

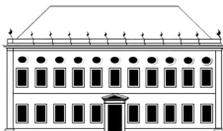
Fernando Ilharco



pontamentos  
das Lições  
de Psiquiatria

Fac-símile

(Página deixada propositadamente em branco)



D O C U M E N T O S

I  
IMPRESSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
COIMBRA UNIVERSITY PRESS  
U

COORDENAÇÃO EDITORIAL  
Imprensa da Universidade de Coimbra

CONCEPÇÃO GRÁFICA  
António Barros

PRÉ-IMPRESSÃO  
António Resende  
[Imprensa da Universidade de Coimbra]

EXECUÇÃO GRÁFICA  
G.C. - Gráfica de Coimbra, Lda.  
Palheira • Assafarge - Apart. 3068  
3001-453 Coimbra Codex

ISBN  
978-972-8704-79-7

ISBN DIGITAL  
978-989-26-0335-3

DOI  
<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0335-3>

DEPÓSITO LEGAL  
243584/06

© MAIO 2006, IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

OBRA PUBLICADA COM O PATROCÍNIO DA:



OBRA PUBLICADA EM COLABORAÇÃO COM A:



[www.spesm.pt](http://www.spesm.pt)

Edição: versão fac-similada da edição de 1934, a qual é precedida de uma nota prévia e de um prefácio.

## NOTA PRÉVIA

Visando contribuir para uma história do pensamento e da prática psiquiátrica portuguesa — e após a edição (fac-simile) da 1ª edição da «Anorexia Mental» do Prof. Doutor Elysio de Moura, em 2005 — decidi a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental (SPESM) editar os «Apontamentos das Lições de Psiquiatria», dadas pelo Doutor Fernando Ilharco aos alunos do «Curso de Enfermagem do Manicómio Bombarda» em 1934.

Neste sentido contactámos:

- A Família do Doutor Fernando Ilharco — nas pessoas de seus filho(a)s Dr.<sup>a</sup> Maria Fernanda Magalhães Ilharco, Dona Maria Herminia Magalhães Ilharco, Eng.<sup>o</sup> Fernando Albano Magalhães Ilharco, Dr. João Francisco Magalhães Ilharco — a quem solicitámos autorização para tal e a quem agradecemos a pronta colaboração e disponibilidade.
- A Imprensa da Universidade de Coimbra — nas pessoas do seu Director Prof. Doutor José de Faria Costa e da sua Directora-Adjunta Dr.<sup>a</sup> Maria João Padez — que mais uma vez manifestou, desde o primeiro momento, o seu apoio a este novo projecto da SPESM.

IV

Trata-se de um «documento de inestimável valor ontológico na historiografia do ensino e formação da Enfermagem Psiquiátrica em Portugal», que irá concerteza despertar, a todos os que se interessam pela história da nossa Psiquiatria, muito interesse e curiosidade.

Registe-se a colaboração dada pela DOCMA Gestão Documental Lda — na pessoa do Eng.º Carlos Alves — que ofertou à SPESM a digitalização do documento original

À semelhança da edição anterior, a parceria com a Angelini-Farmacêutica, possibilitou a concretização desta iniciativa.

A todos estamos gratos

A Direcção da Sociedade Portuguesa  
para o Estudo a Saúde Mental

## PREFÁCIO<sup>(\*)</sup>

A Direcção da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental, entre outros objectivos, decidiu-se também pela reedição (ou edição) de textos que parecendo ignorados ou esquecidos nem por isso deixam de constituir valioso património da Psiquiatria Portuguesa. Textos cujo valor e significação histórica mal se andarão se os mantivermos envoltos no perpétuo esquecimento — disso se continuará por certo a ressentir uma tão desejável quanto necessária historiografia da nossa psiquiatria e assistência psiquiátrica.

Na realização desse objectivo a que a SPSEM se propôs, começou ela por promover a reedição da «Anorexia Mental» do Professor Elysio de Moura; cabe agora a vez de trazer à luz do conhecimento público estes «Apontamentos das Lições de Psiquiatria» dadas pelo Doutor Fernando Ilharco aos alunos do «Curso de Enfermagem do Manicómio Bombarda» em 1934 — sublinhe-se a data.

Foi um feliz acaso o achado destas lições. Aconteceu quando o Dr. João Redondo da Direcção da SPSEM em colaboração com o Enfermeiro David Sequeira, já aposentado, recolhiam documentos e testemunhos para a elaboração e feitura do seu trabalho «Registos para a memória da história do Hospital Sobral Cid — os primeiros anos». Seria em dado momento do seu trabalho de recolha de elementos e

---

(\*) Sobre estas lições de psiquiatria, o seu autor e a época da história da assistência psiquiátrica portuguesa em que tiveram lugar — notas breves.

ao serem evocadas as Escolas de Enfermagem Psiquiátrica e o nome do Doutor Fernando Ilharco que o Enfermeiro Rodrigo de Matos terá dito ser possuidor de uma preciosidade: os «Apontamentos das Lições de Psiquiatria» dadas pelo Doutor Fernando Ilharco aos alunos do Manicómio Bombarda em 1934. Este episódio, conjugado com a ideia que vinha amadurecendo no seio da SPSEM em prestar pública homenagem a Fernando Ilharco, insigne figura de referência da Psiquiatria e Assistência Psiquiátrica portuguesas desde os tempos de Sobral Cid, de quem foi seu primeiro assistente, precipitou a decisão: promover a tão incompreensivelmente adiada homenagem e, no quadro desta, com prévia autorização da família, proceder a uma reedição deste documento de inestimável valor ontológico na historiografia do ensino e formação da Enfermagem Psiquiátrica em Portugal.

A Direcção da SPSEM, sabendo que fui aluno de uma Escola de Enfermagem (a do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Centro) e que tive como Director, quando iniciei a minha carreira de médico psiquiatra, o Doutor Fernando Ilharco, convidou-me para que escrevesse um texto de apresentação para esta publicação; convite que aceitei com imenso gosto e com o qual me sinto particularmente honrado.

Falar destas lições, setenta e dois anos depois da data em que foram dadas e coligidas, obriga, a meu ver, fazer referência mesmo que sucintamente aos seguintes aspectos: situação da assistência psiquiátrica portuguesa àquela data, face às necessidades sanitário-sociais em Saúde Mental do país e à evolução do conhecimento psiquiátrico europeu de então; modo como a sensibilidade e a personalidade ética do Doutor Fernando Ilharco vivenciou essa realidade; a relevante importância por ele dada ao insubstituível papel do enfermeiro psiquiatra nos cuidados a prestar aos doentes e o modo como ele concebia o respectivo desempenho; uma análise sobre o estilo e conteúdos destas lições.

## Situação da assistência psiquiátrica pública portuguesa nos anos 30-40

Recorde-se que esta época é aquela em que a par do desenvolvimento e expansão da psicanálise (a que a Escola Universitária portuguesa se mantém distante) se assistiu a um esperançoso e entusiástico surto de surgimento, ensaio e afinamento de «técnicas biológicas» de tratamento em Psiquiatria: da malarioterapia na Paralisia Geral com Vagner von Jaureg em 1917; da insulino-terapia e choque hipoglicémico com Sakel em 1927; da convulsivoterapia por meios químicos (cânfora logo substituída pelo cardiozol) com L.v. Meduna em 1937 e, com recurso à corrente eléctrica, com Cerleti, em 1938. Simultaneamente desenvolvia-se o conhecimento clínico-psiquiátrico, sendo a atenção de Sobral Cid atraída pela então florescente psiquiatria alemã; nomeadamente pela Escola morfo-constitucionalista e caracterológica de E. Kretschmer e pela Escola psicopatológica fenomenológica de Heidelberg; assim como se interessa pelos trabalhos e concepções de E. Bleuler e Jung desenvolvidas no Burgözli de Zurique sobre a então denominada demência precoce — trabalhos que conduziram, como se sabe, ao conceito de esquizofrenia. É aliás Sobral Cid que introduz e adopta em Portugal a classificação krepliana e que molda as histórias clínico-psiquiátricas integrando nelas a metodologia da psicopatologia geral de K. Jaspers a que adiciona a recolha dos parâmetros morfo-temperamentais de Kretschmer. É também a época em que, lá fora, se ensaiam e provam diversificadas e complementares estruturas de assistência psiquiátrica: clínicas e hospitais psiquiátricos de pequenas dimensões para observação e tratamentos biológicos intensivos, para estados agudos e sub-agudos complementadas por asilos de grandes dimensões, para patologias crónicas não integráveis socialmente, instalados em espaços e lugares permitindo a plena ocupação ergo-

socioterapêutica dos doentes; dispensários com serviços de consulta externa e de assistência e acção social junto dos doentes e famílias; colocação familiar apoiada e seguida pelas equipas médico-sociais dos dispensários ou dos hospitais; ensaiava-se o «open door» e o «no restraint» em Inglaterra com Conolley; na América sob o impulso de Beers expandia-se o movimento das ligas e dispensários de higiene mental. Sobral Cid, por visita e leitura informativa, disto tudo tem conhecimento e disso dá testemunho, tanto aos poderes públicos como na imprensa médica.

E em Portugal o que temos? Como estabelecimento público apenas o Manicómio Bombarda em Lisboa; além disso havia o Conde Ferreira no Porto (administrado pela respectiva Misericórdia) e as Casas de Saúde da Idanha e do Telhal pertencendo à Ordem de S. João de Deus — no conjunto, um total de cerca de duas mil camas sendo estimada em oito a dez mil a população de doentes a carecer de internamento e tratamento.

O Doutor Fernando Ilharco, primeiro assistente e colaborador muito próximo de Sobral Cid, viveu com ele a angústia de não poderem internar por não terem vagas, de lidarem com uma lotação de mil doentes em espaços cuja capacidade não ia além de quinhentas camas,<sup>(1)</sup> de se verem obrigados a instalar camas nos corredores, nos átrios e no chão, onde os doentes se amontoavam numa promiscuidade que dificultava ao extremo os cuidados de higiene e conforto, impossibilitava o sossego e retro-alimentava a agitação.<sup>(2)</sup> Com Sobral Cid, o Doutor Fernando Ilharco se viu a braços com a falta de espaços para instalar a balneoterapia vigiada e prolongada que tão necessária

---

(1) Ver: J.M. Sobral Cid – Obras, Fundação Calouste Gulbenkian, vol II, pp. 65-78

(2) A este tema dedica Ph. Paumelle o seu trabalho de tese (1952) e à agitação chamou ele a «gangrena» dos serviços psiquiátricos.

era naqueles tempos em que não havia neurolépticos, nem tão pouco tinham espaço que lhes permitisse iniciar e usar as novas terapêuticas biológicas de que eram conhecedores: a insulinoaterapia de Sakel e a malarioterapia<sup>(3)</sup> de Jaureg, nomeadamente.

Outra carência dramática para cuidar de tanta gente e implementar as novas técnicas terapêuticas era a da falta de pessoal em número e qualificação (no Manicómio Bombarda os médicos eram apenas cinco e técnicos de Serviço Social não havia — só muitos anos depois será criado o primeiro Instituto de Serviço Social do país sob a égide do Patriarcado).

Acrescia a estas dificuldades, sendo delas em grande parte a causa, o facto de o Manicómio Bombarda ser administrativamente gerido pelo Hospital de S. José desde 1911<sup>(4)</sup> por força do decreto que criou a cátedra de Psiquiatria na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa e lhe atribuiu o então Hospital de Rilhafoles (depois denominado Manicómio Bombarda) para o respectivo ensino, sendo o titular da cátedra, por inerência, o seu Director. O Manicómio Bombarda, face aos preconceitos culturais relativos à Psiquiatria e face também ao poder de pressão das outras especialidades médico-cirúrgicas, via-se assim relegado pela Administração de S. José para a última das suas preocupações. Sobral Cid, como director do Manicómio, via-se assim a braços com a penúria crónica e com a impossibilidade legal de a poder gerir e disso se queixa ele amarga e revoltadamente em repetidas exposições enviadas às tutelas pois que chegava a debater-se com prolongadas

---

(3) Única terapêutica então eficaz no tratamento da Paralisia Geral e que o foi até ao advento da penicilina.

(4) Situação que só foi alterada com a promulgação da Lei 2006 e seus decretos regulamentares em 1945 – diplomas pelos quais foi conferida autonomia administrativa e financeira ao então rebaptizado Hospital Miguel Bombarda.

faltas de medicamentos essenciais como o eram então tanto o Luminal nas epilepsias, como o Somnifene nas agitações.

X A sensibilidade humana e a inteligência do Doutor Fernando Ilharco ficaram, em meu parecer, profundamente marcadas por tudo isto e essa marca explica, em grande parte, a meu ver, a ulterior orientação ético-volitiva da sua carreira profissional como quadro superior da nossa orgânica assistencial em Psiquiatria e Saúde Mental — a isto voltarei em tempo e lugar oportunos.

### **O Doutor Fernando Ilharco face ao problema dos recursos humanos em Psiquiatria**

Com Sobral Cid, o Doutor Fernando Ilharco também sofreu pela penúria e qualificação dos recursos humanos de que o Manicómio sofria para assistir a sua população de cerca de mil doentes de modo minimamente condigno do ponto de vista humano e técnico — recorde-se que dispunha apenas de um quadro de cinco médicos. Recorde-se também que se estava na época da introdução das novas terapêuticas biológicas: malarioterapia, convulsivoterapias, cura do choque hipoglicémico de Sakel; e que estas técnicas terapêuticas exigiam adequada formação técnica do pessoal, nomeadamente de enfermagem.

E também se preocupavam e sofriam por antecipação: se porventura fossem criadas novas estruturas e estabelecimentos de que o país tanto carecia, como provê-los dos efectivos de pessoal minimamente necessário pois que eles não existiam e, de qualquer modo, levariam vários anos a formar? E o mal era tanto mais grave quanto era certo não haver ainda nenhuma escola de Serviço Social e de Enfermagem Psiquiátrica, apenas uma que havia sido criada no Manicómio Bombarda sob a égide, julgo, do Doutor Fernando Ilharco com o apoio

e estímulo de Sobral Cid. A formação de pessoal de enfermagem especializado em Psiquiatria era na verdade uma das grandes preocupações do Doutor Fernando Ilharco. Por isso o vemos, logo que se iniciou a implementação da lei 2006/45, com a criação do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Sul (1945) de que foi empossado Director, propor e pôr em funcionamento a Escola de Enfermagem Psiquiátrica da Zona Sul servindo esta como paradigma e motor das que ulteriormente foram criadas no Centro da Zona Centro ( a funcionar no Hospital Sobral Cid — 1946/47), seguindo-se a do Centro da Zona Norte.

A entrada em funcionamento do Hospital Júlio de Matos em 1942 e do Hospital Sobral Cid em 1946 obrigaram a recorrer ao contrato de enfermeiros suíços; mas rapidamente estas novas Escolas de Enfermagem Psiquiátrica começaram a formar os enfermeiros e enfermeiras que permitiram prover em pessoal de enfermagem tanto os hospitais (Júlio de Matos, Miguel Bombarda, Sobral Cid, Conde Ferreira) como os Dispensários Centrais com as suas Brigadas Móveis de acção ambulatória.

No início do segundo lustro da década de sessenta, estas Escolas de Enfermagem Psiquiátrica foram extintas sendo criadas outras de especialização em Psiquiatria para enfermeiros/as unicamente diplomados pelas Escolas de Enfermagem Geral.

Fui testemunha da crítica marga do Doutor Fernando Ilharco (ao tempo Director do Instituto de Assistência Psiquiátrica) por esta decisão. Ele lamentou: «com esta decisão vamos deixar de ter enfermeiros e enfermeiras de Psiquiatria; as Escolas que agora foram criadas, com os requisitos de candidatura exigidos, acabarão por fechar por falta de candidatos». Não se enganou: as escolas acabaram por ser extintas por falta de candidatos e os Serviços de Psiquiatria estão sem enfermeiros/as psiquiátricos adequadamente especializados.

O Doutor Fernando Ilharco, naturalmente, valorizava o conhecimento e treino das «terapêuticas biológicas» na formação do pessoal de Enfermagem Psiquiátrica; todavia valorizava com particular ênfase o conhecimento e prática da terapêutica ocupacional (o curso da Escola da Zona Sul tinha a cadeira de Ergoterapia no seu currículo) e a qualidade da relação do enfermeiro com os doentes no conjunto das actividades do dia a dia: implicitamente atribuía-lhe uma função psicoterapêutica da maior importância.

Este interesse pela ocupação ergo e socioterapêutica persistiu nele sempre vivo, mesmo para além do advento da época psicofarmacológica que se inaugura, como se sabe, em 1952. Um exemplo que mostra esse interesse: em 1965 uma enfermeira do Hospital Júlio de Matos solicita autorização para fazer um estágio nas actividades do Clube Terapêutico Paul Balvet em Saint Alban; ele apoia essa pretensão e quando ulteriormente a enfermeira entrega o relatório (ele, então Director do Instituto de Assistência Psiquiátrica<sup>(5)</sup>) lê-o com atenção e despacha com indicação de serem distribuídas cópias a todos os serviços dependentes do Instituto.

A leitura destas Lições de Psiquiatria mostra-nos ainda uma preocupação que nos aparece como uma das constantes éticas da personalidade do seu autor: a prevalente valorização da formação ética dos profissionais da Psiquiatria, nomeadamente, a dos enfermeiros. Esta valorização é, como se disse, claramente mostrada nas Lições e nelas aflora uma discreta advertência contra os desvios tecnicistas desumanizantes a que as então novas terapêuticas biológicas poderiam conduzir — a realidade actual mostra-nos quanto esta advertência era pertinente.

---

<sup>(5)</sup> Ao tempo o órgão de coordenação nacional de todos os serviços públicos de Psiquiatria e Higiene Mental e de fiscalização técnica das clínicas e instituições particulares de assistência psiquiátrica.

## Sobre os conteúdos das Lições

A leitura destas Lições mostra aspectos que importa realçar: seja por algumas advertências necessárias, seja pelo valor de actualidade de muitas ideias e conceitos subjacentes no que é leccionado, seja pelo estilo do comunicar, seja ainda pelo que parece prevalecer no pensamento formador do seu autor.

O que logo ressalta é o conhecimento que o Doutor Fernando Ilharco tinha sobre a realidade do que de concreto e quotidiano se passava no então Manicómio; conhecimento que só podia advir de muitas horas de presença atenta, diurna e nocturna, passadas regularmente nos serviços — daí a sua consciência das falhas, desmandos e perversões tanto individuais como colectivas dos que lidavam directamente com os doentes. Ele denuncia-as e adverte sem, porém, ferir narcisicamente ninguém; e fá-lo recorrendo reiteradamente à figura da litote (afirmar recorrendo à negação dos contrários). Mostra compreender que essa socio-patologia constitui uma resultante de factores histórico-institucionais, culturais, de condições e ambiente de trabalho e, também, (sem empregar esta linguagem) de dinâmicas contra-transferenciais. Mostra também uma clara consciência dos efeitos patogénicos e patoplásticos do ambiente de vida dos serviços; seja na agitação seja na evolução das patologias. E é a estas temáticas que ele dedica a extensa «Introdução» no conteúdo das suas Lições.

Preocupa-se com o ensino de uma linguagem técnica mínima de modo a permitir e facilitar a partilha comunicativa entre enfermeiros e médicos.

Em linguagem muito clara, transmite noções de etiologia da patologia mental e de nosologia mas a ênfase que privilegia é a da semiologia psiquiátrica, a qual é por ele ilustrada com a descrição de múltiplos exemplos, — descrição concreta e viva que não só ensina como apela

à sensibilidade humana e à empatia para com o sofrimento psíquico e físico dos doentes.

XIV Igual ênfase é por ele dada ao *cuidar* psicológico e biológico dos doentes e a isso ele dedica a maior parte do seu texto lectivo. Na exposição desta segunda parte das Lições ele é detalhado, concreto; minucioso no observar, prevenir e solucionar. Recorrentemente aborda a questão da violência da contenção física e da que pode impregnar outros cuidados; aborda-a reconhecendo-a como necessária em determinadas situações (recorde-se que estávamos em 1934) mas apelando sempre à empatia para com o sofrimento de quem está desvalido e insistindo sempre na necessária *justa medida e justa oportunidade* perante uma tal necessidade.

Chegado aqui, e a finalizar estas notas sobre o que me pareceu pertinente referir, importa advertir o eventual leitor sobre dois termos de linguagem usados nas Lições e que se explicam pela respectiva datação histórica; refiro-me aos léxicos «psicopatia» e «vigilância».

Na verdade é preciso ter presente que nos anos 30 ainda se usava o termo *psicopatia* como sinónimo genérico da doença mental. Nessa época o termo não tinha o significado específico que posteriormente lhe veio a ser dado por Kurt Schneider nem tão pouco, evidentemente, o que lhe damos hoje.

O outro lexema usado nas Lições é o de *vigilância*. Empregava-se então e continuou a usar-se por várias décadas. O Doutor Fernando Ilharco usa-o, não no sentido obsessivamente policial, mas no sentido de *presença atenta, advertida e cuidadosa*, noção esta que mantém (e manterá) toda a pertinência.

No que atrás foi escrito deu-se uma ideia da trágica penúria da nossa assistência psiquiátrica nos anos 30; de como Sobral Cid e o seu assistente Doutor Fernando Ilharco viveram no ex-Manicómio Miguel Bombarda angústia dessa penúria; de como as dimensões ético-volitivas das duas personalidades os levaram não apenas à denúncia de tal situação mas também à luta esforçada pela respectiva transformação. Fizeram o máximo do que podiam no quadro institucional do Manicómio — a criação, aí, do Curso de Enfermagem Psiquiátrica foi, nesse contexto, da maior importância: tanto na perspectiva interna da instituição, como pelo fermento que ela constituiu para a futura criação das três Escolas de Enfermagem Psiquiátrica no quadro das responsabilidades de cada um dos Centros de Assistência Psiquiátrica previstos na Lei 2006/45 e estabelecidos nos respectivos decreto-regulamentares; nomeadamente o DL 34502 de 18/4/1945.

Sobral Cid, como sabemos, morreu em 1941, mas testemunhou e apelou dramaticamente ao poder político. Não lhe sobrou vida para ver resultados dos seus apelos e diligências; mas outros, figuras de prestígio e grande influência política, Bissaya Barreto e António Flores, nomeadamente, identificaram-se com as suas preocupações e ideias o que, conjugado com o contexto político internacional (derrota do eixo nazi fascista prevista em 42/43 e concretizada em 1945 a que se seguiu a fundação das Nações Unidas) levou o Poder a promulgar a Lei 2006 também conhecida por Lei Flores.

Mas quem veio a ser o pertinaz e lucidamente apaixonado homem de acção na implementação concreta da Lei, no quadro de DL 34502 e na transformação histórica da nossa assistência psiquiátrica, foi o autor destas Lições, o Doutor Fernando Ilharco mais os que com ele colaboraram. Ele foi, de 1945 a 1972 (quase trinta anos) a figura central desta transformação. Como se indiciou atrás, o seu pensamento era abrangente e estava informado dos movimentos e realizações que

iam tendo lugar no continente europeu e nos Estados Unidos (nestes, com o movimento das Ligas de Higiene Mental). O Doutor Fernando Ilharco era frontalmente avesso ao espírito de capela e paróquia; as preocupações dele eram a Saúde Mental de todos os portugueses e a assistência psiquiátrica dos que, no todo do país, dela necessitavam, tendo em especial atenção os das camadas económico-socialmente mais desfavorecidas — a consulta aos arquivos do ex-Instituto de Assistência Psiquiátrica, actualmente na posse da Direcção Geral de Saúde, disso testemunham — irrefutavelmente.

Como director do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Sul, o primeiro a ser criado (1945), e, por inerência, também Director do Dispensário de Higiene e Profilaxia Mental de Lisboa, ele assumiu, com fina consciência das realidades aliada à sua pertinaz vontade, as responsabilidades de orientação, coordenação e fiscalização das estruturas públicas e privadas de assistência psiquiátrica definidas no DL 34502745, Artigo 6º; conseguiu criar e pôr a funcionar a Escola de Enfermagem Psiquiátrica, lutou afincadamente pela formação do pessoal técnico e alargamento dos respectivos quadros e mapas de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e visitadoras sociais; concretizou a criação da Liga Portuguesa de Higiene Mental; promoveu até ao limite das possibilidades a acção profilática e assistencial em proximidade através da acção do Dispensário Central e das suas brigadas móveis de consulta externa tanto na cidade de Lisboa como em deslocação à distância (Santarém, Tomar, Abrantes, Portalegre, Évora, Setúbal, Vila Franca, Montijo, Barreiro, Almada, etc.); conseguiu que fosse criado, 1947, o Dispensário Regional do Algarve provido com serviço de hospitalização no Hospital da Misericórdia de Faro. E foi esta acção que serviu de paradigma e modelo para o que, posteriormente, foi implementado e desenvolvido pelos Centros da Zona Centro e do Norte.

Em 25 de Julho de 1958, pelo DL 41495, é criado o Instituto de Assistência Psiquiátrica e é o Doutor Fernando Ilharco que é nomeado para o dirigir assumindo assim nos termos do referido decreto, a responsabilidade de orientação, coordenação e fiscalização de todas as estruturas públicas e privadas de prevenção e assistência psiquiátrica do país; responsabilidade que, com a colaboração das Delegações de Zona (que vieram substituir os ex-Centros entretanto extintos), desempenhou até à sua aposentação em 1972 — sempre orientado pelo mesmo pensamento e ética.

Está por fazer a história de cerca de trinta anos da nossa assistência psiquiátrica e os arquivos existentes esperam a pesquisa historiográfica e a respectivamente necessária publicação. Todavia, sabendo-se do papel central e decisivo do Doutor Fernando Ilharco durante mais de trinta anos desta história, como explicar o manter do silêncio com que foi envolta a sua figura e acção? Estranho esquecimento!

A decisão da SPSEM em tentar reeditar estas Lições e promover uma homenagem pública ao homem e psiquiatra que foi o Doutor Fernando Ilharco terá, quiçá, o mérito de começar a sacudir o pó de um tal esquecimento e, quem sabe, o de despertar a curiosidade pela pesquisa historiográfica de quase meio século da nossa assistência psiquiátrica. Oxalá.

Sesimbra, Janeiro 2006

*Bráulio de Almeida e Sousa*

(Página deixada propositadamente em branco)

FERNANDO ILHARCO

MÉDICO

ASSISTENTE DA FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA

# Apontamentos

das

# Lições

de

# Psiquiatria

Curso

de

Enfermagem

do

Manicómio

Bombarda

1934



**FERNANDO ILHARCO**

**MÉDICO**

**ASSISTENTE DA FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA**

---

# Apontamentos

das

# Lições

de

# Psiquiatria

Curso

de

Enfermagem

do

Manicómio

Bombarda

1934

**Reservados todos  
os direitos do autor**

**Tipografia J. MACHADO  
119, Rua Gomes Freire, 121  
LISBOA**

Devido à extrema amabilidade e isenção do  
nosso ilustre Professor, vem hoje a lume os presen-  
tes apontamentos de enfermagem de alienados.

Êles marcam um passo na evolução da nossa  
Escola Profissional e atestam a dedicação e boa  
vontade do Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Fernando Ilharco, não  
só no sentido de nos fornecer os elementos teóricos de  
que necessitamos para o desempenho de tam espi-  
nhosa missão, como em nos ministrar aqueles  
ensinamentos morais que constituem a base de uma  
boa assistência de enfermagem

Para êle vão, pois, os nossos agradecimentos  
aliados à mais respeitosa estima.

**A COMISSÃO.**

Um grupo de enfermeiros do Manicómio Bombarda, constituido em comissão, quis tomar a iniciativa de editar uns Apontamentos das Lições de Psiquiatria dadas por mim na Escola de Enfermagem do Manicómio.

Não me opuz a tal pretensão, pela única razão de estar convencido de que essa edição, permitindo a maior difusão dos ensinamentos ministrados, iria contribuir para o aperfeiçoamento de quantos se dedicam ou se destinam à espinhosa tarefa de assistir e tratar alienados. Nem o convencimento em que estou de que são incompletas, imperfeitas, talvez excessivamente rudimentares e esquemáticas as noções que forneci, me deteve na concessão da minha aquiescência ao desejo dêsse grupo de enfermeiros.

Pensei que acima do meu interesse em lançar à publicidade um trabalho desenvolvido, cuidadoso, com aspirações a perfeito, estava o interesse daqueles que, mesmo sem obrigação official, desejam aumentar a soma dos seus conhecimentos, no louvável empenho de melhor se apetrecharem para o exercício da sua profissão.

A êsse grupo de enfermeiros que, correndo todos os riscos, se abalçou à desinteressada tarefa de lançar esta edição, os protestos da minha gratidão, pela amabilidade que tal attitude representa.

Ao Senhor Professor Sobral Cid, nosso illustre e querido Director, pela autorização desde logo concedida, os meus melhores agradecimentos.

## INTRODUÇÃO

É tam grande o número de conhecimentos que deveriam constituir a vossa bagagem de enfermeiros de nevropatas e alienados, e é tam pouco o tempo de que disponho para vo-los ensinar, que nem sei a que deva reduzir as lições que hoje inicio e que quereria ficassem tendo para vós algum valor. Falar-vos, exclusivamente, daquelas operações de enfermagem que já todos conheceis, seria pouco, seria quási nada; dar-vos unicamente rudimentares mas exactos ensinamentos sôbre noções de Psiquiatria, era cansar-vos sem necessidade e quási, certamente, sem proveito. O melhor, no meu entender, será familiarizar-vos com aqueles estados mórbidos a que mais freqüentemente tereis de assistir, industrializar-vos nos meios que na vossa mão devem existir para os tratar e, sobretudo, tentar desenvolver em vós o culto pela profissão, que legalmente êste curso vos confere.

Porque, a verdade é esta. O enfermeiro, em geral, e o enfermeiro de alienados, em particular, há de sempre valer mais pelo escrúpulo que puser na satisfação das obrigações morais que a profissão lhe impõe, do que pela perfeição técnica de certas práticas de enfermagem. E isto porque se estas se adquirem pelo hábito, aquelas exigem, para bem se desenvolverem, um contínuo sacrificio, uma constante abnegação, um interesse a todos os momentos renovado.

Ser enfermeiro não é, simplesmente, envergar uma blusa

branca e passear despreocupado pelas enfermarias ou pela cêrca do Manicómio; não é entreter as horas da vigilância na leitura dos jornais, nem passar as horas da vela dormindo descansadamente; não é aprender a vestir um colete, a amarrear um doente, com o simples objectivo de se livrar de um importuno de extinguir um motivo de desassossêgo, de evitar um incómodo maior; não é mostrar a maior indiferença pelos pedidos, pelos desejos, pelas queixas de um doente que se lhe dirija, na convicção, sempre existente no alienado, de que merece ser atendido; não é troçar o doente, rir dos seus receios, mofar das suas desconfianças; não é, sobretudo, infligir ao doente, por palavras ou por actos, qualquer violência, pequena ou grande, mas sempre condenavel.

Não sei se algum de vós terá, a ensombrar-lhe o passado, delitos da natureza dos que aponteí. Oxalá que não e que o diploma que procurais vos afaste definitivamente dêsse condenável caminho, se algum de vós o trilhou já.

Gosa de má fama — em grande parte injustificadamente — o pessoal do Manicómio Bombarda. Possam vocês, enfermeiros diplomados de amanhã, levantar bem alto o seu prestígio e merecer, pela sua conduta a gratidão de quem, confiadamente, vos entregou as pessoas de família que, numa hora de desgraça, teve de afastar de si.

Entre as qualidades indispensáveis a um bom enfermeiro, eu ponho, acima de todas a honestidade; e nela consubstancia, a bem dizer, todas as outras. Um enfermeiro honesto é, na minha opinião, o melhor, o mais valioso dos enfermeiros. E, senão, vejamos: pessoalmente honesto, o enfermeiro não descaminha artigos, não encobre faltas, não comete atropellos, não explora a generosidade das famílias dos doentes, não deixa sem motivo forte, de cumprir os seus deveres. Profissionalmente honesto, êle toma pelos doentes o maior inte-

resse, vigia-os conscienciosamente, assiste-os com cuidado, conforta-os com carinho, compadecendo-se da sua situação e tentando, pelo seu esforço, melhorá-los ou, pelo menos, ajudá-los a suportar o seu demorado e quantas vezes definitivo captiveiro.

Que mais desejar num enfermeiro. Grande soma de conhecimentos teóricos, quási sempre decorados e mal aplicados às circunstâncias de momento? Apurado desenvolvimento de diversas práticas de enfermagem quási sempre irrealizáveis em alienados, se não forem executadas por um pessoal carinhoso, paciente, dedicado, compadecido? Tudo isso é preciso, inegavelmente, mas nada disso basta para fazer de um profissional, um enfermeiro verdadeiro. Eu conheço enfermeiros que executam com perfeição uma sondagem, uma punção venosa, um cateterismo; e que, por outro lado, condicionam os cuidados dispensados aos doentes, pelos interesses que dêles podem auferir, pelo pouco ou muito com que as famílias os gratificam. Eu sei de enfermeiras que não perdem a ocasião de evidenciar os seus conhecimentos teóricos, aliás vastos, e que, ao mesmo tempo, afastadas de quem as possa observar, tratam as doentes com o maior desdém, irritando-as com ordens vexatórias e lançando ao desprezo os seus pedidos mais instantes. Em contra-partida conheço pessoal, com poucos conhecimentos que a falta de compreensão dos seus superiores não deixa desenvolver e que, no entanto, têm para os doentes essa solícita assistência, esse interesse, essa paciência que o tornam absolutamente digno de todos os elogios, merecedor de todas as recompensas. Não vão vocês julgar, ao ouvir-me falar assim, que faço a respeito do pessoal do Manicómio Bombarda um mau conceito. Êle tem de tudo: bom e mau, como tođas as colectividades. Entre o pessoal das diversas organizações

hospitalares eu não hesito, mesmo, em colocá-lo ao alto da lista. No entanto, eu quisera que os maus desaparecessem e que os bons abrangessem a totalidade. E como contribuindo para a vossa formação posso influir muito ou pouco, na vossa conduta futura, eu não me canso, não me cansarei, jãmais, de vos dizer: *o melhor enfermeiro entre todos ha de ser o que fôr mais honesto, mais caritativo, mais paciente, mais dedicado ao bem estar do doente, mais interessado pela sua triste sorte.*

Antes de mais, eu quero abordar, francamente, um assunto que interessa grandemente à todos que trabalham neste hospital: aos doentes, aos enfermeiros e até a nós, médicos assistentes. Quero referir-me ao abuso que se faz do *colete de repressão*. E notem vocês, que eu falei em abuso e não em uso, propositadamente. Em tôda a parte o colete se usa, como meio de repressão, embora seja cada vez maior a tendência para o substituir pelos meios químicos e físicos que, modernamente, se usam no tratamento da agitação. Entre nós, que não possuímos o banho permanente; que, por medidas económicas, não podemos dispôr de hipnóticos valiosos como o Somnifène (1), o recurso ao colete tem de impor-se como tratamento ou melhor, como meio de evitar as consequências de uma nefasta e, por vezes, violenta agitação.

Porque a verdade é esta: *o colete não cura, o colete agrava o mal do doente.*

Um doente amarrado, sem poder servir-se das mãos, sem poder prover aos mais rudimentares cuidados higiênicos, cobertos de suores, apoquentado pelas moscas, tanta vez deixando correr sôbre a face as mucosidades nasais, tenta

---

(1) Posteriormente a estas lições foi autorizado o fornecimento de Somnifène.

por todos os meios rebentar os laços que o prendem, recuperar a sua liberdade; e, num sentimento de revolta compreensível, redobra de excitação, debatendo-se furiosamente, até se deixar vencer pela fadiga! Mas, repito, à falta de outros meios, o uso do colete desculpa-se como um mal necessário para evitar um mal maior, nos casos de violenta e permanente agitação psico-motora. Infelizmente, porém, não se reduz a estes casos o uso do colete. Por tudo se aplica, sem se pensar no que essa aplicação representa de afrontoso, de incómodo, de violento, de inquisitorial para o doente. Tenho chegado a ver sòlidamente apertados em coletes alguns doentes melancólicos, nos quais a ansiedade se exacerba por tal motivo e que, em caso algum, se tornariam necessitados de tais meios de repressão. É que, nas nossas enfermarias, há a tendência para usar o colete em todos os casos em que o estado do doente obrigue a uma mais aturada vigilância. Doente amarrado é doente que não incomoda. Ainda, há dias, eu senti a razão destas minhas palavras nas queixas de um doente bem conhecido, há pouco reentrado no Manicómio, o *Conde de Avelar*: — «Senhor doutor, — me dizia êle — antes de se ser enfermeiro dever-se ia estar amarrado num bêrço. Só, assim, se avaliaria o que é obrigar um doente a tal suplício, sem o deixar fazer o menor movimento e com o nó das pontas do colete a magoá-lo nas costas durante horas. E também os médicos deveriam experimentar, para não consentirem nem mandarem vestir o colete a qualquer doente, sem mais nem menos».

Vejam vocês como o doente aprecia o que lhe fazem, como êle se insurge contra o uso do colete, sobretudo quando lhe é aplicado sem necessidade de maior, quando representa mais uma injustiça ou um castigo, do que um tratamento ou meio preventivo. Eu, digo e repito: o colete — e nesta pala-

vra englobo de um modo geral todos os meios contensivos— usa-se em tôda a parte; entre nós, por deficiência de outros meios terapêuticos, o seu uso tem de ser mais freqüente; mas, todo o esforço do enfermeiro que se preza, deve tender a reduzir ao mínimo o seu emprêgo.

Outro ponto a versar, também, desde já é o modo, tantas vezes violento, como são submetidos os doentes, possuídos de grande agitação. Tratar um doente que se debate furiosamente, como um indivíduo são, que procurasse agredir-nos, retribuindo-lhe, por vezes, com elevado juro, as agressões que nos fez; empregar, para mais depressa o subjugar, estratégias que possam molestar o doente e até determinar nêle lesões mais ou menos graves; não são serviços próprios de enfermeiros e muito menos de enfermeiros diplomados. Entre o povo há a convicção de que os alienados, nos manicômios, são freqüentemente tratados... com pancada! Talvez que, desgraçadamente, algumas vezes os doentes hajam sido agredidos. Eu, não sei como classificar os autores dessas façanhas. Bater num doente, — que pela sua própria doença não pode ser acreditado nas queixas que faz, — e contando com a ajuda de outros colegas da enfermaria que, prontamente, acorrerão a salvá-lo de qualquer desafronta da parte do doente — é delito que, por si só, deve bastar para a exclusão pura e simples de quem o pratica da classe dos enfermeiros.

Nobre e alevantada attitude a dum antigo director dêste hospital, o senhor professor dr. Miguel Bombarda, quando já ferido pelas balas homicidas, tenta evitar que o pessoal, num precipitado gesto, agrida o doente que o abatêra: «Não lhe batam, que é um louco!» Êste exemplo, legado por quem, como o senhor professor Bombarda, tanto se interessou pelo

aperfeiçoamento dos serviços hospitalares, bem merece ser conhecido de todos quantos nêles tomam parte.

Para terminar esta fastidiosa introdução, resumirei as minhas considerações em dois únicos preceitos que eu bem desejaria ver seguidos por todos vocês.

1.º — *Que o enfermeiro seja honesto, pessoal e profissionalmente honesto.*

2.º — *Que se habitue a ver no doente uma criatura irresponsável, indefesa, tantas vezes conscientemente desgraçada e que, pela natureza da doença que o aflige, não pode fazer valer as suas queixas, não consegue ver acreditadas as suas justas reclamações.*

---

(Página deixada propositadamente em branco)

**Parte**

**I**

**Noções**

**Gerais**

**de**

**Psiquiatria**

(Página deixada propositadamente em branco)

## CAPÍTULO I

### Algumas definições

**Psiquiatria.**—Ramo da medicina que estuda as perturbações mentais e as modificações orgânicas que se lhe associam.

**Psicopatia.**—Tôda a doença em que as perturbações mentais têm uma situação preponderante. Os autores alemães designam por psicopatia o conjunto das anomalias dos instintos e de conduta, sem a existência de verdadeira doença mental.

**Alienação mental.**—Estado patológico em que as perturbações mentais têm um carácter anti-social.

**Alienado.**—O indivíduo que, em consequência duma doença mental, se conduz de maneira que não pode viver em sociedade.

**Loucura.**—Estado de alienação mental dependente de um processo patológico em evolução.

**Demência.**—*Déficit* intelectual de origem vária (artério-esclerose, sífilis, etc.), definitivo, progressivo, após um período de saúde mental.

**Oligofrenia.**—*Déficit* intelectual, definitivo, congénito ou precocemente adquirido (débil mental, imbecil, idiota).

---

**Classificação das doenças mentais.**—Segundo a sua duração e evolução:

1) — **Agudas.**—As que evoluem rapidamente para a cura. Exemplos: delirium tremens, estados confusionais, epiléticos, etc.;

2) — **Sub-agudas.**—As que terminam pela cura ao fim de semanas ou meses de evolução (alucinose dos alcoólicos, delírio de ciúme, etc.);

3) — **Intermitentes.**—As que são constituídas por episódios ou acessos de perturbações mentais separadas por períodos de completa normalidade psíquica. Exemplos: psicose maniaco-depressiva, etc.;

4) — **Crônicas.**—As que não são susceptíveis de cura (oligofrenias, demências, paranóia, etc.) e evoluem por toda a vida do doente;

5) — **Remitentes.**—As que evoluem cronicamente, com períodos em que as perturbações mentais se atenuam, porém, consideravelmente (demência precoce, paralisia geral, etc.).

## CAPÍTULO II

### Etiologia das doenças mentais

**Etiologia das doenças mentais.** — Estudo das causas das doenças mentais.

Causas freqüentemente obscuras; umas vezes múltiplas actuando simultâneamente no mesmo indivíduo, outras vezes desconhecidas.

As mesmas causas não produzem os mesmos efeitos em todos os indivíduos: nem todos os sifilíticos se tornam alienados e dêstes nem todos chegam à paralisia geral; nem todos os alcoólicos sofrem de delirium tremens, etc.

As causas podem ser:

1) — **Intrínsecas ou predisponentes.** — Causas que pre-dispõem o indivíduo para o aparecimento das doenças mentais;

2) — **Extrínsecas ou determinantes.** — Causas que determinam, que provocam o aparecimento das doenças mentais.

1) — **Causas intrínsecas:**

a) <b>Taras hereditárias:</b>	{	<p><b>Vesânicas.</b> — Doenças mentais dos ascendentes ou colaterais;</p> <p><b>Tóxicas.</b> — Intoxicações dos pais (alcool, etc.);</p> <p><b>Infeciosas.</b> — Infecções dos pais (principalmente a sífilis).</p>
-------------------------------	---	---

- b) **Idade :** { 1.<sup>a</sup> infância (meningite, epilepsia, etc.);  
2.<sup>a</sup> infância (delírios febris, etc.);  
Puberdade (demência precoce, etc.);  
Idade adulta (alcoolismo e sífilis) no homem;  
(gravidez, puerpério e menopausa) na mulher;  
Idade senil (demência artério-esclerótica e senil, etc.).
- c) **Sexo :** { Homens (psicoses alcoólicas e sífilíticas);  
Mulheres (psicoses puerperais e da menopausa).
- d) **Estado civil :** { Os celibatários, os filhos naturais, são mais predispostos às perturbações mentais.
- e) **Profissão :** { Os marítimos, taberneiros, etc. — predispostos para as psicoses alcoólicas; os médicos, farmacêuticos, para a morfinomania, cocaínomania, etc.

2) — **Causas extrínsecas.** (Causas estranhas aos indivíduos ou, pelo menos, estranhas aos seus órgãos nervosos centrais).

A) — **Físicas :**

a) **Traumatismos craneanos ;**

b) **Agentes físicos.** (Sol, raio, etc.);

c) **Intoxicações :**

Crónicas ou agudas ;

**Viciosas:** { Alcoolismo;  
Morfinismo;  
Cocaínismo;

**Alimenta-  
res:** { Pelagra (milho);  
Ergotismo (centeio);

**Profissionais:** Chumbo, sulfureto, etc.

*d)* **Toxi-infecções:**

Doenças gerais febris — febre tifóide, pneumonia, sarampo, malária, etc.;

Doenças anemiantes e consumptivas — tuberculose, cancro, anemias, etc.;

Doenças locais — cardiopatias, nefrites, cirroses, etc.

*e)* **Doenças dependentes de lesões cerebrais.** — (Meningites, encefalites, tumores cerebrais, etc.).

*f)* **Doenças das glândulas de secreção interna.** — (Sexuais, tiroide, etc.).

*B)* — **Morais** ou **psíquicas.** (De influência duvidosa):

*a)* **Isolamento.** — Cárcere, estada em país estranho;

*b)* **Emoções.** — Saúdade, nostalgia, preocupações, etc.;

*c)* **Sugestões.** — Leitura de jornais, teatros, etc.

Nota. — Ao passo que certas doenças mentais exigem uma predisposição individual pre-existente (**psicoses constitucionais**), outras podem aparecer, sob a influência de

causas extrínsecas, em individuos sem qualquer predisposição (paralisia geral, delirium tremens, etc.), **psicoses accidentais**.

### CAPÍTULO III

#### **Semiologia das doenças mentais**

**Semiologia das doenças mentais.** — Parte da Psiquiatria que estuda as perturbações das faculdades mentais (sintomas e sindromas).

**Sintoma mental.** — Perturbação psíquica devida a uma doença mental.

**Síndrome mental.** — Conjunto de sintomas, habitualmente co-existentes, próprios de uma certa doença — síndrome meningítico, síndrome alucinósico, etc.

Todo o fenómeno psíquico ou mental tem três aspectos psicológicos :

- Intelectual (função da inteligência);
- Afectivo (função da affectividade, dos sentimentos, etc);
- Activo ou volitivo (função da actividade e da vontade).

E, porisso, os sintomas mentais pertencem às seguintes categorias :

- A) — **Perturbações da inteligência ;**
- B) — **Perturbações da affectividade ;**
- C) — **Perturbações da vontade e da actividade.**

A) — **Perturbações da inteligência.** — Compreendendo as perturbações da :

- 1) **Percepção ;**
- 2) **Compreensão ;**
- 3) **Atenção ;**
- 4) **Memória ;**
- 5) **Orientação ;**
- 6) **Ideação ;**
- 7) **Imaginação ;**
- 8) **Inteligência propriamente dita.**

1) **Perturbações da percepção.** — Pelos órgãos dos sentidos conhecemos o nosso corpo e o mundo exterior. As impressões recebidas por eles são levadas até ao cérebro, onde são tornadas conscientes. As alterações da **percepção** podem, pois, resultar :

- De lesões dos órgãos dos sentidos ou das vias de comunicação (cegueira, surdez, etc.), — não interessam à Psiquiatria ;
- De lesões do cérebro, determinando uma modificação anormal das impressões colhidas pelos órgãos dos sentidos.

A percepção nos alienados pode ser :

- Perfeita — nos doentes lúcidos, sem alucinações, etc. ;
- Insuficiente — nos melancólicos, nos confusos pouco marcados — os objectos e as pessoas não têm o seu aspecto habitual, as excitações exteriores deixam os doentes indiferentes, etc. ;

- Inexacta — dá-se a produção de ilusões ;
- Imaginária — dá-se a produção de alucinações.

Merecem especial referência as duas últimas perturbações — as **ilusões** e as **alucinações**.

**Ilusão.** — Percepção deformada de um objecto real presente aos órgãos dos sentidos. Exemplos : uma conversa sem interesse é tomada pelo doente como apreciação, referência ou crítica à sua pessoa ; um doente julga ver numa pessoa que passou, outra que é sua conhecida, etc.

**Alucinação.** — Percepção sem affecto. — O doente tem a convicção de ter percebido um objecto que realmente não está presente aos seus órgãos dos sentidos. Exemplos : as alucinações visuais e tactis do delirium tremens (bichos, homens armados, etc.), as alucinações auditivas dos alucinóxicos (ordens, ameaças, etc.).

Há ilusões de todos os órgãos dos sentidos — **visuais, auditivas, tactis, olfactivas e gustativas** ; há ilusões nos alienados e também nos indivíduos normais, pelo que a sua existência não tem um grande valor diagnóstico.

Há alucinações de todos os órgãos dos sentidos. As mais importantes são as **auditivas, visuais e tactis** ; as **olfactivas e gustativas** são difíceis de distinguir das ilusões.

Algumas variedades de alucinações que convém conhecer :

**Alucinações visuais.** — Terrificantes, ameaçadoras (acompanhadas de ansiedade e medo), são próprias dos delírios tóxicos e infecciosos ;

— **Zoópsias** (animais grandes ou pequenos, etc.), acompanhadas de alucinações tactis (o doente vê um bicho e sente-o sôbre a pele); são próprias do delirium tremens.

**Alucinações auditivas. — Imperativas** (se as vozes dão ordens ao doente);

- **Bizarrras** — conteúdos estranhos — nos dementes precoces;
- **Eco do pensamento** — reproduzem os próprios pensamentos do doente; o doente ouve aquilo em que pensa (alucinose alcoólica).

Outras alucinações:

**Cenestésicas.** — Sensações falsas referidas aos diversos órgãos internos, tomadas como reais pelos doentes — intestinos cortados, estômago desfeito, etc. — e que, possivelmente, terão às vezes um fundamento rial, impossível de averiguar.

Como averiguar a existência de **alucinações auditivas** (tantas vezes negadas pelo doente)? — Pelos seguintes sinais:

- O doente rolha os ouvidos, cobre a cabeça;
- O doente conserva-se na atitude de quem escuta, indiferente ao que se passa à sua roda;
- O doente fala sòsinho, dialogando com vozes alucinadas;
- O doente, em meio duma conversa, responde para o lado, sem a propósito, etc.

Como reconhecer as **alucinações visuais** (quási sempre mais fáceis de apreciar, pois o doente não está, em regra, em condições de as encobrir)? — Pelos sinais seguintes :

- O doente fecha os olhos, tapa-os com as mãos ou com as roupas do leito, como quem quere evitar a visão de qualquer cena ;
- O doente, pelo contrário, fixa demoradamente um certo local, mostrando-se entretido ou aterrado nessa contemplação ;
- O doente faz movimentos, como quem pretende agarrar, afastar, repelir, etc., quaisquer objectos, etc.

2) **Perturbações da compreensão.** — A compreensão é um caso especial da percepção — diz respeito à perfeita ou imperfeita, difícil, fácil ou impossível compreensão da conversa falada (preguntas, ordens, etc.).

Avalia-se, porisso, pela maneira como o doente compreende as perguntas, problemas ou ordens.

A **compreensão** pode ser:

- **Fácil**, nos doentes lúcidos e com bom desenvolvimento intelectual ;
- **Difícil**, nos doentes em estado de confusão mental e nos oligofrénicos (débeis mentais e imbecís ;
- **Impossível**, nos idiotas e nos doentes em estado de cõma ou profunda confusão mental.

3) **Perturbações da atenção.** — Atenção, função intelectual mercê da qual damos conta do que se passa à nossa roda

ou conseguimos aplicar as nossas faculdades intellectuais superiores (raciocínio, capacidade de cálculo, etc.), à resolução de um dado problema.

Há, pois, duas espécies de atenção :

- a) **Atenção espontânea**, mercê da qual, reflexamente, sem qualquer esforço voluntário, damos conta do que se passa à nossa roda ;
- b) **Atenção voluntária**, mercê da qual dirigirmos a nossa actividade psíquica voluntária e conscientemente — conversas, resolução de problemas, etc.

Avalia-se a primeira pela maneira como o doente regista o que se passa à sua roda ; a segunda pela maneira como se adapta ao interrogatório, como é capaz de esforços atinentes à resolução de certo problema, etc.

A atenção pode :

- a) Estar **enfraquecida** ou **abolida** — nas demências, idiotia, confusões mentais profundas : o doente não dá conta do que o cerca, nem presta, com persistência, atenção ao que lhe sugerimos ;
  - b) Ter **mobilidade anormal** — ser muito móvel, impossível de fixar, pronta.
- 4) **Perturbações da memória.** — Memória, capacidade de reproduzir ou se conhecer, com o sentimento de já o ter

mos passado ou vivido, um facto ou acontecimento ocorrido há mais ou menos tempo. Exemplos: contar, com pormenores, um facto acontecido há tempos; identificar um indivíduo que há muito se não via, etc.

A integridade da memória exige para dar-se, que o indivíduo seja capaz de decorar (ou fixar o facto), não se esquecer d'ele (conservar a sua recordação) e ser capaz de o lembrar quando fôr preciso (evocá-lo). Há, pois, na memória 3 operações:

- **Fixação** — capacidade de adquirir recordações;
- **Conservação** — capacidade de as conservar;
- **Evocação** — capacidade de as tornar presentes na consciência.

Ao *déficit* de cada uma destas operações corresponde uma **amnésia** (chamado amnésia do enfraquecimento, maior ou menor, da memória):

- **Amnésia de fixação** ou **amnésia dos factos recentes** (assim chamada porque, quando existe, o doente não fixa os acontecimentos que se produzem desde que a doença se iniciou);
- **Amnésia de conservação** ou **dos factos remotos** (assim chamada porque o doente perdeu a recordação de acontecimentos ocorridos antes do início da doença);
- **Amnésia de evocação** (conhecida pela dificuldade de evocação das recordações).

A memória pode estar exagerada (**hipermnésia**) — todas

as recordações são presentes ou evocadas com facilidade extrema.

Como se avalia o estado da memória? — Pelo balanço das recordações que o doente tem de acontecimentos remota ou recentemente ocorridos, pela facilidade ou dificuldade com que os lembra, etc.

**Amnésia lacunar** ou **lacuna mnésica**. — A falta de recordação dos acontecimentos ocorridos num certo período de tempo; nesse tempo houve suspensão da fixação só (estados confusionais, crepusculares), ou associada à perda de recordações já fixadas (psicose de Korsakow, traumatismo craneano).

Doenças principais em que há *déficits* da memória:

- Demência senil — inicialmente amnésia de fixação; depois amnésia de evocação e conservação;
- Outras demências — enfraquecimento global de todas as formas da memória;
- Delirium tremens e outras psicoses confusionais — *déficit* da memória de fixação; às vezes amnésia lacunar consecutiva;
- Epilépsia — ataques, estados crepusculares — lacuna mnésica;
- Doenças em que há hipermnésias — mania, início da paralisia geral, etc.

5) **Perturbações da orientação**. — A **orientação** é uma função intelectual — dependente de outras (atenção, memória, percepção), por meio da qual o indivíduo se conhece e conhece o meio e o tempo em que se encontra.

Divide-se em :

- a) **Orientação autopsíquica** — compreendendo os dados relativos à própria personalidade (nome, idade, estado, profissão, residência, naturalidade, etc.);
- b) **Orientação alopsíquica** — compreendendo os dados relativos ao local em que se encontra (**orientação no espaço**) e a época ou a data em que está (**orientação no tempo**).

A perda de tais noções chama-se **desorientação**. Pode ser total (desorientação auto e alopsíquicas) nas demências, etc.; parcial (desorientação alopsíquica e boa orientação autopsíquica) principalmente no delirium tremens.

6) **Perturbações da ideação**. — Compreende as perturbações do curso das ideias e as perturbações do conteúdo ideativo.

A) — **Perturbações do curso das ideias**, avaliadas pelo estudo da linguagem — escrita ou falada — do alienado. Pode haver :

- **Loquacidade** — exagêro da linguagem — o doente fala constantemente, quer tenha ou não com quem falar;
- **Lentidão do pensar** — frases lentas, ditadas vagarosamente;
- **Inibição ideativa** — raras palavras, proferidas com grande morosidade, dificilmente : o doente tem de fazer um esforço para falar;

— **Mutismo** — ausência de linguagem espontânea ou de respostas às perguntas que se dirigem ao doente. (Excluídos os casos de surdo-mudez, afásia, etc.).

A **loquacidade** pode revestir as seguintes formas:

- a) **Fuga de ideias.** — Pensar fácil, mudando constantemente de direcção, sendo possível, porém, descobrir ligações lógicas entre as diversas frases que o exprimem. (É própria dos maníacos).
- b) **Incoerência.** — Pensar fácil, mas constituído por successão de frases entre as quais se não descobre qualquer espécie de ligação lógica, de modo a não ser possível descobrir a maneira como o doente passou de um assunto para os outros. — Existe nos dementes precoces, em fase adiantada de evolução, nos estados confusionais, etc.

A loquacidade — pode ainda revestir a forma de **monólogos** — se o doente fala seguidamente para as pessoas que o cercam, como quem recita; **solilóquios** — se o doente fala consigo mesmo, como se estivesse só, às vezes por entre dentes; **solilóquios dialogados** — se o doente dá ao seu discurso a forma de diálogo: faz perguntas e dá as correspondentes respostas.

A lentidão do pensar pode ser permanente (nos epiléticos, quasi sempre associada à tendência para o emprêgo de muitos pormenores e circunstâncias) ou transitório (estados

confusionais). A inibição ideativa pode ser constante (melancólica) ou intermitente (demência precoce).

O mutismo pode ser, além de constante ou transitório:

- **Espontâneo** ou de **Iniciativa** — o doente não fala espontaneamente;
- **reactivo** — o doente pode falar espontaneamente, mas não responde às perguntas.

Na linguagem dos alienados há ainda a registar o aparecimento de neologismos — palavras novas criadas pelos doentes — formas crónicas da demência precoce.

7) **Perturbações da imaginação.** — Há doentes de imaginação fértil e que, sem necessidade, por prazer, sem que de facto exista qualquer *déficit* de memória, se comprazem em inventar, em criar aventuras, mais ou menos verosímeis, nas quais desempenham sempre um papel de destaque.

Êstes doentes chamam-se mitómanos; a esta qualidade patológica (tendência instintiva à mentira) dá-se o nome de **mitomania**. Existe, principalmente, nos doentes histéricos.

Mas há outros doentes em que os produtos da sua imaginação servem apenas para preencher as lacunas mnésicas: o doente não sabe o que fez em certa ocasião e, em vez de o confessar simplesmente, debita, com todo o aspecto de realidade, uma série de narrativas fantasiosas. Ê o que se chama confabulação; aparece principalmente nas demências e numa psicose alcoólica (doença de Korsakow), isto é, naquelas doenças mentais em que há amnésia de fixação.

Há, ainda, outros doentes portadores dos chamados **delírios imaginativos**, isto é, de formações delirantes em

parte imaginados, em parte baseados em recordações deformadas pelo doente, embora involuntariamente.

Por fim, devem referir-se aqueles doentes que, por *déficit* intelectual congénito ou adquirido, são quasi totalmente desprovidos de imaginação, incapazes, porisso, de inventar uma história, de forjar uma desculpa verosímil, etc.

#### 8) **Perturbações da inteligência propriamente dita.** —

As funções já estudadas são indispensáveis para que haja uma boa inteligência, mas não bastam. Efectivamente, há indivíduos com óptima memória, faladores, etc., e que não são verdadeiramente inteligentes.

A **inteligência** — função psíquica muito difficil de definir — avalia-se pela capacidade em compreender e executar ordens mais ou menos complicadas; pela dificuldade maior ou menor em resolver problemas; pela possibilidade de fazer raciocínios mais ou menos complexos; pela capacidade em reconhecer o êrro de afirmações disparatadas e, de um modo geral, pela conduta do individuo perante os conflitos e as situações que a vida apresenta constantemente.

O valor da inteligência é muito variável, de individuo para individuo; e no mesmo individuo pode diminuir com a idade ou sob a influencia das infecções (sífilis, etc.), das intoxicações (alcoollismo), dos traumatismos craneanos, etc.

Dissemos já que os individuos que nascem sem inteligência ou a perdem nos primeiros tempos de vida — se chamam **oligofrénicos**; que aqueles que a perdem depois de a terem usufruído inteiramente, têm o nome de **dementes**.

B) — **Perturbações da affectividade**, compreendendo:

- 1) **Modificações do humor;**
- 2) **Modificações dos affectos e sentimentos;**

3) **Modificações da expressão dos sentimentos e emoções.**

1) **Modificação do humor:**

- a) **Euforia.** — Boa disposição, alegria, sensação de fôrça e boa saúde, sem causa. Existe nos maníacos, nos paralíticos gerais e nos alcoólicos, etc.;
- b) **Tristeza mórbida (ou depressão afectiva).** — Tristeza, desânimo, pèssimismo, sem causa; o pensamento ocupado em ideias tristes; ideias de suicídio. Nos melancólicos, sobretudo;
- c) **Apatia ou indiferença afectiva.** — Desinteresse e indiferença por tudo quanto se passa à sua roda; acontecimentos tristes ou alegres, não provocam qualquer repercussão. Existe principalmente nos dementes precoces e dementes senis;
- d) **Irritabilidade.** — Por motivos fúteis ou sem motivos, crises de violenta irritabilidade, de cólera, com actos agressivos, etc. Existe nos epilèpticos, maníacos, etc.;
- e) **Ansiedade.** — Inquietação, mêdo, espectativa de acontecimentos maus. Existe nos melancólicos, etc.

2) **Modificações dos affectos e sentimentos:**

Os affectos familiares são os que mais lesados costumam ser: podem estar diminuídos (nos alcoólicos, etc.); abolido

(nos dementes orgânicos) e até invertidos (ódios familiares dos dementes precoces, etc.).

Os affectos de ordem social podem estar alterados.

Tornam-se altruístas os maníacos; os paranóicos, reformadores, etc. Tornam-se egoístas os dementes senís, dementes orgânicos, alcoólicos, etc.

Os sentimentos de ordem moral estão prejudicados nos dementes senís, alcoólicos crónicos, dementes precoces, etc., — (perda do pudor, exhibicionismo, degradação social).

### 3) **Modificações da expressão dos sentimentos e emoções:**

a) **Incontinência emocional.** — O doente exprime, de maneira incontinente, o riso ou o choro; existe nos dementes, etc.;

b) **Labilidade afectiva.** — Mudança brusca de um estado de humor para outro; alcoólicos, paralíticos gerais, etc.;

c) **Falta de expressão das emoções.** — Nem alegria, nem tristeza, nem cólera, nem medo se manifestam na expressão mímica que se conserva rígida, indiferente. Existe nos dementes precoces, estados confusionais profundos, etc.

### c) **Perturbações da actividade:**

1) **Agitação motora.** — Aumento patológico da actividade. Pode ser:

a) **Necessidade de ocupação.** — O doente exerce alguma actividade útil: comporta-se como quem tem

grande vontade de trabalhar. Existe nos maníacos;

b) **Necessidade de acção.** — O doente realiza actos diversos, mas sem qualquer utilidade; sente a necessidade de se mexer e não de trabalhar. Existe nos dementes precoces;

c) **Agitação incoerente.** — O doente realiza uma série de actos desordenados, sobre o leito ou a sua roda, sem significado, imperfeitos, às vezes prejudiciais (cai do leito, etc.). Existe nos estados de confusão mental profunda (alcoólicos, epilépticos, etc.);

d) **Agitação ansiosa — nos melancólicos.** — Movimentos simples e sempre iguais, acompanhados de ansiedade.

2) **Inibição motora — redução patológica da actividade.** — Pode ir desde a actividade muito reduzida do demente orgânico (conserva-se no leito, etc.) à penúria de movimentos dos melancólicos (executam os movimentos com muita lentidão) e à aquinésia dos dementes precoces (ausência completa de qualquer movimento voluntário).

3) **Síndrome catatónico.** — Conjunto de sintomas, dependentes de alterações do tónus muscular e interessando os actos, os gestos, as expressões mímicas e as atitudes dos doentes. Pertence sobretudo aos dementes precoces. As principais são:

a) **Hipertonía** (aumento do tónus muscular) e **hipotonía** (diminuição do tónus muscular). Uma e

outra podem ser parciais ou **generalizadas**; constantes ou passageiras;

- b) **Fixação plástica das atitudes** ou **catalépsia**. — O doente conserva as posições que lhe damos;
- c) **Negativismo**. — Oposição sistemática a todos os actos que impomos ao doente. Há o negativismo palpebral — oposição à abertura dos olhos; segmentar — oposição aos movimentos de qualquer segmento corporal; generalizado — oposição a todos os movimentos; e universal — oposição a todos os movimentos, ainda mesmo os movimentos dos esfíncteres, de deglutição, etc., o doente não evacua, não urina, não deglute a saliva, etc.;
- d) **Maneirismo**. — Consiste na complicação dos movimentos, na estilização dos gestos e atitudes, no preciosismo da linguagem, etc.;
- e) **Estereotípias**. — Repetição, às vezes muito demorada, de um movimento, uma palavra, uma posição, sem qualquer finalidade. Há estereotípias estáticas (de posição, da mímica), e cinéticas (gestos, movimentos);
- f) **Fenómenos do éco** — **ecopraxia, ecolália, ecomímia** (repetição de um gesto, de uma palavra, de uma expressão mímica produzida em frente de um doente);

- g) **Raptus.** — Actos bruscos e imprevistos, quasi sempre violentos (agressões, actos destruidores, fugas, etc.).
- 

**Perturbações mais características dos dementes precoces:**

- 1.<sup>a</sup> — A loquacidade incoerente;
  - 2.<sup>a</sup> — A inibição ideativa intermitente;
  - 3.<sup>a</sup> — Os neologismos: (formas crónicas dos dementes precoces);
  - 4.<sup>a</sup> — A apatia ou indiferença afectiva;
  - 5.<sup>a</sup> — Afectos invertidos, ódios familiares;
  - 6.<sup>a</sup> — Exibicionismo, degradação social;
  - 7.<sup>a</sup> — Incontinência emocional;
  - 8.<sup>a</sup> — Falta da expressão das emoções: nem alegria, nem tristeza;
  - 9.<sup>a</sup> — Necessidade de acção;
  - 10.<sup>a</sup> — Há, ainda, aquinesia;
  - 11.<sup>a</sup> — Catatonia.
- 

**Perturbações mais características dos maníacos:**

- 1.<sup>a</sup> — A fuga de ideias;
- 2.<sup>a</sup> — A euforia;
- 3.<sup>a</sup> — A irritabilidade;
- 4.<sup>a</sup> — Altruísmo;
- 5.<sup>a</sup> — Necessidade de ocupação;
- 6.<sup>a</sup> — A hipermnésia.

**Perturbações mais características dos estados confusionais:**

- 1.<sup>a</sup> — Loquacidade incoerente;
  - 2.<sup>a</sup> — Lentidão do pensar (transitório);
  - 3.<sup>a</sup> — Falta de expressão das emoções;
  - 4.<sup>a</sup> — Agitação incoerente;
  - 5.<sup>a</sup> — Desorientação;
  - 6.<sup>a</sup> — Amnésia de fixação (transitória).
- 

**Perturbações mais características dos doentes senis:**

- 1.<sup>a</sup> — Apatia, indiferença afectiva;
  - 2.<sup>a</sup> — O egoísmo;
  - 3.<sup>a</sup> — Perda do pudor, exibicionismo, degradação moral;
  - 4.<sup>a</sup> — Incontinência emocional;
  - 5.<sup>a</sup> — Amnésia de fixação (definitiva e progressiva);
  - 6.<sup>a</sup> — Enfraquecimento intelectual progressivo.
-

(Página deixada propositadamente em branco)

**Parte**

**II**

**Enfermagem**

**de**

**alienados**

(Página deixada propositadamente em branco)

## CAPÍTULO I

### Vigilância de alienados

Desde que, à porta principal do Manicómio, o doente é entregue aos cuidados do enfermeiro, êle tem de ser objecto da mais cuidadosa e permanente observação e vigilância. O primeiro facto a notar será o modo como o doente se deixa conduzir (**a sua passividade ou resistência**), como êle encara a separação das pessoas que o acompanharam e que nessa altura dêle se separam (**com alegria, com tristeza, com indiferença**), a sêrie, por vezes elucidativa, dos seus protestos, das suas ameaças.

Depois, é de boa norma que o alienado seja despido antes de entrar na enfermaria e que os seus fatos e os objectos nêle encontrados, sejam cuidadosamente examinados e entregues a quem de direito. Assim, se evita que o doente leve até à enfermaria objectos cortantes, etc., e que depois, num descuido do pessoal, pode esconder em qualquer sitio, ou entregar a outro doente. Não me cansarei de recomendar que esta primeira revista seja feita na presença de testemunhas para evitar que, malèvolamente, alguém possa afirmar que o enfermeiro se apropriou dêste ou daquele objecto, desta ou daquela quantia.

Levado ao banho de limpeza deve a vigilância continuar, talvez mais intensa, e isso por motivos que mais tarde exporei quando tratar dos cuidados a ter com os doentes durante os banhos em geral.

Mau processo é o de fazer seguir o doente para a enfermaria que lhe compete acompanhado por outro doente já antigo na casa. Êste quasi abandono do doente, logo após a sua entrada no Manicómio, meio desconhecido, leva-o muitas vezes a tentar evadir-se, ou a procurar armar-se para a primeira necessidade.

Lembra-me um caso de um doente que iludindo a vigilância do empregado que o acompanhava, meteu entre o corpo e a camisa, duas pedras volumosas com que tentava... defender-se do mal que alguém quisesse fazer-lhe.

Um outro facto quero referir-vos que, aparentemente desprovido de importância, pode ter certo valor. Pretendo aludir aos cuidados a ter com a barba e os cabelos dos doentes. Eu sei que é regulamento o corte sistemático. ¿Mas quantas vezes uma barba crescida, uma cabeleira enorme e descuidada, um penteado pretencioso, não valem como sintomas, que muito conviria registar pela fotografia? ¿E quantas vezes, também, o doente se não sente triste, desgostoso com o inútil sacrificio dos seus cabelos, da sua barba, do seu bigode, etc.?

Porisso, eu aconselho a não realizar sem restrições, essas medidas regulamentares. De-mais, em menos de 24 horas, podereis sujeitar o caso à resolução do médico da enfermaria e nesse espaço de tempo não vem qualquer mal para o doente e muito menos para o serviço hospitalar.

Vejam vocês que série de pequenos nada's, tam importantes, porém, pelo que representam para o doente, para a sua segurança e bem estar e, também, para o pessoal. E ainda o doente não chegou à enfermaria...

Uma vez instalado na sua cama, o doente deve ser objecto da mais aturada e permanente vigilância, para que a todo o tempo o pessoal de serviço possa evitar qualquer acto ma-

lético que tente executar e para que possa, na época própria, fornecer ao clínico informações exactas, conscienciosas e desenvolvidas. Porque eu quero dizer-vos que para o estabelecimento de um diagnóstico têm muita importância as informações que os enfermeiros possam dar-nos à-cêrca do doente. E daí resulta que informações erradas podem, além de confundir, fazer inclinar o diagnóstico para um lado ou para outro.

Neste ponto, nós, os médicos do Manicómio, temos assistido a factos deveras singulares: o mesmo doente tem e não tem êste ou aquêle sintoma conforme é êste ou aquêle enfermeiro que nos fala a seu respeito. Ora isto não está certo e quando, desgraçadamente, o enfermeiro não saiba o que dizer-nos, mais vale seguramente estar calado. Mas vejamos o que vocês devem notar, principalmente, nos doentes entregues ao vosso cuidado:

1.º — **Actividade do doente.** — Verificar se há ou não há agitação, imobilidade; se o doente é ou não é capaz de trabalhar, se no leito faz ou não faz quaisquer movimentos;

2.º — **Linguagem.** — Se o doente fala exageradamente ou se, pelo contrário, se mantém no mais obstinado mutismo; se fala naturalmente, ou se grita, se fala como orador, ou pelo contrário, em voz muito baixa, entre dentes; se emprega palavras e frases usuais ou se, pelo contrário, se serve de termos ininteligíveis, criados pelo doente ou por êle mal articulados;

3.º — **Ideação.** — Apurar se o doente debita quaisquer ideias delirantes — de grandezas, de perseguição, etc.;

4.º — **Afectividade.** — Apurar se o doente se mostra ou bem disposto, exageradamente alegre, colérico; ou triste, chorando facilmente, fazendo lamúrias e proferindo lamentações; ou indiferente, desinteressado do que se passa à sua roda;

5.º — **Funções de nutrição.** — Apurar se o doente se alimenta espontaneamente, se come pouco ou com voracidade; se tem recusa de alimentos, se tem perturbações na deglutição, se vomita os alimentos, etc. Notar o estado da língua, se é vermelha ou saburrosa, o hálito do doente. Notar se tem cuspinheira, se tem vômitos, se tem prisão de ventre ou diarreia; se tem retenção de fezes e de urinas ou, pelo contrário, se tem incontinência — isto é, se há gatismo;

6.º — Apurar se o doente passa bem as noites ou sofre de insónia e neste último caso, verificar se o doente se mantém calmo ou agitado e se os hipnóticos receitados foram ou não eficazes. Apurar se há sonolência durante o dia;

7.º — **Funções sexuais.** — Vigiar as funções menstruais (nas doentes), para apurar as suas anormalidades. Apurar a existência de masturbação, ou de outras perversões sexuais;

8.º — **Conduta.** — Apurar se os doentes são bem comportados, obedientes, respeitadores, trabalhadores, calmos, ou se, pelo contrário, são agitados, desobedientes, teimosos, grosseiros, malcriados, agressivos, preguiçosos, etc.;

9.º — **Reacções.** — Apurar se o doente é agressivo para o pessoal ou para os outros doentes, se profere insultos e ameaças; se rasga a roupa, quer durante a agitação, quer sossegadamente, como entretenimento; se tenta fugir da enfermaria; se tem ideias de suicídio ou mesmo tenta pô-las em execução; se tenta exercer sôbre as visitas do sexo oposto qualquer violência, sobretudo de ordem sexual; se rouba ou pede com insistência isto ou aquilo; se se interessa pela alta, ou pelo contrário, se se mostra absolutamente desinteressado dela, etc., etc.;

10.º — **Tratamentos.** — Apurar se os doentes tomam ou não os remédios que lhe são administrados e registar os efeitos e resultados obtidos;

11.º — **Ataques.** — Registrar a hora a que se produzem, a sua duração, os seus principais caracteres e os fenómenos que os procederam, os acompanharam ou seguiram;

12.º — **Visitas.** — Apurar se o doente tem visitas, o modo como as recebe; vigiar as entrevistas, evitando exageros de alimentação, fornecimento de objectos perigosos, etc.; colher das pessoas da familia todas as informações e encaminhá-las para os médicos.

Não terei esgotado a série de informações que, de um modo geral, o enfermeiro pode fornecer à-cêrca-de um alienado, se sôbre êle exercer uma aturada vigilância. Mas creio ter enunciado as principais e as suficientes para completa elucidação do médico e maior vantagem do doente.

## CAPÍTULO II

### Cuidados gerais

A vigilância do doente não deve, porém, apenas obedecer ao fim de colher informações para as dar ao clínico assistente. Deve também e, principalmente, efectuar-se no sentido de livrar o doente de todos os perigos interiores ou exteriores. E, porisso mesmo, obrigam a cuidados especiais certos sintomas ou accidentes que o alienado apresente. Vejamos os principais, a começar pelos cuidados a ter com os banhos dos alienados, porisso que, em regra, é o banho a primeira operação de enfermagem a que o doente é submetido.

**Cuidados nos banhos.** — Qualquer que seja o banho, de limpeza ou terapêutico, deve sempre ser dado sob a rigorosa vigilância do enfermeiro, não só para que haja a certeza do rigor da sua aplicação, mas também para evitar os accidentes a que pode dar lugar. Verificar que o doente fica bem lavado,

que se conserva na água o tempo necessário e suficiente, que o banho é administrado segundo as indicações clínicas, etc., são tudo obrigações de cuja inobservância podem resultar prejuizos para o doente. Mas, mais importante que todos os factos apontados há a possibilidade de, durante o banho, o doente sofrer, voluntária ou involuntariamente, um desastre de que pode resultar-lhe a morte. Efectivamente, o doente pode, uma vez na água, ser acometido de um **icto** (se se trata, por exemplo, de um paralítico geral), de um **ataque epiléptico** (se se trata de um epiléptico), de uma **síncope cardíaca** (se se trata de um doente de avançada idade ou doente do coração), ou de um simples **desmaio** (fácilmente sobrevindo nos doentes debilitados ou pusilânimes). E por outro lado, um melancólico, um perseguido, um portador de alucinações auditivas de conteúdo injurioso ou desagradável, podem tentar o suicídio por afogamento na tina em que se banham.

Outro facto que é conveniente não esquecer é aguardar a passagem de um certo intervalo (à roda de tres horas) sôbre a refeição, antes de administrar ao doente qualquer banho. São sobejamente conhecidas as conseqüências de semelhante imprudência para que seja preciso insistir nelas (ictos congestivos, etc.).

Embora o facto se possa dar em todos os doentes, os mais susceptíveis de experimentar tais accidentes são os que ultrapassam os 50 anos e apresentam lesões vasculares filia-das, de um modo geral, na artério-esclerose.

Quero chamar-vos a atenção para os cuidados a ter com os doentes após o banho. — Que fiquem bem enxutos, mercê de enérgica fricção realizada com o próprio lençol e que não sejam expostos a um brusco arrefecimento, mal agasalhados, são as principais recomendações que desejo fazer-vos a tal respeito.

**Cuidados na alimentação.** — Não importa verificar apenas se o doente come ou não come. Importa, primeiro que tudo, averiguar se êle pode ou não comer a dieta geral que se lhe destina. Pôr um doente, idoso e desdentado a dieta geral, é forçá-lo a deglutir os alimentos sem os mastigar, o que certamente lhe irá provocar perturbações intestinais. Fornecer a um paralítico geral, voraz e glutão, todo o alimento que êle peça é sujeitá-lo a indigestões freqüentes. Não notar que o doente sofre de enterite e mantê-lo na dieta geral, é contribuir para a conservação da diarreia. Dar a um epiléptico, indistintamentê, alimentos salgados ou conservados, é favorecer a produção de crises convulsivas.

Mas os cuidados não devem incidir apenas sôbre as dietas hospitalares; devem, também, e principalmente, dirigir-se contra os alimentos que as famílias trazem aos doentes. Ignorantes, convencidas de que o doente passa fome e de que, porisso, é preciso encher-lhe o estômago, elas chegam a trazer-lhes verdadeiras refeições, por vezes constituídas por alimentos absolutamente contra-indicados.

É freqüente, efectivamente, vermos trazer frutas a doentes com enterite; alimentos doces e farináceos a doentes diabéticos! Não quero deixar de falar-vos na possibilidade de as visitas trazerem vinho aos doentes — facto sempre proibido, porque quasi sempre, se não sempre, é prejudicial ao alienado.

**Cuidados com a conduta e reacções do doente.** — Os doentes agitados podem cometer os maiores desatinos, chegar às agressões, até ao homicídio (na pessoa de outro doente, dos enfermeiros ou dos médicos); podem rasgar, partir, lançar pelas janelas os mais variados objectos; podem magoar-se, ferir-se, matar-se mesmo, involuntariamente. Convém, pois, vigiá-los atentamente e usar de todos os meios para evitar que êles se entreguem a êsses actos nocivos para êles proprios, ou para os que os cercam.

Os melancólicos, por sua vez, entregam-se, principalmente, às tentativas de suicídio, tentando, para isso, todos os meios e iludindo, por vezes, cuidadosas vigilâncias.

Convém-lhe, também, uma aturada vigilância, tanto mais que as ideias de suicídio são um dos sintomas que mais frequentemente levam as famílias a internar estes doentes.

Mas além dos agitados e dos melancólicos, há outros doentes que durante muito tempo podem iludir as pessoas que com elles tratam e que, dum instante para o outro, podem entregar-se aos actos mais imprevistos e até mais violentos.

Os dementes precoces e os epilépticos são doentes de que tudo há a esperar e nos quais nunca se deve confiadamente acreditar.

**Cuidados com as visitas.** — As visitas nem sempre são úteis aos doentes, quer pelos alimentos que lhes levam, tantas vezes prejudiciais, como já vos disse; quer pelo que lhes dizem, pelas notícias que lhes dão, pelas intrigas que lhes comunicam e até... pelos extremos cuidados que lhes dispensam. Devem ser, por tudo isto, atentamente vigiadas, pois devem ser impedidas de prejudicar os doentes ou de deixar em poder destes qualquer objecto que possa originar prejuizos para elles ou para o hospital (navalhas, caixas de fósforos, etc.).

### CAPÍTULO III

#### **Cuidados especiais com os epilépticos**

Entre os doentes mais difíceis de tratar, devem citar-se os epilépticos, quer porque são doentes lúcidos e muitas vezes até inteligentes, quer porque têm um feitio, um carácter de manejo delicado. Regra geral: os epilépticos são irritáveis,

coléricos, de génio violento; são desconfiados, melindráveis, rancorosos, vingativos. E daí resulta o vê-los freqüentemente envolvidos em conflitos de que, pela sua impulsividade e violência, podem resultar graves agressões.

É, pois, de boa norma: tratá-los afavelmente, evitando os maus modos, as palavras ásperas, as desconsiderações, etc.; evitar que se juntem e entrem em mútuas combinações, pois que, desconfiados, em breve se argüem de menos honestos, presto chegando às agressões; impedir por todos os meios que se possam armar de quaisquer objectos que, depois, possam transformar em armas agressivas.

Além destes cuidados que são intuitivos, outros há não menos importantes: o vinho e todas as bebidas alcoólicas, o café, os alimentos salgados, picantes e tôda a espécie de alimentos conservados, devem ser banidos das dietas dos epilépticos.

O funcionamento intestinal deve ser vigiado evitando-se, pelo uso de laxantes, a prisão de ventre.

O tratamento dos epilépticos (pelo luminal, pelo brometo, etc.), não deve ser interrompido bruscamente, mesmo que o doente passe há muito tempo sem ataques.

Por outro lado, deve evitar-se em absoluto o uso de medicamentos excitantes, capazes de fornecerem o aparecimento dos ataques (estricnina, noz vômica, álcool, poção de Todd, etc.).

Devo falar-vos, ainda, da conveniência de evitar que o epiléptico se exponha a perigos (subir a alturas, aproximar-se do fogo, pegar em objectos cortantes, etc.), para que não seja vítima deles se fôr acometido por um ataque.

Todos os cuidados referidos nenhuma relação têm porém com os ataques.

Na ocasião das crises convulsivas (**ataques**), outros há, que convém tomar, pois, da sua ignorância pode resultar a morte dos doentes. Deve deitar-se o doente estendendo-o sobre o leito; colocar-se lhe a cabeça a direito para evitar a sufocação; introduzir-se lhe, se fôr possível, um objecto duro entre as arcadas dentárias para evitar a mordedura lingual; despertar-se o doente e aguardar-se que o ataque termine, pois nenhum meio há de interromper a crise depois de desencadeada. Se o ataque é pressentido pelo doente, todas estas precauções podem ser tomadas antes da perda da consciência.

Depois da crise é bom que a vigilância continui, pois, que muitos doentes se entregam nesse período aos mais desordenados actos: — agressões, auto-mutilações, fugas, tentativas de suicídio, etc., tudo pode ser praticado nesse estado confusional que se segue à crise convulsiva. Não é de-mais, porisso, que o doente fique em observação, tanto mais que a um ataque pode seguir-se outro e muitos mais até, tantos que o doente pode não despertar de um e logo cair em outro. Neste caso que se chama **estado de mal**, urge que o médico seja chamado e que o tratamento adequado seja instituído.

## CAPÍTULO IV

### Higiene geral dos alienados

Nem sempre a alienação mental é incompatível com os hábitos de limpeza dos doentes; muitos destes, a-pesar das suas perturbações psíquicas, continuam a cuidar da sua limpeza, do asseio dos seus fatos, procedendo, voluntariamente, às suas lavagens cotidianas. Outros, porém, — e esse é, por certo, o maior número — cairão na maior imundície, se uma cuidadosa vigilância não incidir sobre eles.

E isto, ou porque, pertencendo às classes rurais e proletárias, os doentes não foram criados em hábitos de limpeza; ou, porque, em virtude da doença, se desinteressam, absolutamente dos seus cuidados corporais, tornando-se, a breve trecho, desleixados, desmazelados, imundos.

Pertencem a este último grupo os dementes precoces e os dementes orgânicos. Se não forem tirados do leito, não se levantam d'ele e não vão procurar a água para se banharem; exoneram-se no leito ou nas suas proximidades, e não têm os mais ligeiros cuidados indispensáveis para se manterem com certo asseio.

Devem, pois, ser atentamente vigiados, pois que, essa falta de limpeza pode ter para elles as mais funestas consequências. Assim, a falta de banhos, — pode dar origem (sobretudo no verão, em que as sudações são profusas) — a erupções cutâneas, a infecções mais ou menos intensas (furúnculos, antrazes, etc.), etc.

A falta de limpeza da bôca, pode provocar a piorreia alveolar (inflamação purulenta dos alvéolos dentários), a estomatite (inflamação da mucosa bucal, etc.).

O pouco cuidado com os objectos que os doentes podem meter na bôca e deglutir — originam frequentes enterites.

O **gatismo** (consistindo em o doente se exonerar no leito, isto é, em involuntariamente urinar e defecar no leito), determina desde as simples irritações cutâneas até às escaras, mais ou menos profundas e tantas vezes mortais, pelas infecções secundárias que se lhe associam.

Vejam, pois, de um modo geral, quais são os principais cuidados higiênicos a ter com os alienados — de resto idênticos, em princípio, aos que convém prestar a todos os doentes.

O doente deve tomar o seu banho, sempre que seja possível. Convém que o banho seja semanal e que o enfermeiro

que o dá vigie no sentido de que dêle resulte a mais perfeita limpeza possível. Há doentes que, devido a costume anterior à doença ou por via dela, manifestam vontade de se lavarem mais freqüentes vezes e essa vontade deve ser-lhes satisfeita. Mas além dos banhos gerais, deve o doente ser levado a outras limpezas parciais: a cara, as mãos, etc., — são partes do corpo que o doente pode e deve lavar freqüentes vezes.

Além dos banhos outros cuidados é preciso ter: despistar a existência de parasitas de qualquer espécie e cuja existência na cabeça, no púbis, nas axilas, etc., deve ser cuidadosamente pesquisada e prontamente combatida, tam sabido é que elles são portadores de numerosas e gravíssimas moléstias.

O estado da pele deve ser notado. Se há furúnculos, antrazes ou qualquer outra erupção cutânea e, sobretudo, se há quaisquer sinais de sarna que pela sua natureza contagiosa convém atacar o mais rápidamente possível.

Convém vigiar também a estado das unhas — cortá-las e limpá-las tantas vezes quantas forem precisas. Unhas sujas são veículos de doenças e podem provocar graves infecções da pele se o doente, ao coçar-se, produzir escoriações na epiderme. Porisso, tôda e qualquer escoriação que o doente apresente, deve ser prontamente desinfectada, podendo usar-se, como mais simples, as applicações de tintura de iodo.

Nos doentes portadores de doenças infecciosas, com febres elevadas, em que os lábios estão fuliginosos, a língua branca, etc., — convém fazer lavagens da bôca, ou com soluto de borato de sódio, ou com soluto de clorato de potássio ou com água oxigenada cortada com água destilada ou fervida.

Os mesmos cuidados são de aconselhar nos doentes submetidos a tratamento antisifilítico (injecções de mercúrio ou de bismuto), para evitar a produção de estomatites. As lavagens com o soluto de clorato de potássio, devem começar

desde o início do tratamento; e à menor suspeita de estomatites, deve este ser suspenso e as lavagens completadas pela aplicação de um soluto de azul de metilene.

Particularmente devem merecer cuidados os doentes que, pela natureza da doença ou pela avançada idade, entram em gatilho, urinando e defecando no leito.

Em breves dias, se os cuidados se não tomarem, nesses doentes se formam **escaras** que a todo o custo convém evitar. Para isso, torna-se necessário: pôr o doente de enxuto sempre que elle se molhe ou suje; e, para isso, examiná-lo a todo o instante, lavá-lo, enxugá-lo e polvilhar de um pó secante as regiões sagrada, nadegueiras, etc., (pó de talco, dermatol, etc.). A-pesar disso, muitas vezes, a pele dessas regiões torna-se vermelha, forma vesículas que acabam por romper-se, originando uma escara cada vez mais profunda.

Para não chegar a esse extremo convém evitar a interposição de qualquer objecto duro entre a pele do doente e o colchão (incluindo as simples rugas do lençol ou da camisa), colocar sob as nádegas do doente uma almofada de ar, (na sua falta, uma espessa camada de algodão em rama). Uma vez formada a escara, urge redobrar de cuidados para evitar que ela alastre e que se infecte provocando septicémia (infectção do sangue). Para isso procede-se à desinfecção da escara, tantas vezes quantas o doente se suje (soluto de Dakin, água oxigenada, etc.), e polvilha-se em seguida com dermatol, aristol, cristol, mistura de carvão, quina amarela e cânfora, etc.

A-pesar-de tudo, em muitos doentes, as escaras prosseguem no seu desenvolvimento e o doente conserva-as até à morte. Não fica, porém, ao enfermeiro, a responsabilidade do sucedido. Nem sempre as escaras são devidas a mortificação de tecidos iniciada pelo prolongado contacto com fezes

ou urina; e, tanto que não existem apenas as escaras sagradas ou gluteas (da região sagrada e das nádegas), mas também, em outros pontos onde o corpo assenta sobre o colchão (calcanhares, grandes trocânteres, cotovelos, etc.). — Para estes casos os cuidados preventivos e terapêuticos são idênticos aos já citados.

Pertencem ainda aos cuidados higiênicos a ter, os que respeitam a tres funções orgânicas importantes, acessíveis à observação do enfermeiro, que para tratamento delas deve possuir habilitações. Quero referir-me à alimentação, e às funções intestinais e urinárias.

A **alimentação** do alienado não deve ser, exclusivamente, regulada pelo hábito, pela rotina. É bom que o enfermeiro veja quais os alimentos que o doente prefere, para que, sendo possível, êles lhe sejam fornecidos. Dêste modo se consegue o bem estar do doente e o melhor funcionamento do seu aparelho digestivo. Mas isto não basta! É preciso que o doente só coma aquilo que pode comer: que não se ponha a dieta geral um doente com febre ou com diarreia; que se não deem alimentos duros, necessitados de cuidados de mastigação, a doentes desdentados, glutões ou que se engasguem facilmente; que haja enfim os cuidados indispensáveis para evitar complicações. Deve evitar-se também a super-alimentação, resultante dos alimentos trazidos pelas famílias dos doentes, não esquecendo um especial cuidado para aqueles doentes que, mercê de uma perversão do apetite, ingerem tôda a série de detritos que encontram, com grave prejuízo para os seus órgãos digestivos.

Os cuidados com as **funções intestinais** consistem, principalmente, em verificar como se faz a defecação: se as fezes são duras ou sôltas, se há ou não prisão de ventre, se há ou não diarreia. Convém, em qualquer dos casos, chamar a

atenção do clínico assistente, mas pode o enfermeiro tomar a iniciativa de certas providências, mórmente no que respeita à prisão do ventre.

Os clisteres de água fervida só, ou adicionada de azeite, glicerina, etc., ou em que se tenha emulsionado um pouco de sabão, são applicações de benéficos efeitos que, combatendo a prisão de ventre, evitam as infecções intestinais ou gerais que dela podem provir.

O **funcionamento do rim**, deve também merecer especial atenção quanto à emissão da urina. Doente que não urine necessita ser assistido urgentemente.

Dois casos se podem dar: ou a urina se acumula na bexiga e de lá não sai por qualquer lesão da própria bexiga ou da uretra (**retenção de urinas**), ou a urina não é excretada pelo rim, por doença deste (**anúria**). — No primeiro caso o ventre eleva-se, acima do púbis palpa-se um tumor esférico e a algaliação permite retirar a urina; no segundo, nenhum destes sinais existe, o doente apresenta edemas (inchaços), tem vômitos, diarreia, respiração cada vez mais difícil, acabando por cair em cõma durante o qual lhe sobrevem, muitas vezes, ataques epileptiformes (**urémia**).

Urge, pois, saber se o doente urina ou não e neste último caso se se trata de uma simples retenção urinária ou de uma anúria.

Será o médico que fará o diagnóstico, mas só o enfermeiro pode dizer o que se passa com o doente.

## CAPÍTULO V

### Cuidados especiais na aplicação de medicamentos

O tratamento de um doente, qualquer que êle seja, deve ser marcado pelo médico, e só pelo médico.

É prática desaconselhável a de administrar êste ou aquele medicamento, pela simples razão, de que é costume applicá-lo a doentes com estes ou aqueles sintomas.

É claro que não quero referir-me aos chamados tratamentos de urgência, que devem ser conhecidos por todos os enfermeiros e por êles postos em prática sempre que seja possível, independentemente da prévia prescrição médica.

A um doente com uma hemorragia externa, a outro que cai em síncope, a um terceiro que é surpreendido, quasi morto, dependurado duma trave duma arrecadação, etc., não se pode dizer que espere o médico e que não morra; urge que o enfermeiro faça quanto está ao seu alcance e tome, na hipótese de nada conseguir, aquelas resoluções que forem convenientes.

Mas todos êsses cuidados, a especificação de todos êsses casos, não pertence ao Curso de Psiquiatria, porquanto fazem parte da soma de conhecimentos a exigir a todo e qualquer enfermeiro.

Não vou agora dizer-vos também quais os cuidados a ter em tôda a espécie de injeções, qual o rigor a pôr na medição das doses a administrar, qual a atenção a dispensar no sentido de verificar se o medicamento é ou não ingerido pelo doente.

A mim interessa-me, sòmente, a applicação dos medicamentos nos doentes alienados ou nevropatas.

Nas injectões em geral deve proceder-se de maneira que um movimento brusco, uma crise de agitação, etc., não possam perturbar a técnica seguida, determinando accidentes diversos, todos graves para o doente — perder-se parte de líquido injectável, partir as agulhas, ser injectado no tecido subcutâneo o líquido que deve ser lançado na torrente sanguinea, etc.

Com a applicação de medicamentos pela bôca é necessário também um certo número de cuidados. Em primeiro lugar o frasco, a caixa ou tubo de remédio não deve jâmais ser deixada ao alcance do doente, quere porque pode ser entornado, com prejuizo para quem o pagou, quere porque pode ser ingerido, às escondidas, doses excessivas, por ignorância ou com intuitos suicidas.

Depois é preciso que o remédio seja apresentado ao doente nas condições prescritas, isto é, a horas, nas doses convenientes e nos recipientes adequados (copos, colheres, etc.). Estes devem sempre ser inquebráveis para evitar que o doente voluntária ou involuntariamente os parta com os dentes.

Deve vigiar-se atentamente o doente, neste momento, para adquirir a certeza de que o remédio foi rialmente e inteiramente engulido. Acontece, de facto, muitas vezes, sobretudo para os remédios em pílulas ou comprimidos, que os doentes os não engolem, ocultando-os sob a lingua, etc.; isto tem dois inconvenientes: o médico é enganado, pois não obtém os efeitos, julgando ter applicado os remédios adequados, e o enfermeiro é ludibriado e perde, por tal motivo, todo o prestígio que é necessário manter perante o doente que tem a seu cargo.

Vejamos agora quais os cuidados a ter, especialmente, para os diversos tratamentos:

1) — **Tratamento antisifilítico.**

É preciso obter, tam perfeitamente quanto possível, a desinfecção da bôca do doente, não esquecendo, jãmais, que o doente não a fará por si de maneira perfeita e que, por outro lado, pode ingerir os antisépticos empregados, alguns dêles dotados de grande toxicidade — clorato de potássio.

Como os doentes, na sua maior parte, não denunciam espontâneamente, os primeiros fenómenos inflamatórios, é indispensável vigiar-lhes cuidadosamente a bôca, para interromper o tratamento, logo que sejam notados os primeiros sintomas de estomatite (bismútica ou mercurial), sob pena de provocar uma série de conseqüências, qual delas a mais grave, para o doente — febre, impossibilidade de alimentação, etc.

Quando se trata de injeções mercuriais (cianeto, benzoato, óleo cinzento) é conveniente, também, verificar se no dia da injeção ou nos seguintes o doente sofre cólicas abdominais, diarreia, etc., — para no caso afirmativo interromper o tratamento ou atenuar a sua intensidade.

Para os tratamentos pelos arsenicais (Neosalvarsan, vulgarmente chamado 914; Sulfarsenol; Stovarsol; etc.) é preciso não errar a maneira de preparar as respectivas soluções.

Assim para o Neosalvarsan usar-se à uma diluição não inferior a 1,5 c. c. de água fervida por unidade de dose, isto é, 1,5 c. c. para a dose I, 3 c. c. para a dose II, 4,5 c. c. para a dose III, etc.; para o Sulfarsenol a proporção preferível é a de 2 c. c. por cada seis centigramas de produto, isto é, 2 c. c. para a dose I, 4 c. c. para a dose II, 6 c. c. para a dose III, e

assim sucessivamente; para o Stovarsol sódico, finalmente, a aplicar em injeções subcutâneas, usar-se à a proporção de 4 c. c. de água destilada para cada meio grama do produto, isto é, 4 c. c. para as ampolas de 0,5 grama; 8 c. c. para as ampolas de 1 grama; 12 c. c. para as ampolas de 1,5 grama.

Para todos estes casos convém vigiar cuidadosamente o doente, não só para registar qualquer acidente que se produza (vómitos, tonturas, perturbações da vista, etc.) mas também para evitar que por ele seja praticado qualquer acto contra indicado, (alimentação inconveniente, etc.).

## 2) — **Tratamentos calmantes.**

Veremos adiante, qual os diversos meios de tratar a agitação, a ansiedade, etc. Por agora quero apenas dizer-vos quais os principais cuidados a ter com os medicamentos de que habitualmente lançamos mão.

O **Somnifène**, em injeção intramuscular ou endovenosa, é talvez o melhor calmante de que dispomos. O seu uso não é, porém, isento de perigos: eliminando-se pelos pulmões e brônquios facilita, porisso, o aparecimento de bronquites, focos de bronco-pneumonia, etc., sobretudo se o doente se expõe ao frio. Devemos, pois, ter convenientemente agasalhados e aquecidos os doentes a quem tal droga seja aplicada. E por mais forte razão, deve ela ser posta de parte sempre que o enfermeiro suspeite (pela presença de febre, de tosse, de pontada, etc.), de que qualquer doença respiratória surgiu no doente.

A **morfina**, o **pantopon** e **remédios similares**, só por conselho médico devem ser aplicados, pois se corre o maior perigo de, pela sua aplicação, promover o aparecimento de **toxicomanias** (morfinomania, etc.). Não devem, pois, os enfermeiros ceder às solicitações que os doentes lhes façam

nesse sentido, pois podem por tal facto tornar-se responsáveis pelo aparecimento ou pela manutenção desses desgraçados vícios.

Para os outros hipnóticos (**veronal, luminal, etc.**), deve haver também todo o cuidado, não só porque podem ser usados pelos doentes com fins suicidas (há exemplos de doentes terem ingerido de uma só vez os comprimidos que juntaram durante dias) mas também porque podem criar neles o hábito de os ingerir (**toxicomanias**).

### 3) — **Tratamentos diversos.**

O uso de um remédio tem as suas vantagens mas também os seus inconvenientes.

Não é possível, porém, inumerá-los aqui a todos; e por isso eu desejo, para terminar este capítulo, dar apenas um certo número de informes gerais à-cêrca-de certos tratamentos usuais.

Os **purgantes** só devem ser applicados por conselho médico; para combater uma prisão de ventre, mais vale o enfermeiro limitar-se a fazer ao doente um clister com água tépida, adicionada ou não de glicerina, azeite, óleo de castor, sabão, etc., pois o mais banal purgante pode ter inconvenientes que só o médico pode conhecer.

Entre os chamados **tratamentos tónicos**, poucos são aqueles que podem ser usados em todos os doentes, sem inconveniente de maior. As injeções de óleo canforado ou de cacodilato de sódio, quando convenientemente applicadas, são, entre todos, aqueles que menos inconvenientes poderão trazer ao doente. Outros preparados, sobretudo os que, pela sua composição, possam excitar os doentes (estricnina, kola, noz vómica, iodo, iodeto, etc.), não devem ser aconselhados nem usados sem confirmação do médico.

## CAPÍTULO VI

### Recusa de alimentos

Entre as situações que mais vezes complicam a assistência aos alienados devo referir, primeiro, à que resulta de o doente se não alimentar. As suas conseqüências são graves e, muitas vezes, irremediáveis: o doente, se não se tomam, imediatamente, providências, emagrece progressivamente, debilita-se, e além de piorar do seu estado mental, cai na inanição e morre. Ao enfermeiro de alienados não interessam, porém, todos os casos em que o doente se não alimenta; convém-lhe conhecer, sobretudo, aqueles em que se trata de uma verdadeira recusa de alimentos. São êsses que êle tem de tratar.

Dá-se o nome de **recusa de alimentos**, ao sintoma que consiste em o doente não ingerir qualquer alimento, em conseqüência da sua doença mental e não porque haja lesão orgânica que dificulte a mastigação, a deglutição, etc. Rialmente, não se devem tomar como recusa de alimentos os casos em que existe, de facto, dificuldade ou impossibilidade na alimentação.

São êles, principalmente: doenças da bôca que dificultam a mastigação, devido às dores intensas que esta provoca — estomatites, cárie dentária, cancro da língua, etc.

Doenças da faringe ou do esófago que impeçam a deglutição — faringites, úlceras ou cancros da fanrige e do esófago, apertos do esófago, etc.

Doenças do estômago: em que a ingestão de alimentos provoca dores intensas, vômitos, etc. — úlcera, cancro do estômago, etc.

Doenças mentais acompanhadas de **estado confusional**

**profundo** — estado em que o doente não chega a perceber o que pretendem dêle, não se alimenta por não possuir consciência dos actos que pratica.

Doenças que levaram o doente ao **côma**, estado durante o qual, apenas, existem as funções circulatórias e respiratórias e em que a deglutição, etc., estão abolidas (côma epiléptico, côma post-congestivo, etc.).

Outros casos há, mas de menor importância. Se nenhuma destas hipóteses se dá, se o doente pode comer, se a ingestão dos alimentos não é impossível e não determina quaisquer fenómenos dolorosos, etc., — e, a-pesar-de tudo, êle, se não alimenta pode dizer-se, então, que tem recusa de alimentos.

Porque motivo é que o doente recusa os alimentos, se não tem doença orgânica que explique êsse facto? Diversos são as **causas dêste sintoma**, mas sempre tam fortes e imperiosas que levam, frequentemente, o doente ao último extremo de magreza e à morte.

Vejamos quais:

1.º — **Por negativismo.** — Vimos anteriormente o que se entende por negativismo; por agora direi, apenas, que neste caso, os doentes recusam os alimentos pelo simples motivo de nós querermos que êles os ingiram;

2.º — **Por obediência a alucinações.** — Há doentes que têm alucinações auditivas e imperativas, isto é, ouvem vozes que lhe dão ordens; ora, entre estas ordens, pode encontrar-se a de não comer: — «não comas, não queira êsse alimento!» — diz a voz; e o doente obedece recusando os alimentos;

3.º — **Por desejo de obter a morte.** — Certos doentes (melancólicos, etc.), procuram suicidar-se por todos os meios

e um dos tentados frequentes vezes é a falta de alimentação, que a ser permitida os levaria efectivamente à morte;

4.º — **Pela existência de ideias delirantes.** — Em obediência a estas ideias (que já foram classificadas), o doente pode, de facto, não querer alimentar-se. Assim, um doente que suponha que o perseguem e que, para o matarem, deitarão venenos nas comidas, recusa estas com tōda a certeza; outro tanto succede com um doente que afirme não ter estômago para conter os alimentos ou estar intoxicado (**ideias delirantes hipocondríacas**); não ter dinheiro para sustentar a família e não querer, porisso, gastá-lo em proveito próprio (**ideias delirantes de miséria**); não merecer, pelos muitos crimes que cometeu, a comida que lhe dão (**ideias delirantes de indignidade**), etc.

É bom sempre apurar porque motivo ou motivos o doente se não quer alimentar, pois que o tratamento de tal sintoma pode variar com a sua causa.

Vejamos, então, no que consiste o tratamento de recusa de alimentos. Em face de um doente que se não alimenta convém, primeiro que tudo verificar se se não trata de impossibilidade de alimentação; pois que, neste caso, será necessário instituir com urgência o tratamento adequado à causa dessa impossibilidade. Depois, assente que se trate de real recusa de alimentos, tentar descobrir qual a perturbação mental que a determina (negativismo, ideia delirante, tentativa de suicídio, alucinações, etc.).

Este descobrimento nem sempre é fácil e não pode, pelo menos na maior parte das vezes, fazer-se com a rapidez que seria para desejar e, porisso, nem sempre poderá ser aguardado, pois que o doente não pode nem deve manter-se sem alimentação por mais de 48 horas. Estabelecida ou não a causa da recusa, o que urge é fazer a alimentação do doente,

salvo se se verificar que se trata de simulação, porque então a fome será o melhor tratamento.

E como tratar a recusa de alimentos? Primeiro, deve empregar-se a insistência, a persuasão, sem violências e sem maus modos.

Muitos doentes há que se deixam convencer e começam a alimentar-se. Se por êste meio nada se consegue, deve tentar-se outro sistema: colocar a comida ao alcance do doente sem nada lhe dizer; se se trata de um negativista, o estratagemma pode surtir efeito — o doente vendo que ninguém lhe impõe a alimentação não reage pela recusa e vai êle próprio procurá-la.

Noutros casos (perseguidos com receio de serem envenenados) é preferível não destinar o alimento; deixa-se que o doente o vá escolher, levando-o assim a crer que o prato que só êle escolhe não estará envenenado.

Por vezes, porém, nenhum dêstes meios conduz a satisfatório resultado; e, então, far-se à primeiro a simples ameaça com a sondagem e, depois, o seu emprêgo, como meio de remediar a recusa de alimentos, embora não seja completamente isento de perigos, como vamos ver.

Não vou aqui descrever-vos a maneira de fazer uma **sondagem**. Já na parte geral dêste curso vos foi feita uma lição sôbre tal assunto. Por mim quero apenas dizer-vos que a sondagem pode ser nasal (com sonda mole), ou bucal (com sonda rígida), e que uma e outra tem vantagens e tem inconvenientes.

É costume, porém, recorrer à sondagem nasal apenas quando o doente, cerrando fortemente os dentes, impede que a introdução da sonda se faça pela bôca.

Acidentes vários e incidentes diversos podem produzir-se durante a sondagem. A saber: ao ser introduzida na faringe

a sonda pode tocar a úvula e provocar vômitos que veem interromper o acto; o doente, pelo seu lado, pode debater-se ou, fazendo saltar a cunha, traçar a sonda com os dentes engulindo a parte que tiver passado a faringe; a ponta da sonda pode ir alojar-se num diverticulo do esófago e, empurrada com violência, ir provocar uma rotura deste órgão, de desgraçadas conseqüências; se existe uma úlcera ou cancro no esófago ou no estômago, pode a sonda, tocando-lhe, provocar hemorragias mais ou menos abundantes e, porisso, mais ou menos graves. Mas o facto mais freqüente na prática da sondagem consiste na introdução das sondas na traqueia, e, ainda pior, na introdução do líquido alimenticio na árvore respiratória.

No primeiro caso, sobrevem a tosse, a cianose e a dispneia (falta de ar), podendo chegar à morte do doente se a sonda não é prontamente retirada.

No segundo caso (ou porque a sonda foi metida na traqueia e o líquido lançado logo em seguida, ou porque, numa sondagem normal, algum líquido caiu na traqueia ao retirar a sonda) — há igualmente tosse, dispneia, cianose; pode sobrevir a morte por asfixia, ou produzir-se uma pneumonia chamado pneumonia séptica, («devida à introdução de alimentos no pulmão, onde apodrecem»), e que leva quasi sempre à morte.

Nunca é de-mais, por tudo isto, usar os máximos cuidados na prática da sondagem. Se em dado momento esta se não faz naturalmente, mais vale desistir dela nessa ocasião, do que forçar e provocar complicações sempre desagradáveis e muitas vezes irremediáveis.

## CAPÍTULO VII

### Tratamento da agitação

Um doente agitado é um elemento de perturbação na ordem da enfermaria; acarreta quasi sempre prejuizos de ordem diversa ao serviço em que se encontra e pode provocar os mais graves desastres nos outros doentes, no pessoal e até no próprio agitado. Convém, pois, tratar convenientemente um doente que está nestas condições. Vejamos, primeiro, quais os diversos processos de tratamento e depois quais aqueles que no nosso Hospital podem e devem ser postos em prática.

Os diversos meios empregados no **tratamento da agitação** podem catalogar-se em dois grupos:

- a) **Meios físicos;**
- b) **Meios químicos ou medicamentosos.**

Estudemo-los separadamente.

a) **Meios físicos.** — A um doente agitado convém a alec-tuação: o doente deve estar deitado, quer porque dêse modo a vigilância é mais fácil, quer porque menor é o numero de excitações exteriores que exacerbam a agitação. Por este último motivo, também, ao agitado convém o isolamento — quanto mais só, quanto menor é o número de factos que se passam à roda do alienado, tanto menos êle se excita e se agita. Recebendo os remoques dos outros companheiros, reparando no que êles fazem, interrogando-os, ameaçando-os, insultando-os, ou irritando-os, com as suas respostas, o doente agitado irrita-se ainda mais; se está num quarto, sô-

sinho, nada disto se dá e a agitação não só é menor em cada dia, mas, também, dura menos dias.

Nem sempre, porém, a alectuação e o isolamento são aconselháveis. Assim, nos doentes em que há necessidade de ocupação, com intensidade moderada, em manifesto declínio, o doente pode lucrar em que lhe sejam facultados meios de se entreter, trabalho em que possa gastar a sua actividade. São particularidades cuja resolução pertence ao médico.

Como meio de tratamento pròpriamente dito devo citar-vos, porém, à frente de todos, a **balneação tépida**. Os banhos gerais tépidos (**a 36 ou 37°**), mais ou menos prolongados são de facto os mais convenientes e dos mais activos meios de tratar a agitação. A sua eficácia é tanto maior, quanto mais demorado fôr o banho; e, assim, é que, em serviços hospitalares onde não falta o pessoal nem a água, há instituído para tratamento da agitação, o chamado **banho permanente** — banho de tina, morno e prolongado durante horas e dias, sem interrupção.

O efeito benéfico da balneação tépida pode ser ajudado pelo uso das aplicações frias sôbre a cabeça (saco de gelo, toalha molhada, etc.).

Um outro meio a empregar é representado pelo **colete de fôrças** e restantes meios contensivos. É uma maneira falsa de tratar mecânicamente a agitação. Eu já vos disse que o **colete não cura, nem sequer melhora a agitação**; evita as suas malélicas conseqüências, embora, certamente à custa de outras desvantagens para o doente. É, como vos disse: **um mal necessário para evitar um mal maior**.

b) **Meios químicos**. — Consiste no emprêgo de diversos medicamentos **calmantes** ou **hipnóticos**, em doses variáveis. Citaremos como mais importantes: a **hiosciamina** (1 a 3 in-

jecções por dia), o **luminal** (2 a 3 comprimidos por dia), o **brometo** (em doses variáveis, em regra não excedendo 2 a 4 gramas por dia), o **veronal**, para tratamento de insónia agitada (1 ou 2 hóstias ao deitar) e, por fim, o **Somnifène**, a aplicar em injecções intramusculares (1 a 2 por dia, ampolas de 1 centímetro cúbico por dose) ou endovenosa (1 por dia, ampolas com 5 centímetros cúbicos), sempre sob vigilância médica.

De todas estas drogas a mais activa é, indubitavelmente, o **Somnifène**. Aplicado intramuscular, calma a agitação; endovenosamente, faz cair o doente em profundo e duradouro sono.

Empregando o **Somnifène**, chega a conservar-se o doente adormecido horas, dias e semanas seguidas, apenas o despertando para as necessidades da alimentação.

Tem, porém, seus inconvenientes e dêles quero falar-vos para que, se amanhã, puderdes dispôr dêle, não o empregueis de ânimo leve. O **Somnifène**, elimina-se pelo pulmão e sob a influência de resfriamentos (que o doente adormecido não evita), pode determinar pneumonias e outras afecções pulmonares, por vezes, de más e irremediáveis consequências. Torna-se, pois, necessário conservar o doente em quarto aquecido, agasalhando-o bem para o furtar às mudanças de temperatura — sobretudo durante o inverno.

De tudo isto a que pode lançar-se mão no nosso Manicómio? O isolamento não é possível, dada a acumulação extrema de doentes; a balneação tépida pode, apenas, reduzir-se ao banho tépido prolongado durante 20 ou 30 minutos com a aplicação fria sobre a cabeça; e dos meios químicos há que excluir muitas vezes o melhor dêles o **Somnifène**, que medidas de economia por vezes têm banido deste Hospital. Impossíveis assim, de pôr em prática os mais moder-

nos e mais eficazes meios de tratamento da agitação, restamos o recurso aos meios contensivos, ao colete, por todos tam condenado, mas insubstituível por completo, com os meios de que dispomos.

## CAPÍTULO VIII

### Das relações dos enfermeiros com os alienados

Assim, como a primeira lição dêste curso foi de conselhos e ensinamentos, eu quero que a última o seja igualmente, para que ao terminar as minhas lições eu vos lembre, uma vez mais, que ser enfermeiro de alienados não é sòmente saber realizar um certo número de operações ou conhecer por alto, um limitado número de sintomas. As obrigações morais que êste curso vos impõe, são alguma coisa de grande e de pesado. Para que o possais aguentar é que eu juntei aos ensinamentos os conselhos com que pretendo findar êste curso.

Um doente alienado não é, perante a lei e perante a sociedade, um homem como qualquer. Não lhe cabe a responsabilidade dos seus actos, ainda os mais violentos, mas, em contra-partida, não são válidos, perante quaisquer autoridades, os seus depoimentos e as suas declarações ou acusações não podem, porisso, ser levadas em conta e atendidas.

Tanto basta para que se não exerçam, jámais, sòbre o doente quaisquer violências; para que se não realize com êles qualquer espécie de negócio ou transacção, para que se não crie junto dêles o menor entendimento ou combinação; e, tudo, isso, porque, um enfermeiro que, amanhã, seja

acusado por um doente de qualquer acto do género daqueles que eu citei, pode nada perder disciplinarmente, pois pode entrincheirar-se na negativa, mas, moralmente, deve sentir-se duplamente enxovalhado por se associar ao doente e, por depois, o desmentir e negar, confiado na inanidade das suas acusações.

Outro ponto a desejar é que o enfermeiro se comporte na presença dos doentes como se elles fôsem, de facto, lúcidos e conscientes. Só, assim, conseguirá que elles o respeitem e considerem e verá facilitada a sua missão junto dêles.

Depois, cada doente que sai do Manicómio tanto pode ir dizer bem — se bem o trataram... — como mal — se esse for o tratamento que lhe deram. E eu acho que todo o enfermeiro que se preze, deve estimar que digam bem dêle e da instituição a que pertence. Não sei como classificar o enfermeiro que pede dinheiro aos doentes, que consente em acompanhá-los a trôco de dinheiro, que os instiga a explorar as mais ilícitas maneiras de arranjar dinheiro — quer pelo jôgo, quer pelo roubo — meios, ambos igualmente condenáveis e que no Manicómio ainda hoje se cometem, possivelmente, com a tácita e criminosa aquiescência de alguns empregados menos pundonorosos e nada cumpridores dos seus deveres.

Um conselho mais: nunca consentais que alguém obtenha dos doentes a assinatura de documentos, quaisquer que sejam. Implica o caso uma grave responsabilidade e pode mais tarde acarretar-vos sérias consequências e pesadas sensaborias.

Há pessoas que de nada se temem e muitas vezes pretendem levar os doentes à assinatura de compromissos que poderiam, mais tarde, ser anulados, mas nunca vos livrariam da acusação infamante de terdes recebido dinheiro para consentirdes nessa assinatura.

---

Por aqui termino estas lições. Que aproveitareis de tudo quanto vos ensinei? Nem eu calculo.

Devo dizer-vos que não tenho a pretensão de ter ensinado tudo quanto deveis saber como enfermeiro de alienados. Muito mais há a aprender. E se o amor da profissão vos acompanhar, podereis, pela vida fora, ir aumentando sempre o número dos vossos conhecimentos. Para mim, basta-me a consolação de vos ter iniciado nesse labor, tentando criar em vós o gosto por uma profissão que, com a minha, constitui o grupo das mais altruístas, das mais elevadas profissões. Ser médico, ser enfermeiro, é contribuir por mil maneiras, para as melhoras do doente; mas ser médico ou ser enfermeiro de alienados é mais do que tratá-los; é ouvi-los, confortá-los, restituir-lhes a possível tranquilidade, compensar-lhe a desgraça de uma liberdade perdida, de uma prisão que tantas vezes durará por toda a vida.

Possam vocês, pelo seu esforço, desempenhar cabalmente esta missão e eu ficarei contente de, pelas minhas palavras, ter contribuído para a vossa exemplar conduta e constante dedicação.

---

(Página deixada propositadamente em branco)

Por lápso, deixou de ser colocada na devida altura (linha 14, da página 30), o conteúdo da seguinte nota.

---

**B) Perturbações do conteúdo ideativo.** — Compreende, principalmente, os **delírios**.

O **delírio** é um sintoma muito freqüente nos alienados e, talvez, dos que mais conhecidos são do grande público, como característicos de alienação mental. Importa, pois, que vocês possuam umas noções gerais à-cêrca-de **delírios**, conheçam e saibam distinguir algumas das suas variedades.

Chama-se **ideia delirante** a uma ideia falsa, dependente de uma doença mental, mais ou menos verosímil ou absurda, e de cuja veracidade não podemos fazer desconfiar o doente, nem pela discussão, nem pela crítica, nem pelos desmentidos da própria experiência.

Exemplifiquemos: um doente diz-nos que é rei, que é o homem mais rico do mundo, etc. Por mais que tentemos convencê-lo de que só é rei quem é filho de reis, que se fôsse rico não vestiria o fato ordinário que traz, nem se deitava num leito de hospital, êle não modifica as suas ideias e continua a afirmar-se rei, muito rico, etc., de nada tendo valido a nossa argumentação e a verificação da sua situação por êle mesmo realizada. Ê que êste doente tem uma ideia delirante.

A um conjunto de ideias delirantes, mais ou menos relacionadas entre si e sempre dependentes da mesma doença, é que se dá o nome de **delírio**.

Os **delírios** não têm todos a mesma origem e, muito menos ainda, o mesmo conteúdo. Quanto à origem os **delírios** podem ser **alucinatórios, interpretativos e imaginativos** — consoante são fabricados à custa de **alucinações** de qualquer esfera sensorial; de **interpretações**, deformação de factos reais de modo a atribuir-lhes um valor que vem confirmar as próprias ideias do doente, e em produtos da fantasia, em **factos imaginados**.

Exemplo de **delírio alucinatório**: — o de um **alcoólico** com **alucinações auditivas**: ouve vozes ameaçando-o, dizendo que o vão prender, que o vão matar. Baseado nestas alucinações, o doente elabora um delírio: há pessoas que lhe querem mal, a polícia vai prendê-lo, para depois o matar, etc., etc. — É um **delírio alucinatório**, porisso, que foi elaborado à custa de alucinações.

Exemplo de um **delírio interpretativo**: — certo doente conta-nos que no emprêgo em que estava, não gostavam do seu serviço, pois, mal o superior entrava no escritório sempre olhava para o seu lado, rindo-se ou indo encarregar outro empregado de um serviço que êle seria capaz de fazer. Tudo isso para o desconsiderarem, para lhe mostrarem que não satisfaz, que melhor era ir-se embora. Querem despedi-lo, querem tirar-lhe o pão, fazê-lo desgraçado. E, assim, se gerou um **delírio** baseado apenas em apreciações parciais de factos reais, isto é, de interpretações tendenciosas, **delírio** porisso mesmo chamado **interpretativo**.

Exemplo de um **delírio imaginativo**: — o delírio de um paralítico geral que, sem ter alucinações e sem fazer interpretações, toma como rialidade os produtos da sua fantasia: — é general, comanda todos os exércitos, vai fazer a guerra a todas as nações, etc.

Pelo que respeita ao conteúdo, podem estabelecer-se quatro grandes categorias de **delírios**:

**a) Delírios expansivos ou de grandeza.** — O doente supõe-se altamente colocado na sociedade, possuidor de grandes bens de fortuna e de grande poder pessoal, etc., possuidor de uma saúde e de uma fôrça incomparáveis; etc., etc. São os **delírios** freqüentemente encontrados nos paralíticos gerais e que também se chama **delírios megalomaníacos**;

**b) Delírios depressivos** (opostos aos anteriores). — O doente julga-se pobre, arruinado, sem dinheiro para pagar as despesas, sem dinheiro para comer; ou, então, acusa-se de crimes que não praticou, julgando-se o homem mais indigno, a quem ninguém deve apertar a mão; ou, então, diz-se muito doente, sem cura possível, com os seus órgãos estragados, etc. São os **delírios** próprios dos melancólicos;

c) **Delírios persecutórios.** — Nêles, o doente julga-se perseguido por um individuo ou por uma seita a cuja perseguição foge por todos os meios. A perseguição pode ser física, isto é, ser dirigida contra a sua vida; ou sexual (ter como intento a realização de actos criminosos de ordem sexual); ou social (visar a prejudicar o doente na situação que occupa, a tirar-lhe o lugar em que está, etc.).

d) **Delírios de reivindicação** (opostos aos anteriores). — Nos quais o doente luta para obter certas situações a que se julga com direito, lançando, para isso, mão de todos os meios ao seu alcance para fazer valer êsses supostos direitos.

Estas duas últimas categorias de **delírios** encontram-se nos dementes precoces e nos paranóicos e podem levar os doentes às fugas, ao suicídio e, até, ao homicídio. Devem, pois, os seus portadores ser objecto de especial vigilância.

---

(Página deixada propositadamente em branco)

# ÍNDICE ALFABÉTICO

## A

Actividade (perturbações da) . . . . .	20
Afectividade (perturbações da) . . . . .	20
Afectos (modificações dos) . . . . .	32
» familiares . . . . .	32
Agitação (tratamento da) . . . . .	66
» ansiosa . . . . .	34
» incoerente . . . . .	34
» motora . . . . .	34
Alcoolismo . . . . .	19
Alienação mental . . . . .	15
Alienado . . . . .	15
Alucinação (definição da) . . . . .	22
Alucinações (reconhecimento das) . . . . .	23-24
» auditivas . . . . .	22
» (éco do pensamento) . . . . .	23
» bizarras . . . . .	23
» cenestésicas . . . . .	23
» gustativas . . . . .	22
» imperativas . . . . .	22
» olfactivas . . . . .	22
» tactis . . . . .	22
» visuais . . . . .	22-24
» zoópsicas (zoópsias) . . . . .	23
Amnésia . . . . .	26
» de conservação . . . . .	26
» evocação . . . . .	26
» fixação . . . . .	26
» lacunar . . . . .	27
Ansiedade . . . . .	32
Anúria . . . . .	55

Apatia . . . . .	32
Aplicação de medicamentos . . . . .	54
Ataques epilépticos . . . . .	45
Atenção (perturbações da) . . . . .	24
» abolida . . . . .	25
» espontânea . . . . .	25
» voluntária . . . . .	25

**B**

Balneação tépida . . . . .	67
Banho permanente . . . . .	67
» prolongado . . . . .	67
Banhos (cuidados com os) . . . . .	45

**C**

Catalepsia . . . . .	35
Catatonía . . . . .	34
Causas das doenças mentais . . . . .	17
» extrínsecas ou determinantes . . . . .	17
» intrínsecas ou predisponentes . . . . .	17
Cocainismo . . . . .	19
Colete (abuso do) . . . . .	8
» (inconvenientes do) . . . . .	8
Côma . . . . .	62
Compreensão (perturbações da) . . . . .	24
Conduta dos doentes . . . . .	44
Confabulação . . . . .	30
Conservação (memória de) . . . . .	26
Cuidados com a alimentação . . . . .	47
»   »   » boca dos doentes . . . . .	55
»   »   » pele dos doentes . . . . .	52
»   »   » as reacções dos doentes . . . . .	52
»   »   » unhas dos doentes . . . . .	52
»   »   » visitas . . . . .	48
»   »   » os banhos . . . . .	45
»   »   » epilépticos . . . . .	48
»   »   » gerais . . . . .	45

**D**

Débil mental . . . . .	16
Delírio. . . . .	73
» alucinatório . . . . .	73
» depressivo . . . . .	74
» de grandeza . . . . .	74
»   » reivindicação . . . . .	75
» imaginativo . . . . .	73
» interpretativo. . . . .	73
» mixto . . . . .	74
» persecutório . . . . .	75
Demência . . . . .	15
Dementes . . . . .	31
» precoces . . . . .	36
» senis. . . . .	37
Depressão afectiva . . . . .	32
Desorientação . . . . .	28
Doenças dependentes de lesões cerebrais. . . . .	19
» das glândulas de secreção interna . . . . .	19
» mentais (classificação das) . . . . .	16
» agudas . . . . .	16
» crónicas . . . . .	16
» intermitentes . . . . .	16
» remitentes . . . . .	16
» sub-agudas . . . . .	16
» (etiologia das). . . . .	17
» (semiologia das). . . . .	20

**E**

Ecolália . . . . .	35
Ecomímia . . . . .	35
Ecopraxia . . . . .	35
Emoções (expressão das). . . . .	33
Ergotismo ou ergotinismo . . . . .	19
Estado civil e doenças mentais . . . . .	18
» confusional . . . . .	37

Estado do mal . . . . .	50
Esteretotipias dinâmicas. . . . .	35
» estáticas . . . . .	35
Euforia . . . . .	32
Evocação (memória de). . . . .	26

**F**

Físicas (causas) . . . . .	18
Fixação (memória de) . . . . .	26
» plástica das atitudes . . . . .	35
Funções de nutrição . . . . .	44
» sexuais . . . . .	44
Funcionamento do rim . . . . .	53

**G**

Gatismo . . . . .	51
-------------------	----

**H**

Higiene geral dos alienados . . . . .	50
Hipermnésia . . . . .	26
Hipertonia . . . . .	34
Hipotonia . . . . .	34
Honestidade profissional . . . . .	6
Humor (modificações do). . . . .	32

**I**

Idade e doenças mentais . . . . .	18
Ideação . . . . .	28
Ideias (fuga de) . . . . .	29
» (perturbações do curso das) . . . . .	28
» delirantes. . . . .	74
Idiota . . . . .	16
Idiotia . . . . .	16
Ilusão (definição de) . . . . .	22
» auditiva . . . . .	22
» gustativa . . . . .	22

Ilusão olfactiva. . . . .	22
» táctil . . . . .	22
» visual . . . . .	22
Imaginação (perturbações de) . . . . .	30
Imbecil . . . . .	16
Incoerência . . . . .	29
Incontinência emocial . . . . .	33
Indiferença afectiva . . . . .	32
Inibição ideativa . . . . .	28
» motora. . . . .	34
Insónia . . . . .	44
Inteligência (perturbações da). . . . .	20-31
Intoxicações agudas . . . . .	18
» alimentares. . . . .	19
» crónicas . . . . .	18
» profissionais . . . . .	19
» viciosas. . . . .	19
Irritabilidade . . . . .	32

## L

Labilidade afectiva . . . . .	33
Lacuna mnésica . . . . .	27
Lentidão do pensar. . . . .	28
Loquacidade . . . . .	28
Loucura . . . . .	15
Luminal . . . . .	60

## M

Maneirismo . . . . .	35
Maníacos . . . . .	36
Memória . . . . .	26
» (formas de) . . . . .	26
» (perturbações da) . . . . .	25-26-27
Mitomania . . . . .	30
Mitómanos . . . . .	30
Monólogos . . . . .	29
Morais (causas). . . . .	19

Morfina . . . . .	19
Morfinomania . . . . .	59
Mutismo de iniciativa . . . . .	30
» espontâneo . . . . .	30
» reactivo . . . . .	30

**J/N**

Necessidade de acção . . . . .	34
»     » ocupação . . . . .	33
Negativismo generalizado . . . . .	35
» palpebral . . . . .	35
» segmentar . . . . .	35
» universal . . . . .	35
Neologismos . . . . .	30

**O**

Oligofrenia . . . . .	16
Orientação (perturbações da) . . . . .	27
» alopsíquica . . . . .	28
» autopsíquica . . . . .	28

**P**

Pantopon . . . . .	59
Parasitas . . . . .	52
Pelagra . . . . .	19
Percepção (perturbações da) . . . . .	21
Profissão e doenças mentais . . . . .	18
Psicopatia . . . . .	15
Psicoses acidentais . . . . .	19
» constitucionais . . . . .	20
Psiquiatria . . . . .	15
Purgantes . . . . .	60

**R**

Raptus . . . . .	36
Recusa de alimentos . . . . .	61
»     »     » (causas da) . . . . .	62
»     »     » (tratamentos da) . . . . .	64

## S

Sexo e doenças mentais . . . . .	18
Síndrome mental . . . . .	20
Sintoma mental . . . . .	20
Solilóquios . . . . .	29
»    dialogados . . . . .	29
Somnifêne . . . . .	68
Somno (ou sono) . . . . .	44
Sondagem . . . . .	64
»    (acidentes da) . . . . .	65
»    bocal . . . . .	64
»    nasal . . . . .	64

## T

Taras hereditárias . . . . .	17
Tóxicas (causas) . . . . .	17
Toxicomanias . . . . .	59
Toxi-infecções . . . . .	19
Tratamento antisifilítico . . . . .	58
Tratamentos calmantes . . . . .	59
»    tônicos . . . . .	60
Traumatismo craneano . . . . .	18
Tristeza mórbida . . . . .	32

## U

Urémia . . . . .	53
------------------	----

## V

Veronal . . . . .	60
Vesânicas (causas) . . . . .	17
Viciosas (intoxicações) . . . . .	19
Vigilância de alienados . . . . .	41
Visitas dos alienados . . . . .	45
Vontade (perturbações da) . . . . .	20

## ERRATAS

Além daquelas que o leitor fará espontâneamente, deve chamar-se a sua atenção para as seguintes :

Página:	Linha:	Onde se lê:	Deve ler-se:
8	27	cobertos	coberto
15	3	Ramo de medicina	Ramo da medicina
22	11	Percepção sem affecto	Percepção sem objecto
23	15-16	possivelmente	provavelmente
25	25	se conhecer	reconhecer
26	16	chamado amnésia do	chamando amnésia ao
28	7	ques e	que se
30	1-2	melancólica	melancolia
36	17	Há	Ou
37	9	doentes	dementes
42	14	regulamento	regulamentar
44	26	sexual	sexual
45	7	encaminhá-la	encaminhá-las
48	18	lhe	lhes
50	23	incompatível	incompatível
61	25	fanrige	faringe
62	15	Diversos	Diversas
74	27	chama	chamam

---

(Página deixada propositadamente em branco)

Série  
Documentos

•

Imprensa da Universidade de Coimbra  
Coimbra University Press

2006

