800 dos quais estavam internados 3.340 nos estabelecimentos existentes em 31 de Dezembro desse ano, distribuindo-se da forma seguinte:

Existência em 31 de Dezembro de 1939

	H	M
<i>Manicómio Bombarda (Lisboa)</i>	547	508
<i>Hospital Conde de Ferreira (Porto)</i>	342	311
<i>Casa de Saúde de João de Deus (Barcelos)</i>	112	---
<i>Casa de Saúde do Bom Jesus (Braga)</i>	---	93
<i>Casa de Saúde da Idanha (Belas)</i>	---	389
<i>Casa de Saúde do Telhal (Sintra)</i>	454	---
<i>Casa de Saúde da Ilha de S. Rafael (Angra)</i>	74	---
<i>Casa de Saúde da Ilha de S. Miguel (Ponta Delgada)</i>	72	---
<i>Casa de Saúde de S. João de Deus (Funchal)</i>	189	---
<i>Manicómio Câmara Pestana</i>	---	249
<i>Total</i>	<i>1790</i>	<i>1550</i>

Verifica-se assim que, no total dos doentes internados, 68,4% se encontravam em instituições privadas, embora subsidiadas pelo Estado ou pelas autarquias.

Referia-se, então, nos relatórios acima mencionados que, no censo de 1940, o número de doentes mentais era de "14.231, sendo previsível que, decorridos 4 anos, o número atingisse os 15.000 que eram apenas os declarados mas a situação é certamente mais sombria se se considerarem os anormais, psicóticos e psicopatias de início que em todos os meios pululam e a estatística desconhece. A capacidade <sup>(14)</sup> dos estabelecimentos oficiais e particulares, existentes no país e em funcionamento, distribuía-se do seguinte modo:

Estabelecimentos na dependência do Estado e administrativamente em regime de comparticipação

<i>Manicómio Bombarda</i>	<i>1 000</i>
<i>Hospital Júlio de Matos</i>	<i>300</i>
<i>Clínica Psiquiátrica de Coimbra</i>	<i>80</i>
<i>Total</i>	<i>1380</i>

Instituição subsidiada pelo Estado mas pertencente à Misericórdia do Porto

<i>Hospital Conde de Ferreira</i>	<i>600</i>
-----------------------------------	------------

<sup>14</sup> Embora não esteja explícito, presume-se que a "capacidade" se refere ao número de camas existentes.

Instituições de iniciativa particular

<i>Casa de Saúde do Telhal</i>	500
<i>Casa de S. João de Deus (Barcelos)</i>	250
<i>Casa de Saúde de S. João de Deus – Trapiche (Funchal)</i>	240
<i>Casa de Saúde de S. Rafael (Angra do Heroísmo)</i>	100
<i>Casa de Saúde de S. Miguel (Ponta Delgada)</i>	100
<i>Casa de Saúde da Idanha (Belas)</i>	400
<i>Casa de Saúde do Bom Jesus (Braga)</i>	100
<i>Casa de Saúde Portuense</i>	50
<b>Total</b>	<b>1740</b>

Contava-se com a abertura, a curto prazo, dos pavilhões asilares do Hospital Júlio de Matos (1000 camas) e com a colónia agrícola da Conraria (500 camas), o que perfazia um total 5 220, número manifestamente insuficiente, tanto mais que o Manicómio Bombarda e o Hospital Conde de Ferreira funcionavam com lotações excedidas e aplicavam ainda antiquados meios de contenção. O Hospital Conde de Ferreira a partir de 1930 <sup>(15)</sup> recebia para internamento doentes mentais, enviados pela Direcção Geral da Assistência Pública, em contrapartida do aumento de subsídio que lhe era concedido <sup>(16)</sup>. Juntando o número de camas do Hospital Conde de Ferreira, com as das instituições particulares (2 340) verifica-se que efectivamente o número de camas das instituições particulares superava, largamente o número de camas disponíveis nas instituições na dependência do Estado. Mas, faz-se notar no relatório, a assistência às doenças mentais não se resolve construindo simples depósitos de irresponsáveis confiados a guardas mais ou menos humanitários. A moderna assistência abrange além do tratamento adequado a recuperação clínica e social dos doentes e as medidas indispensáveis à defesa contra as suas reacções, o estudo e a efectivação da profilaxia e protecção higiénica da sanidade mental. Por isso é dada atenção especial à profilaxia e higiene mental. O condicionalismo da vida moderna, tanto nas grandes aglomerações urbanas, como na população rural, está multiplicando o número de doentes com perturbações da vida afectiva e da vida social, alcoolismo e outras perturbações para as quais não há qualquer forma de assistência organizada na fase em que o agravamento da doença pode ser sustado. Toda esta actividade preventiva ou de tratamento ambulatorio é confiada de modo especial às consultas externas dos dispensários. Também, no parecer da Câmara Corporativa se reconhece que prevenir a doença é mais prático e mais razoável do que pretender curá-la. A medicina preventiva abriu horizontes novos à humanidade, tanto na clínica geral como nos domínios neurológico e psiquiátrico.

#### ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Os dispensários centrais, situados em cada uma das três zonas em que se divide o país – norte, centro e sul - eram os órgãos de estudo, coordenação e propaganda de toda a actividade respeitante à profilaxia e higiene mental individual e colectiva dentro da respectiva zona. Aos dispensários regionais competirá descobrir e amparar os predispostos carecidos de protecção; adoptar medidas concernentes à vigilância dos que não sejam inofensivos para a vida e fazenda, próprias ou alheias; encaminhar para os dispensários centrais os que exijam diagnóstico mais cuidado e promover a colocação em asilos e colónias agrícolas regionais ou em regime familiar, gratuito ou subsidiado, dos que possam beneficiar dessa modalidade (meios familiares próprios ou adoptivos). É indubitável a acção funesta que sobre certos doentes mentais exerce a vida no seio da própria família, mas os elementos doentes não deixam de fazer parte dos agregados familiares e podem sofrer com o afastamento sistemático. Não deve por isso deixar-se perder o interesse da família pelos seus membros nem favorecer a degenerescência do sentimento familiar, geradora de uma espécie de eutanásia social. Os dispensários centrais representam no sistema proposto a primeira linha da assistência psiquiátrica. São o filtro por onde os doentes quando carecem de ser internados para observação demorada e tratamento intensivo passam do regime ambulatorio para o hospitalar, no parecer da Câmara Corporativa.

<sup>15</sup> Decreto nº18 839, de 10 de Setembro de 1930

<sup>16</sup> Hospital Conde de Ferreira, in *Jornal do Médico*, Nº333, Vol XIII, 11de Junho de 1949 e Nº334 de 18 de Junho de 1949.

Além da divisão do país em três zonas para efeitos da assistência psiquiátrica e da existência de dispensários centrais prevêem-se dispensários regionais, uma ou mais clínicas psiquiátricas para tratamento intensivo em regime aberto, estabelecimentos asilares que se tornem necessários para tratamento e recuperação dos doentes. A Câmara Corporativa propõe uma nova redacção para o quadro orgânico dos serviços.

## OS DOENTES

O relatório assinala as inovações no que respeita ao regime de tratamento, formas de admissão e garantias individuais dos doentes: o regime ambulatorio, o regime de socorro domiciliário ou em colocação familiar, o regime aberto ou hospitalar em que o doente conserva o uso das suas garantias individuais e o regime fechado ou asilar em que essas garantias são suspensas e condicionadas pelas indicações médicas ou pelas necessidades de ordem e segurança pública. O regime de socorro domiciliário para substituir o internamento em estabelecimento de assistência psiquiátrica, consistia em entregar o doente aos cuidados de uma família, com quem ele pudesse viver. A colocação familiar era conhecida e praticada desde há muito em diversos países: Bélgica, Alemanha, Escócia, França, Suíça, Hungria, Holanda, entre outros (Seabra-Dinis, 1955, (p 5-12). Prevêem-se três regimes diferentes: observação e tratamento em regime livre ambulatorio ou domiciliário; observação e tratamento em regime aberto; observação e tratamento em regime fechado para o qual se exige o atestado passado por dois médicos que não sejam parentes dos assistidos nem dependam ambos do mesmo estabelecimento ou serviço. A justificação médica para admissão em regime aberto consistirá em declaração do médico do dispensário central ou do médico do estabelecimento onde se efectuar o internamento. No seu parecer a Câmara Corporativa considera: que a garantia de liberdade individual com uma questão transcendente<sup>(17)</sup>, sendo imprescindível que a protecção da liberdade dos cidadãos esteja assegurada contra o grave risco de se poder lançar e manter em isolamento claustral, por erro ou até por dolo, pessoas mentalmente sãs. Não há razão alguma de hospitalizar os doentes mentais inofensivos e curáveis em condições diferentes daquela que beneficiem os enfermos de regime comum, privando-os das liberdades a que têm direito. Não é só a liberdade individual que se postula; vai nisso o interesse e a dignidade dos serviços, quer oficiais quer particulares em que se realiza o internamento de loucos; que a legislação em vigor em Portugal carece também, para o caso, de mais eficazes garantias; que o regime aberto se justifica por si próprio, pois os alienados quando não se tornam anti-sociais são doentes como quaisquer outros. O regime aberto tem a vantagem de libertar as clínicas do peso morto dos crónicos convertendo-as em clínicas vivas. A expressão manicómio com todos os lamentáveis preconceitos deve desaparecer da legislação portuguesa; discorda da disposição que dá ao director do estabelecimento poder soberano para decidir em casos de recusa da alta e defende que o internado deve poder dirigir-se não apenas à Inspeção de Assistência Social mas também a uma autoridade estranha à própria ordem administrativa. A naturalmente indicada é o Ministério Público. Não basta defender a sociedade do louco; é preciso também, sob certos aspectos, defender o louco da sociedade.

## A ERGOTERAPIA

Tanto o relatório como o parecer da CC reconhecem a ergoterapia como uma forma de terapêutica de comprovada eficácia para a recuperação social e humana de maior número de assistidos. São referidos e elogiados os bons resultados obtidos no Hospital Júlio de Matos, com a coadjuvação técnica de sete enfermeiros e sete enfermeiras suíças, e que iriam ser adoptados na Colónia Agrícola em construção, já que para muitos doentes crónicos os trabalhos de campo constituem a ergoterapia de eleição. A Câmara Corporativa entende deixar consignado que quando o trabalho for produtivo deve reverter para o assistido uma parte do seu produto.

<sup>17</sup> A Carta da ONU, assinada em São Francisco, em 26 de Junho de 1945, proclamava no seu preâmbulo a crença nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e valor da pessoa humana, na igualdade dos direitos dos homens e das mulheres..... A Declaração Universal dos Direitos do Homem foi adoptada três anos mais tarde, em 10 de Dezembro de 1948, mas só em 16 de Dezembro de 1966 são adoptados e postos à assinatura, os dois instrumentos que definiam com maior precisão os direitos que ela contém e que obrigam os Estados signatários a respeitar e fazer respeitar: o pacto relativo aos direitos económicos, sociais e culturais; e o pacto internacional relativo aos direitos civis e políticos. A Declaração Universal dos Direitos do Homem é aplicada a todos os Estados membros da ONU e cobre todos os direitos do homem: civis, políticos económicos, sociais e culturais. Duas conferências mundiais reafirmaram esta universalidade: a proclamação de Teerão, em 1968 e a declaração final e o programa de acção de Viena, em 1993 (*Le dictionnaire historique et géopolitique du 20ème siècle*. Paris: La Découverte, 2003).

#### Instituições Particulares

O relatório da proposta de lei do governo bem como o parecer da Câmara Corporativa lembram o papel importante das instituições particulares na assistência psiquiátrica. Os bons serviços destas instituições devem ser fomentados sem que lhes sejam vedadas outras actividades, para as quais tenham condições, reconhecendo-lhes a autonomia administrativa que lhes couber, mas sempre sob tutela orientadora, coordenadora e fiscalizadora do Estado. Todavia, considerava a assistência privada no nosso país, bastante reduzida nas suas capacidades.

#### RECURSOS

O Estado, para execução das medidas que na proposta se descrevem, terá de exercer em larga escala a sua função supletiva, suportando o maior peso dos encargos da obra de assistência a realizar. Faz notar a Câmara Corporativa, no seu parecer, que as medidas propostas são excelentes mas permanecerão como simples aspiração generosa se não houver hospitais nem asilos, nem colónias agrícolas, nem médicos nem enfermeiros, nem aparelhagem clínica suficiente para converter a aspiração em realidade. As bases constituem o programa a que terá de seguir-se a acção. Propõe alterações no sentido de ser possível contratar pessoal estrangeiro, quando não haja no país, e conceder bolsas de estudo ao pessoal médico e de enfermagem para tirocinar em centros de assistência de outros países, visto que uma das dificuldades de execução imediata do sistema proposto reside na impossibilidade de improvisar pessoal especializado para tantos serviços e sobretudo a falta de autoridades médico-psiquiátricas em número suficiente para o exercício de tantas funções superiores.

Também no relatório se reconhecia que não estavam disponíveis todos os recursos necessários para a execução de todas as medidas, especialmente no que respeitava ao pessoal. Não se podiam improvisar nem os médicos psiquiatras nem os enfermeiros especializados que eram necessários. Importava evitar o alargamento da assistência, à custa de pessoal que desconhecesse os novos métodos e o novo espírito da assistência aos doentes mentais. Isto só poderia conseguir-se exigindo que os novos estabelecimentos atendessem na sua primeira fase mais à finalidade da formação do pessoal do que ao aumento do número de assistidos.

A discussão da proposta de lei de assistência psiquiátrica na Assembleia Nacional teve início em Fevereiro de 1945. A discussão na generalidade foi feita em duas sessões<sup>(18)</sup> e as intervenções foram, na sua maioria, de deputados membros da comissão de estudo que aproveitaram a oportunidade para dar conhecimento das suas ideias e opiniões.<sup>(19)</sup>

Não faltaram os elogios aos membros do governo, nem ao relator do parecer da Câmara Corporativa, pela forma como era encarado problema da assistência psiquiátrica cujas linhas mestras permitem situá-lo no plano e nos quadros do mundo culto. Um dos intervenientes considerava que a leitura dos circunstanciados relatórios que antecederiam a proposta do governo, e o parecer da Câmara Corporativa dispensavam o desperdício de tempo e de palavras para a sua discussão na generalidade. Apesar do tom geral de aprovação, presente em todas as intervenções, não deixaram de ser feitos algumas observações discordantes, designadamente quanto à prioridade dada à assistência psiquiátrica visto que a mesma não vinha nos primeiros lugares no Estatuto da Assistência Social. Não havia, portanto, urgência no diploma em discussão, enquanto não estivessem regulamentados os que se referem à tuberculose, ao cancro, à lepra, ao sezonismo, aos quais o referido Estatuto dá preferência na sua seriação. As causas das doenças mentais foram objecto de longas considerações com recurso a vários autores e sublinhando os malefícios da vida moderna, do urbanismo, do alcoolismo, provocado por maus licores, a sífilis, a prostituição, a hereditariedade, entre outras. Os dados do censo de 1940 foram utilizados para demonstrar que o número de doentes mentais indicados estariam muito longe da realidade e que tendo em conta as estatísticas de países europeus com população semelhante, o número loucos declarados e dos portadores de anomalias e insuficiências mentais se elevará a 23.000 dos quais perto de metade carece de assistência imediata, para o que era manifestamente insuficiente a lotação de 5 220 camas.

A profilaxia das doenças mentais e o combate às suas causas foi outro dos aspectos que mereceu o apoio dos deputados, sem contudo deixar de ser acentuada a componente terapêutica

<sup>18</sup> Sessão nº140, de 20/2/1945 e Sessão nº141 de 21/2/1945.

<sup>19</sup> As intervenções foram de Maria Luiza de Saldanha da Gama van Zeller, António Rebelo Figueiredo, Acácio Mendes de Magalhães Ramalho, João Antunes Guimarães, António Almeida, Ranito Baltasar



e pedagógica e valorizada a criação e difusão dos dispensários, primeiro ponto de contacto com doentes, com fim profiláctico e de tratamento, que teriam grande alcance no tratamento dos doentes mentais e embora fosse uma medida cara, era absolutamente necessária e pagará em capital social o que se despende com ela.

É considerada como uma das grandes virtudes sociais da proposta a adopção do regime aberto que já há alguns anos era seguido no Hospital Júlio de Matos e no Hospital Conde de Ferreira, embora se discorde da instalação num mesmo edifício de serviços de regime aberto e de regime fechado. Quanto aos serviços de socorro domiciliário ou de colocação familiar, medidas novas entre nós, mas que noutros países tinham obtido bons resultados eram vistos como prematuros, pois não tem ambiente nem o povo está preparado para ela. As referências à ergoterapia eram sempre associadas a elogios ao Hospital Júlio de Matos pelo trabalho que ali se vinha desenvolvendo, encarecendo o seu papel terapêutico.

A falta de pessoal em quantidade e qualidade foi uma questão que não escapou aos deputados intervenientes, sendo unânime a opinião que era o principal obstáculo à execução da proposta. O pessoal para estes serviços não se improvisa e reforçando esta afirmação foram dados os exemplos da Suíça e da Inglaterra. Nenhum dos deputados deixou de lembrar que o número de psiquiatras e de enfermeiros especializados era insuficiente para as necessidades e que era necessário começar imediatamente a sua preparação, concedendo bolsas de estudo e oportunidades de estagiar em centros psiquiátricos nacionais ou estrangeiros e, sobretudo, assegurar-lhes remuneração condigna. Sem a preparação do pessoal médico e de enfermagem, o espírito renovador da proposta em discussão jamais alcançará a plenitude dos seus objectivos.

Foram feitas várias referências à acção benemérita de várias instituições particulares de assistência designadamente as de carácter religioso, que já tinham pessoal preparado e que estava provado que é socialmente mais perfeito que a prestação de assistência caiba à iniciativa particular, muito embora auxiliadas, tuteladas e fiscalizadas pelo Estado.

Dois dos deputados chamaram a atenção do governo para a insuficiência de serviços de assistência psiquiátrica nas colónias, designadamente em Moçambique.

Seguiu-se a discussão na especialidade que apenas suscitou a intervenção de três deputados com observações que nada acrescentaram sobre o conteúdo e apenas se dirigiam à redacção de algumas das bases.<sup>(20)</sup> A proposta foi aprovada com as alterações introduzidas quer pela Câmara Corporativa quer pela comissão de estudo.

Segundo Almeida Amaral (1952) esta lei acolhia os princípios definidos no Estatuto de Assistência Social de 1944, valorizando as actividades preventivas ou recuperadoras e tinha presente que as funções do Estado e das autarquias eram normalmente supletivas das iniciativas particulares que ele devia orientar, tutelar, favorecer, sem no entanto, se afastar da sua obrigação em suprir as faltas e as insuficiências. Considerava o autor que o apagamento da iniciativa particular seria caminhar para uma situação de asfixia económica por tributação exagerada que a nação não comportaria, seria criar uma excessiva burocratização da assistência impeditiva do seu melhor rendimento (p.136-137).

Em 18 de Abril do mesmo ano, foi publicado o Decreto nº 34 502, que põe em execução e regulamenta a lei da assistência psiquiátrica. Determina que para efeitos de assistência o país se divide em três zonas: norte, centro e sul, definindo o respectivo âmbito geográfico e criando os centros de assistência psiquiátrica; discrimina os organismos que em cada zona asseguram a prestação da assistência e respectivas competências; refere o socorro domiciliário ou a colocação familiar, como alternativa ao internamento; cria cursos e estágios pós-escolares para formação, ou aperfeiçoamento de pessoal médico, de enfermagem e de serviço social; estabelece regras para a nomeação, funções e remuneração do pessoal médico, de enfermagem, define o regime administrativo dos estabelecimentos oficiais integrados nos centros, designadamente a responsabilidade pelos encargos da assistência prestada aos doentes; regulamenta a admissão e alta dos doentes em regime ambulatorio e em regime de internamento (aberto ou fechado) e estabelece algumas regras para o funcionamento das instituições particulares. Na sequência deste é aprovada e publicada a Tabela das pensões pagas pelos doentes internados nos Hospitais de Júlio de Matos e de Sobral Cid e Asilo Psiquiátrico Miguel Bombarda<sup>(21)</sup>. Esta tabela estabelecia o valor da "pensão" diária de acordo

<sup>20</sup> Arnaud Pombeiro, Alberto Cruz, Acácio Mendes.

<sup>21</sup> Diário do Governo, I Série, nº216, de 27/9/1945, p.776-777

com a classificação de “pensionista<sup>(22)</sup>” e de “porcionista”, estabelecendo os critérios de inclusão dos doentes em três grupos dentro da categoria de porcionista.

Ainda nesse ano foram publicados os decretos que regulamentavam o centro de assistência psiquiátrica da zona sul e do centro de assistência psiquiátrica da zona centro (Decreto nº34 534, de 26 de Abril de 1945 e Decreto nº34 547, de 28 de Abril de 1945, respectivamente). O regulamento do centro de assistência da zona norte só será publicado no ano seguinte (Decreto nº36 049, de 18 de Dezembro de 1946).

Em 1949, uma brochura do Subsecretariado de Estado da Assistência Social, destinada a enaltecer o governo de Salazar, no que se referia à assistência psiquiátrica, enumera os serviços já em funcionamento: os Centros de Assistência Psiquiátrica; a criação de 19 dispensários na zona sul, 10 na zona centro e 10 na zona norte; a existência de brigadas móveis; o aumento do número de camas nos estabelecimentos psiquiátricos; a criação de escolas de enfermagem psiquiátrica em Lisboa, Porto e Coimbra, frequentados por algumas centenas de alunos; o aumento da percentagem de doentes curados, o aumento das verbas consignadas no Orçamento de Estado para a assistência psiquiátrica que teriam passado de 5 049 contos em 1930, para 22 274 contos em 1948. A terminar assinala a diferença entre as reformas de 1899 e 1911 e a de 1945, afirmando que se não houvesse outras diferenças uma coisa as distinguiria “as primeiras não passaram das páginas do Diário do Governo e por isso não tiveram qualquer projecção na assistência ao mais dramático dos infortúnios; pelo contrário a reforma de 1945, regulamentada oito dias depois da aprovação da Lei, começou, desde logo, a ser executada sob todos os seus aspectos” (p. 42).

#### PERSPECTIVAS E LIMITAÇÕES

Com a esperança de que a marcha se não suspenda num caminho já iluminado por tão belos padrões que nem a má fé, nem o facciosismo poderão negar algum dia, aguardamos que novas realizações se venham juntar àquelas que já fazem acreditar a Lei 2 006 como a mais científica, a mais dinâmica, a mais revolucionária e a mais útil que em favor dos alienados se publicou em Portugal, desde que em 1848 o Marechal Saldanha criou pela primeira vez um hospital de alienados. (Amaral, 1952, p.163). Assim terminava Almeida Amaral um artigo publicado no Boletim da Assistência Social.

A Lei nº 2006 abria boas perspectivas para a assistência psiquiátrica mas a sua execução deparava com grandes limitações, designadamente, recursos humanos e financeiros. Sem deixar de reconhecer os seus aspectos positivos e as concepções da moderna psiquiatria que a fundamentava, vários psiquiatras não deixavam de, no decorrer da sua vigência, fazer notar a lentidão com que era aplicada, especialmente no que respeitava à construção dos estabelecimentos ali previstos, e, a partir de determinada altura a necessidade da sua alteração. À semelhança do que já funcionava no Hospital Júlio de Matos, a Lei 2006 promoveu o alargamento da ergoterapia a todos os estabelecimentos de assistência a doentes mentais (Base X). Com vista à introdução da sua prática no Hospital Miguel Bombarda o seu director<sup>(23)</sup>, acompanhado do enfermeiro-chefe<sup>(24)</sup> fez uma viagem de estudo à Suíça (1945), visitando alguns estabelecimentos onde a ergoterapia tinha atingido um alto nível. Os doentes do então Asilo Psiquiátrico Miguel Bombarda, segundo as palavras do director, constituía uma comunidade quase anárquica, e sem ocupação sistematizada, isto apesar da existência de oficinas e de campo aproveitável para trabalhos agrícolas. Viviam em condições de inferioridade social, em ociosidade ou em vadiagem através da cerca. Do relatório<sup>(25)</sup>, então apresentado à Direcção Geral da Assistência constam algumas sugestões, num sentido de colaboração tendente a favorecer a evolução dos serviços de psiquiatria. É então sugerida a multiplicação de estabelecimentos psiquiátricos em número suficiente para o internamento e

<sup>22</sup> Os pensionistas (de 1ª e 2ª classes) deviam pagar todas as despesas de internamento, conforme o quarto e pagavam todos exames de diagnóstico e tratamentos. Os porcionistas eram classificados em 3 grupos: o 1º abrangia os indigentes e os pobres pertencentes a famílias de baixos recursos; o 2º era constituído pelos indivíduos cujo rendimento do agregado familiar não excedesse 900\$00 por mês; o 3º incluía os indivíduos cujos rendimentos, familiar e outros, não fossem superiores a 1500\$ mensais. Os porcionistas pagavam 25, 50 ou 75% da tabela normal dos pensionistas.

<sup>23</sup> Manuel de Almeida Amaral

<sup>24</sup> Enfermeiro-chefe Palma

<sup>25</sup> O relatório foi publicado no *Boletim da Assistência Social*. Ano 5º. Nº 50 a 52. Abril a Junho, e Nº 56 a 58. Outubro a Dezembro, 1947

tratamento de uma população de doentes mentais que não deve ser inferior [...] a 25 000, construídos e apetrechados segundo os padrões mais modernos; modernização dos antigos estabelecimentos; a mudança do nome, para hospitais, de todos os estabelecimentos destinados ao tratamento de doentes mentais reservando a designação de asilo para os estabelecimentos destinados a doentes incuráveis; a organização da colocação em famílias de alguns doentes; a formação de médicos e enfermeiros adaptada às modernas concepções da terapêutica activa; número de médicos e enfermeiros conforme ao número de doentes; o pessoal de enfermagem, especialmente feminino, devia habitar no estabelecimento; a direcção do estabelecimento devia ser unitária de modo a que o director possa conciliar os interesses da administração e o bem dos doentes; regulamentação do trabalho dos doentes para impedir atritos com as organizações profissionais, autorização de compra de matérias-primas e de venda dos produtos manufacturados pelos doentes no mercado; recompensa aos doentes utilizados na ergoterapia, expansão dos serviços de assistência social através de, designadamente associações de patronato aos doentes mentais; fomentar através da imprensa a fundação de obras de assistência social de protecção dos loucos.

Na inauguração de obras de adaptação do Asilo Psiquiátrico de Miguel Bombarda (17/07/1947), o Director, usando da palavra na presença do Ministro do Interior e do Subsecretário da Assistência, descreve a situação deplorável em que o estabelecimento se encontrava, antes de executados os melhoramentos, nos seguintes termos: Ao espectáculo confrangedor da decadência das instalações tipo carcerário, insuficientemente reparadas durante dezenas de anos [...] juntava-se uma desorganização total da vida dos doentes internados, fora das modernas concepções da psiquiatria. Mais de um milheiro de doentes pululavam [...] excedendo de longe a lotação [...]. Rotos na sua maioria, descalços, quase todos, os doentes apresentavam um aspecto miserável, reduzidos a um nível inferior de dignidade humana. Alguns coletes de força emprestavam ao ambiente um tom medieval [...]. É facto que alguns doentes trabalhavam, mas apenas aqueles que, pela utilidade do seu trabalho, davam benefício à economia hospitalar (p.151-152). Nesta situação desoladora da assistência psiquiátrica surge, segundo o orador, um raio de luz brilhante, a Lei 2006 e outra legislação complementar, onde o problema foi tratado de um modo actualizado não só no que respeita à assistência psiquiátrica mas também quanto à formação do pessoal técnico e ao estabelecimento de directrizes quanto à profilaxia e higiene mental (p.154) e, na sequência destas palavras, enumera os melhoramentos que foi possível introduzir na instituição graças ao apoio do governo, em especial do Subsecretário da Assistência. De igual modo, as comemorações do Centenário deste Hospital (1948) dão oportunidade para louvar os progressos na assistência psiquiátrica depois de 1945, dando relevo não apenas a factos relacionados com o funcionamento do Hospital, mas também em relação à situação geral no país, designadamente ao maior número de estabelecimentos prestadores de cuidados, como a evolução progressiva da despesa com a assistência psiquiátrica suportada pelo Governo.

O Director do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Sul expressa a sua gratidão ao Governo da Nação pelo que tinha feito nos últimos anos para o desenvolvimento da assistência psiquiátrica que ninguém podia negar (p.61). Assinala as diferenças que ocorreram por efeito daquela lei e chama a atenção para "Saúde Mental, base de toda a educação futura", salientando a necessidade de se pensar nos problemas de higiene mental, que se deve dirigir "cada vez mais às massas, aos grupos sociais e profissionais e a necessidade urgente de favorecer e facilitar a formação de técnicos competentes – médicos-psiquiatras, trabalhadores sociais e enfermeiros (p.65-66). O Subsecretário da Assistência Social aproveitou a oportunidade para recordar os três pilares em que, em sua opinião, assentava a assistência psiquiátrica: a acção profiláctica, o regime aberto e a terapêutica de ocupação e trabalho. Afirmou ainda que o aumento e melhoria das instalações hospitalares, a criação de novos serviços e dispensários, o alargamento da rede de consultas tinham como objectivo a despiagem rápida, o tratamento precoce, a cura clínica e readaptação do maior número de doentes (p.222-223).

Num extenso artigo publicado em 1950, Barahona Fernandes<sup>(26)</sup> considerava que a Lei nº2006 de 11 de Abril de 1945 tinha aberto largas perspectivas para a assistência psiquiátrica. Fundada na experiência prática do Hospital Júlio de Matos, relativamente ao Dispensário de Higiene Mental, Serviço Social, regime aberto de internamento e à terapêutica ocupacional, esta Lei visava não apenas o aumento de leitos mas também uma nova orientação para a assistência aos doentes mentais,

<sup>26</sup> A Psiquiatria em Portugal. *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol II, Nº2, Agosto, 1950

abrangendo a acção profiláctica, terapêutica e pedagógica (p.316). A abertura de novos serviços foi um estímulo para o desenvolvimento da especialidade, elevando o número de médicos especialistas, dando-lhes condições de trabalho, e favorecendo o progresso da enfermagem especializada (p.347). Todavia, o ritmo de abertura dos novos estabelecimentos devia ser mais rápido para corresponder às necessidades da assistência, progressivamente crescente, pela acção esclarecedora dos dispensários e as exigências da população; a campanha de higiene mental tinha de ser mais activa e estabelecer ligação com outras entidades sociais, educativas e culturais; a concentração de tantas funções nos "Centros" hipertrofiava a burocracia e diminuía a maleabilidade e independência de acção dos hospitais, embora a sua acção coordenadora fosse de utilidade (p.317). Considerava que o problema mais grave era o da superpopulação, consequência inevitável da insuficiência do número de leitos, esforçando-se as direcções dos hospitais por limitar as admissões, pois a acumulação de doentes subvertia todos os progressos da instituição. Eram insuficientes os lugares para doentes crónicos e para os doentes melhorados que não podiam ter alta em curto prazo. Reforçava, também, a urgência da criação de Colónias Agrícolas e também de Asilos e hospícios para débeis, idiotas ineducáveis, psicopatas, inválidos, e a compensação destas deficiências pelo desenvolvimento da rede de dispensários e consultas externas, que mantinham numerosos doentes em tratamento ambulatorio sob vigilância dos serviços externos de enfermagem e de serviço social, da assistência familiar, com ajudas financeiras a doentes em tratamento, da concessão de medicamentos, assim como do projecto de colocação familiar (p.321).

A colocação familiar prevista na lei nº 2006, de 11/4/1945 (Base I) e no Decreto nº 34 502, de 18/4/1945 (artº18) não tinha tido grande utilização embora os serviços do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Sul (Hospital Júlio de Matos) tivessem mantido alguns doentes sob esse regime (Seabra-Dinis, 1955). Seabra-Dinis considera a colocação familiar como um complemento da assistência psiquiátrica, absolutamente indispensável, entre outras razões, por ser económico. Mas, segundo o autor, era necessário empreender alguma experiência de mais vasto alcance dada a necessidade urgente de alargar a assistência psiquiátrica pois que apesar do importante surto dos últimos anos, há poucos hospitais e muitos doentes (p.3). Esta situação era vivida com angústia pelo médico psiquiatra que diariamente se confrontava com a impossibilidade de conseguir internar a maioria dos doentes em situação de urgência (p.4). O número de camas era insuficiente para os doentes mentais existentes, pelo que qualquer honesto ensaio de colocação familiar não deixará de ser bem-vindo e alcançar marcado êxito, na medida em que vem ajudar a resolver, em larga escala, o magno problema da assistência psiquiátrica. Por outro lado a colocação familiar podia em certos casos ser o melhor meio terapêutico, que o hospital não era capaz de proporcionar (p.12). Considerava que era possível estabelecer um sistema de colocação familiar semelhante a alguns que há longo tempo existiam na Europa.

Dois anos passados sobre a criação do Centro de Assistência Psiquiátrica [Junho de 1945] o Boletim da Assistência Social <sup>(27)</sup> publicou um pequeno resumo da sua actividade em que avulta a dos nove dispensários que funcionavam em Lisboa e nos distritos de Santarém, Torres Vedras, Sintra, Cascais, Setúbal e Évora, com indicação do horário das consultas [uma vez por semana nos dispensários de Lisboa, uma vez por mês nos dispensários das outras localidades]. Dá especial relevância à gratuidade dos medicamentos a doentes pobres, à concessão de subsídios, à acção do serviço social e à formação de pessoal de enfermagem a cargo de uma escola de Enfermagem que funciona junto do Centro cujo de número de inscrições para frequência do curso de enfermagem psiquiátrica não tinha atingido o número indispensável para o seu funcionamento.<sup>(28)</sup>

Num artigo que publica em 1952, Almeida Amaral fazia um balanço altamente positivo da evolução dos serviços de psiquiatria, durante os 6 anos de execução desta Lei 2006, dando relevância aos aspectos que considerava inovadores, utilizando alguns indicadores da evolução de 1926 a 1950, designadamente os respeitantes à actividade dos serviços, financiamento, formação de pessoal de enfermagem e de pessoal médico. Face à experiência e à evolução constante da Psiquiatria, e considerando a orientação da Organização Mundial de Saúde preconizada para a assistência psiquiátrica, apontava a necessidade de rever alguns aspectos e fazia algumas propostas que apelidava de cautelosas e com o sentido das realidades, tendo em vista as necessidades e os

<sup>27</sup> Nº 56 a 58. Outubro a Dezembro, 1947

<sup>28</sup> Cf. Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Sul: sua acção e seu desenvolvimento

tempos difíceis, e não se afastando das possibilidades orçamentais (p.149). Nas propostas com que terminava o artigo preconizava a prioridade para as medidas profiláticas e da Higiene Mental, quanto à introdução do seu ensino na formação de professores, médicos assistentes sociais e enfermeiros e ao estudo das medidas necessárias à manutenção da saúde mental, nomeadamente em ambiente de trabalho. Defendia também que os conhecimentos da Psiquiatria deviam ser utilizados para prevenir a criminalidade e ao mesmo tempo tratar os delinquentes, reduzir a morbilidade das toxicomanias, fiscalizar a publicação de livros, evitando a divulgação de temas eróticos, agressivos ou psicopatológicos, assim como a vigilância no mesmo sentido do cinema, do teatro e da rádio (p.160).

O relatório de sobre a Assistência Psiquiátrica no Norte de Portugal, publicada pelo director do Centro de Assistência da Zona Norte (CAPZN) e abrangendo os anos de 1946/47 a 1952, mostra quanto eram escassos os recursos para a execução da lei 2006. Apesar deste relatório dizer respeito apenas à zona norte, é legítimo pensar que na zona centro e na zona sul a situação não seria muito diferente. Em Palavras prévias, dizia o autor: Não queríamos que este relatório caísse na rotina burocrática (...) que se esvaísse e ficasse enterrado no cemitério dos arquivos numa repartição – o pedaço de alma angustiada que nos traz a escrevê-lo (p.5). Começava por afirmar que o Centro de Assistência Psiquiátrica do Norte não estava desempenhar condignamente as suas funções. (...) é raquítico: não dispunha dos meios de que carecia. Em 1947, gritou ao Governo a sua fome de hospitais e asilos para internar doentes. Passados 6 anos, não tinha um único estabelecimento de internamento e cada vez eram maiores as necessidades de assistência ambulatória” (p.6).<sup>(29)</sup> Nos quadros sobre o rendimento funcional quantitativo do Centro, apresentava diversos dados sobre o movimento assistencial tanto das consultas externas como do serviço social e do internamento, concluindo que, no período em apreço, o que o CAPZN fez, praticamente sem aumento de despesas para o Estado foi, quantitativamente notável (p.12-15). Parece-me de grande interesse transcrever algumas das suas considerações sobre a actividade do dispensário e sobre o internamento hospitalar. Quanto ao dispensário: O trabalho (...) é árduo, intenso e difícil. Exige dos médicos e dos enfermeiros qualidades especiais. Conhecimentos sólidos de psiquiatria clínica, deliberação e decisão prontas, sensibilidade e firmeza de carácter, muitíssima paciência, bom senso prático e espírito pedagógico. Mais ainda do que o trato com os doentes é difícil o trato com as famílias (...) Não concebemos missão mais bela do que a terapêutica e profilaxia dos defeitos, perturbações e doenças da Psique. Não há problema humano ou social que aqui não venha aflorar, em angústia ou em abandono, em miséria ou grandeza. Aqui se entrechocam – na clínica psiquiátrica ambulatória – a ingenuidade das mais belas teorias científicas de diagnóstico e terapêutica, com a dureza, quase cínica, da realidade prática. No que respeita ao internamento hospitalar são sobretudo problemas de ordem prática que se impõem. As participações económicas das famílias nas diárias hospitalares eram sempre difíceis de obter depois do internamento, o mesmo acontecendo com os doentes indigentes ou porcionistas e, por essa razão, o pagamento ao hospital devia ser antes do internamento, tanto pelas famílias como pelas Câmaras e Comissões de Assistência<sup>(30)</sup>. A verificação da necessidade psiquiátrica do internamento era um outro problema já que muitos dos atestados passados pelos médicos não psiquiatras, são quase sempre inconscientes e inadequados <sup>(31)</sup>. Uma vez cumpridas todas as formalidades o CAPZN não tinha onde internar os doentes o que tornava impossível dirigir um centro como este sem lotações hospitalares e asilares. Do que nos queixamos é de todas as entidades e pessoas responsáveis que, não podendo ignorar estas necessidades – não podendo

<sup>29</sup> A Base IV da Lei 2006, 11/4/1945 e o art.º 5º do Decreto nº 34502 de 18/4/1945 determinam que o serviço de cada zona, é assegurado por um centro de assistência psiquiátrica constituído por vários organismos, entre os quais, o dispensário central, dispensários regionais, hospitais psiquiátricos e clínicas psiquiátricas e asilos psiquiátricos. Até à abertura dos estabelecimentos previstos na Lei o CAPZN tinha contrato com estabelecimentos particulares – Hospital Conde de Ferreira no Porto; Casa de Saúde de S. João de Deus, em Barcelos; Casa de Saúde de Bom Jesus, em Braga; Casa de Saúde Portuense, no Porto – para internamento e tratamento de 600 doentes (p11)

<sup>30</sup> O artº 21º do Decreto nº34502, de18/4/1945 estabelecia que entre as receitas próprias dos estabelecimentos oficiais se incluíam “as pensões, as taxas de compensação ou remuneração, devidas por serviços clínicos pagos pelos assistidos, suas famílias, autarquias locais e outras entidades”.

<sup>31</sup> A Base XVII da Lei nº 2006, determinava que admissão em regime de internamento podia ser pedida pelo doente, pessoas de família ou entidades responsáveis pelos encargos de hospitalização e estabelecimentos de assistência e beneficência ou requisitada pelas autoridades judiciais, civis ou militares e que do processo devia constar a justificação médica, a identidade do requerente ou do requisitante e a do responsável pelos encargos da assistência. Para internamento em regime fechado eram necessários atestados passados por dois médicos tanto quanto possível psiquiatras.....

ignorar que o Centro Psiquiátrico do Norte não tem hospitais, nem asilos, nem colónias assistenciais para doentes mentais adultos e menores – continuam a solicitar, a pedir, a coagir o Centro a internar casos individuais, ou melhor, casos de recomendação individual (p.16-19).

Na segunda parte do relatório, eram apresentadas as necessidades de financiamento para poder assistir a 62% de doentes mentais da zona norte que estavam sem assistência, dos quais 350 necessitavam de tratamento ambulatorio, mais de 300 necessitavam de internamento clínico, mais de 1.200 careciam de internamento em colónia de reeducação ocupacional e, pelo menos, 800 inválidos mentais carentes de hospício (p.20-25).

Na terceira parte, tecia algumas considerações sobre questões que considerava pertinentes, sustentando que não há Estado algum no mundo que possa ou que deva custear e fazer toda a assistência psiquiátrica do seu Povo. Não é só dinheiro o que a assistência psiquiátrica deve solicitar ao Estado, mas é também, acção política, reforma social e orgânica que corrijam o comportamento da própria sociedade, proporcionando-lhe a possibilidade de uma assistência verdadeiramente eficaz e suficiente. Os serviços técnicos da assistência psiquiátrica oficial necessitam de ser acreditados e respeitados na responsabilidade profissional e na consciência política do seu próprio exercício, mas sendo insuficientes o número de médicos de que dispõem não devem ser solicitados pelos Serviços Judiciários para fazer para fazer peritagem junto dos tribunais (p.26-30).

O autor deste relatório conclui afirmando que, na Zona Norte, a assistência psiquiátrica melhorou desde 1946 mas não atingiu um nível de eficiência satisfatório e suficiente, pois apenas estavam satisfeitas cerca de 1/3 das necessidades e apesar dessas necessidades terem aumentado, o Estado entre 1947 e 1952 não aumentou o respectivo subsídio. A Zona Norte carecia de, pelo menos, mais quatro dispensários regionais, um hospital para internamento de doentes em fase aguda com 300 leitos, uma ou mais colónias de ocupação e prevenção social para 1.000 doentes mentais perigosos e parasitários, um ou mais asilos para 800 doentes mentais inválidos. Os seguros sociais contra a doença mental não eram eficientes, necessitando ser profundamente corrigidos, bem como devia ser aperfeiçoada a legislação que marcava os limites entre a assistência psiquiátrica e os serviços policiais, judiciais e prisionais (p.31-32).

Quando da inauguração de novas instalações do Hospital Miguel Bombarda<sup>(32)</sup>, o seu director (Amaral, 1953) enaltece os princípios da Lei 2006 que, em sua opinião, permitiu que a par da melhoria de instalações se verificasse um aumento progressivo do rendimento assistencial, podendo afirmar-se que se tem melhorado muito na sequencia de uma magnifica organização que o Governo da nação nos deu em 1945 e que permitiu apagar definitivamente a mancha negra da Assistência que representava o antigo Hospital de Rilhafoles, onde se despenderam importantes verbas em instalações. As instalações renovadas são dignas do espírito da renovação nacional e são “capazes de nos dignificarem perante o estrangeiro”. No final, solicita algumas providências para que o Hospital possa prosseguir na melhoria do seu rendimento: 1. que a capacidade do estabelecimento não volte a ser excedida; 2. a criação de um serviço de cirurgia; 3. a reconstrução da Capela.

Num artigo publicado em 1954, em que analisa as disposições legais ante os problemas da Psiquiatria, Barahona Fernandes também a opinião de um dos peritos da Organização Mundial de Saúde<sup>(33)</sup> (OMS) que participava no estudo comparativo da legislação reguladora da assistência psiquiátrica, em vários países, e que se havia deslocado Portugal. No dizer do citado perito, o psiquiatra francês Paul Sivadon, a OMS encarou com interesse os progressos introduzidos na Lei 2006 de 1945, que se mostra das mais progressivas e compreensivas. Nas suas reflexões pessoais de sentido construtivo o autor reconhece que na sua generalidade as disposições da lei facultam e incitam ao maior e mais fecundo desenvolvimento da assistência psiquiátrica, dão possibilidades de iniciar a tão desejada campanha de Higiene Mental, utilidade curativa, finalidade educativa e sentido do humano e social. Continuando a sua reflexão, assinala que a criação legal dos dispensários centrais e regionais, ligados a cada Centro de Assistência Psiquiátrica permitirá dar início à tão urgente campanha da Higiene Mental e realizar o estudo das condições etiológicas, médicas, sociais e morais das doenças e anomalias mentais e a sua profilaxia, em larga escala. No entanto, afirma

<sup>32</sup> Inauguração de um bloco de enfermarias em 22 de Outubro de 1953.

<sup>33</sup> A Organização Mundial de Saúde foi criada em Abril de 1948, com sede em Genebra. É uma instituição especializada das Nações Unidas e representa os esforços no sentido de estabelecer uma só organização intergovernamental para as questões de saúde. Assim, recebeu as funções das organizações então existentes, como o “Office International d’Hygiène Publique, Organisation d’Hygiène de la Société des Nations e da Division sanitaire de l’UNRRA.

que a atribuição aos Centros de funções de coordenação e fiscalização e a direcção e execução de consultas, [...] dispersa em vastíssimas áreas, dificultou consideravelmente a higiene mental. Por outro lado, considera desejável que os hospitais psiquiátricos tenham as suas consultas e assistência social próprias, sem necessidade de interposição sistemática dos Centros, que, apesar de todos os esforços, são necessariamente burocratizadas, e que admitam os seus próprios doentes, observados e tratados nas consultas. O socorro domiciliário e a colocação familiar dos doentes melhorados, que não carecem de permanecer nos hospitais, ainda não teve a necessária efectivação. É necessário habituar a população, de preferência rural, de determinadas áreas do país, a receber em suas casas doentes mentais e mantê-los, com um subsídio, ocupados em trabalhos domésticos e agrícolas. Por muito necessária que seja a necessidade de camas, todos os hospitais rejeitaram a designação de "Asilo" e criaram clínicas para doentes agudos, pois hoje já não é concebível em serviço tipo asilar como depósito de alienados incuráveis. Sugere também, para os doentes crónicos, um regime de hospital de dia onde pudessem trabalhar nos serviços de ergoterapia do hospital e conviver durante as horas de repouso e residir com a família ou em outras instituições. Nada na lei era contrário ao que preconizava, mas para isso eram precisos os meios. Na parte final do artigo Barahona Fernandes expressa o voto que à excelência da lei se vá seguindo, na execução, o progresso dos meios de acção que ela estatui (p.10) e ao terminar reiterando a sua posição escreve: Se a lei portuguesa de assistência psiquiátrica nos dignifica perante os outros países e alguns exemplos de boa assistência real demonstraram já as nossas possibilidades e não nos envergonham entre os países civilizados, aguardemos que as veras possibilidades das normas legais, adaptadas à evolução actual, se concretizem e efectivem em escala suficiente para bem da Saúde Mental do País (p10-11).

O estudo comparativo das legislações de assistência psiquiátrica, acima mencionado, foi iniciado pela OMS em 1953 e publicado em 1955. Mais de quarenta países<sup>34</sup> responderam ao pedido da OMS, enviando as suas leis reguladoras da hospitalização e tratamento dos doentes mentais e portadores de deficiência mental. Entre os países estudados e de legislação mais recente estava Portugal. A grelha de análise e comparação da legislação dos vários países era constituída pelos seguintes itens: Terminologia; Princípios que fundamentavam as leis em vigor; Modalidades de admissão e alta dos doentes; Tendências observadas nas leis e regulamentos. Este estudo mostra que Portugal, relativamente à admissão voluntária dos doentes e respectiva alta, tinha normas idênticas às da Austrália, Brasil, Finlândia, França, Holanda, Irlanda, Itália, Jugoslávia, México, Noruega, Nova Zelândia, Reino Unido, Rodésia do Sul, União Sul-africana, Uruguai, Vietname; e quanto à admissão de duração não especificada e decisão sobre a saída, as normas eram semelhantes às da Austrália, Bélgica, Brasil, Canada, Dinamarca, Egipto, Estados Unidos, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Luxemburgo, Jugoslávia, Noruega, Nova Zelândia, Suécia e Suíça.

A Lei 2006 previa que em cada zona existiria um centro de assistência psiquiátrica, constituído por diversos organismos entre os quais hospitais psiquiátricos. Em 1955, o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte, para o tratamento dos doentes tem de recorrer aos estabelecimentos particulares para o tratamento dos seus doentes. Apesar da sua eficiência o Centro só atinge 38% dos doentes que carecem de assistência e por isso era urgente que o Centro pudesse dispor de um estabelecimento hospitalar privativo, adequadamente apetrechado (Pereira, 1955). Desde 1953<sup>35</sup> que estava prevista a construção de um hospital psiquiátrico, no Porto, a que seria dado o nome de Magalhães de Lemos. O Hospital só foi inaugurado em 1962, pelo então Ministro da Saúde.

No discurso de tomada de posse como Director do Hospital Júlio de Matos (15/01/1955), Barahona Fernandes tece algumas considerações sobre o hospital como a materialização organizada das energias de acção médica, psicológica e social, que reconhece os que precisam de tratamento, os estuda e os cuida, com os meios de que dispõe – médicos, enfermeiros e enfermeiras, ergoterapeutas, assistentes sociais capazes e dedicados. Considera, então, urgente intensificar ao máximo todos os meios para aumentar o rendimento assistencial, e por isso o Hospital deve ter todos os recursos terapêuticos de profissionais e capacidade para os usar, assim como melhorar a articulação com Centro de Assistência Psiquiátrica. Ainda sobre o hospital, organização que vive segundo leis e regulamentos, diz em 1958, que ela vive do mérito das pessoas, não existe

<sup>34</sup> Entre os quais: Alemanha, Austrália, Bélgica, Brasil, Canada, Dinamarca, Egipto; Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Japão, Jugoslávia, Luxemburgo, México, Noruega, Nova Zelândia, Peru, Portugal, Suécia, Suíça, Reino Unido, Rodésia do Sul, União Sul-africana, Uruguai, Vietname

<sup>35</sup> Decreto-Lei nº 39 306, de 10 de Agosto

por si mesma e é um meio que serve um fim mais alto que a transcende – o bem dos doentes. Referindo-se aos hospitais psiquiátricos lembra que já passou o tempo dos guardas, vigiando doentes encarcerados, sem qualquer contacto pessoal, o tempo das casas dos orates, dos asilos de enfermos inactivos e sem esperança, o tempo do hospital prisão do hospital caserna.

E acrescenta que espera que em breve seja superada a turva concepção do hospital empresa, de regência não médica, que em má hora eclodiu, como reacção de certo desinteresse [...] de alguns médicos pelos assuntos de administração tão evitados de um espírito incompatível com a “ordem” médica. A eficiência administrativa não pode, em caso algum, ser a “norma” superior de um hospital, sob pena de da falhar a sua autêntica missão humana! Cumpre-nos denunciar, sem tibiezas, estes e outros erros do espírito hospitalar (p.5).

## CONCLUSÃO

A Lei 2006, de 11 de Abril de 1945 que visava organizar a assistência psiquiátrica era, segundo algumas opiniões das mais progressivas ao tempo da sua aprovação e tinha aberto largas perspectivas para a melhoria da assistência psiquiátrica e estimulou o desenvolvimento da especialização em psiquiatria. Em 1954, o perito da OMS considerava a lei como umas das mais progressivas e compressivas.

Até então a assistência psiquiátrica era maioritariamente prestada em instituições particulares, embora subsidiada pelo Estado.

A execução da lei implicava que o Estado assumisse o maior peso dos encargos e a responsabilidade de preparação de pessoal indispensável à prestação de cuidados e ao eficaz funcionamento dos serviços cujo número e qualificação estavam longe de corresponder às necessidades da época e ainda menos às que se previa necessárias para a sua execução.

No entanto, apesar do entusiasmo com foi acolhida, deparou desde o princípio com imensas dificuldades e limitações de ordem financeira que se reflectiam na lentidão da construção e abertura dos estabelecimentos previstos. O ritmo de abertura dos estabelecimentos previstos não foi suficientemente rápido para corresponder às necessidades o que significava número de leitos insuficiente para acolher todos os doentes, tanto para situações agudas como para doentes de evolução prolongada. As obras de adaptação da Colónia Psiquiátrica do Lorvão tiveram início em 1952 e só terminaram a em 1959, o Hospital Magalhães de Lemos, do Porto, criado em 1953 só viria a ser inaugurado em 1962. O desenvolvimento da rede de dispensários foi lento e longe do que seria desejável, o que não permitia o alargamento do número de doentes em tratamento ambulatorio. O socorro domiciliário, assim como a colocação familiar não tiveram expressão significativa.

A burocratização dos serviços e a excessiva dependência dos centros são apontados como uma limitação à maleabilidade e independência dos hospitais, tal como é criticada a concepção do hospital empresa que não pode ser a norma superior de um hospital. O financiamento era insuficiente para assistir a todos os doentes e a assistência não podia atingir um nível satisfatório.

Mesmo os que fazem um balanço positivo da lei viam a necessidade de rever alguns aspectos, entre os quais dar prioridade às medidas profiláticas. Só depois da criação do Ministério da Saúde e Assistência a lei foi alterada. Até lá foi vivendo com escassez de recursos financeiros, materiais e humanos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, J. – *Ao Serviço do Império V. O Estado Novo*. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1932, 141-162
- AMARAL, M. de A. – Discurso. No Asilo Psiquiátrico Miguel Bombarda. Os Srs. Ministro do Interior e Subsecretário da Assistência inauguraram melhoramentos e uma exposição de trabalhos dos doentes. *Boletim da Assistência Social*. Ano 5º. Nº53 a 55. Julho a Setembro 1947, 151-163
- Viagem de estudo aos estabelecimentos psiquiátricos da Suíça. Relatório. *Boletim da Assistência Social*. Ano 5º. Nº 50 a 52. Abril a Junho, e Nº 56 a 58. Outubro a Dezembro, 1947, pp.98-121 e 227-252
- Assistência Psiquiátrica. *Boletim da Assistência Social*. Ano 10º. Nº107 a 110. Janeiro a Dezembro, 1952, 135-163.
- A Remodelação do Hospital Miguel Bombarda e a Assistência Psiquiátrica, in *Anais Portugueses de Psiquiatria*, Vol. V, nº5, Dezembro de 1953
- Centenário do Hospital Miguel Bombarda. Antigo Hospital Rilhafoles. 1848-1948*. Porto : Imprensa Portuguesa [s.d.]



- CORDELLIER, S. (dir.) – *Le dictionnaire historique et géopolitique du 20<sup>ème</sup> siècle*. Édition de Poche. Paris : La Découverte, 2003
- FERNANDES, B. – Organização e funcionamento do Hospital Júlio de Matos, in *Boletim da Assistência Social*, Nº2/Abril/1943, 65-7
- A Psiquiatria em Portugal, in *Anais Portugueses de Psiquiatria*, Vol.II, nº2, Agosto 1950.
- Nota sobre a legislação psiquiátrica. Separata do *Jornal do Médico*. XXIV (605), 922-924, 1954
- O Hospital Júlio de Matos nos problemas da assistência. Separata do *Jornal do Médico* XXVI (630) 491-492, 1955.
- Prof. A. F.: o organizador da assistência psiquiátrica, in *Anais Portugueses de Psiquiatria*, Vol. X, nº10, Dezembro 1958.
- O sentido humano da vida do hospital. Separata do *jornal do Médico*. XXXVII (823): 404-405, Novembro 1958.
- FLORES, A.; FERNANDES, B. – O Hospital Júlio de Matos. I – Plano primitivo e estado actual depois da remodelação. II – Organização e funcionamento. *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. I, Nº1, Outubro, 1949, 4-44
- OMS – *Hospitalisation des Malades Mentaux. Aperçu de Législation Sanitaire Comparée*. Genève. Palais des Nations, 1955
- PEREIRA, H. – *Assistência Psiquiátrica no Norte de Portugal*. Porto, 1953
- PIMENTEL, I. – A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40, in *Análise Social. Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*. Nº151-152. Vol.XXXIV. Janeiro e Março, 2000, 477-508
- RODRIGUES, A. – *Assistência Pública. Assistência Particular. Tese apresentada ao 1ºcongresso da União Nacional de 26 a 28 de Maio de 1934*. Porto: Tip. Nun'Álvares, 1934
- RODRIGUES, C. – Assistência Social, in Rosas, F. Brito, J.M. Brandão – *Dicionário de História do Estado Novo*. Lisboa: Bertrand Editora, 1996, Vol. I, 70-73 V
- ROSA, F. – A Assistência aos loucos em Portugal. Solução do problema, in *I Congresso da União Nacional. Discursos, Teses e Comunicações. Lisboa, 26 a 28 de Maio de 1934*. Vol. II. Lisboa Edição da União Nacional, 1935, 145-149.
- ROSAS, F.; BRITO, J. – *Dicionário de História do Estado Novo*. Venda Nova: Bertrand Editora, 1996
- SAMPAIO, A. – Evolução da política de saúde em Portugal depois da guerra de 1939-1945 e suas consequências, in *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*. Lisboa, Volume V, 1981, 75-84
- SEABRA-DINIS, J. – O problema da colocação familiar em assistência psiquiátrica, Separata do *Jornal do Médico*, XXVII (646) 309-313, 1955

#### FONTES

- Portugal. Assembleia Nacional – Proposta de lei sobre a assistência psiquiátrica, in *Diário das Sessões*, nº133, de 3 de Fevereiro de 1945
- Portugal. Assembleia Nacional – Câmara Corporativa. III Legislatura. Parecer sobre a proposta de lei sobre a assistência psiquiátrica in *Diário das Sessões*, nº133, de 3 de Fevereiro de 1945
- Portugal. Assembleia Nacional. *Diário das Sessões*, nº143, de 21/2/1945; nº144 de 22/2/1945; nº145, de 22/2/1945
- Portugal. Ministério do Interior. Subsecretariado da Assistência Social – *Providências Legislativas (1940-1945)*. Lisboa: 1951
- Portugal. Subsecretariado de Estado da Assistência Social – *Assistência Social. Princípios e Realizações*. Nº1, Janeiro, 1949

Contacto:  
m.isabelsoares@netcabo.pt

Recebido em: 15-02-2007  
Aceite para publicação em: 16-06-2008