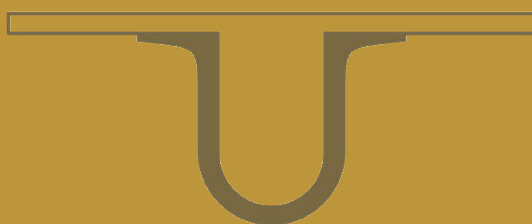




UNIVERSIDADE D  
COIMBRA



Ruben Filipe Gaio dos Santos

**A INTRODUÇÃO DE PSICOTRÓPICOS EM PORTUGAL:  
O CASO PARTICULAR DOS ANTIDEPRESSIVOS (1950-2000)**

Tese no âmbito do Doutoramento em História, ramo de História Contemporânea, orientada pelo Professor Doutor João Rui Couto da Rocha Pita e co-orientada pela Professora Doutora Ana Leonor Dias da Conceição Pereira e apresentada ao Departamento de História da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Março de 2019

# FACULDADE DE LETRAS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## A INTRODUÇÃO DE PSICOTRÓPICOS EM PORTUGAL: O CASO PARTICULAR DOS ANTIDEPRESSIVOS (1950-2000)

Ruben Filipe Gaio dos Santos

### Ficha Técnica

<b>Tipo de trabalho</b>	Tese de Doutoramento
<b>Título</b>	A introdução de psicotrópicos em Portugal: O caso particular dos antidepressivos (1950-2000)
<b>Autor</b>	Ruben Filipe Gaio dos Santos
<b>Orientador</b>	Professor Doutor João Rui Pita
<b>Coorientador</b>	Professora Doutora Ana Leonor Pereira
<b>Identificação do Curso</b>	Doutoramento em História
<b>Área Científica</b>	História
<b>Especialidade</b>	História Contemporânea
<b>Data</b>	2018

Tese de doutoramento em História, ramo de História Contemporânea, orientada pelo Professor Doutor João Rui Pita e coorientada pela Professora Doutora Ana Leonor Pereira, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. A investigação integrou-se no plano de atividades científicas do Grupo de História e Sociologia da Ciência e Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20.

Trabalho financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, bolsa de doutoramento SFRH/BD/70021/2010.



*You are not to blame for  
Bittersweet distractors  
Dare not speak its name  
Dedicated to all human beings*

Radiohead – Reckoner  
In Rainbows (2007)

## **AGRADECIMENTOS**

No árduo caminho que culminou com a concretização deste trabalho, é impossível não deixar uma palavra de apreço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a sua edificação.

Ao meu orientador, Professor Doutor João Rui Pita e à minha coorientadora, Professora Doutora Ana Leonor Pereira o meu profundo obrigado pela forma mestra como me inculcaram curiosidade, ética, responsabilidade e compreensão por um tema que me fascinou desde o início. Foram incansáveis na ajuda e orientação que me proporcionaram e irrepreensíveis na forma como me auxiliaram nas fases mais críticas deste projeto. Sem eles, nada disto seria possível.

No âmbito institucional é de notar o apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia por ter viabilizado este trabalho através de uma Bolsa de Doutoramento (SFRH/BD/70021/2010) sem a qual não teria sido possível encetar este projeto. Deve-se igualmente gratidão à Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra e ao Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – CEIS20 por terem aceitado serem as instituições respetivamente de inscrição e acolhimento deste trabalho. Em particular agradeço o apoio da Dr<sup>a</sup> Marlene e da dona Ângela do CEIS20. Às funcionárias da Biblioteca das Ciências da Saúde (em especial à dona Antonieta) e do Arquivo da Universidade de Coimbra o meu muito obrigado pela infinita paciência que tiveram e pela boa disposição com que sempre me presentearam.

Por fim, no âmbito pessoal o meu muito obrigado a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que esta etapa fosse uma realidade. Um abraço amigo ao meu trio Odemira, Micaela Sousa e José Avelãs Nunes, que foram o meu apoio durante estes anos, ainda que nem sempre fisicamente presentes. Outro enorme obrigado a todos os amigos que me foram incentivando por este caminho, em especial ao Gonçalo.

Não é possível descrever a gratidão para com a minha família, a quem dedico este trabalho. Muito obrigado à mãe Alda, ao pai João e à irmã Gina.

## RESUMO

A nossa tese de doutoramento tem por objetivo estudar a introdução de antipsicóticos e antidepressivos em Portugal (década de 50 do século XX), analisando questões de ordem histórico-médica e histórico-farmacêutica, mantendo uma luz de esclarecimento nos dilemas e consequências que tal introdução traz ao panorama português. Tenta-se assim circunscrever um arco cronológico específico das práticas médicas, ligando atores, instituições, saberes sedimentados e em metamorfose e alteração de matrizes que ocorrem durante os anos e décadas que se seguem à introdução de novos medicamentos para o tratamento do doente mental. Trata-se de um tema ainda não estudado sistematicamente e que, além do trabalho que desenvolvemos no Arquivo da Universidade de Coimbra onde houve oportunidade de consultar milhares de fontes, exige trabalho noutros arquivos, nomeadamente aqueles existentes em Lisboa e no Porto bem como em arquivos de instituições privadas, designadamente os da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus.

Nos capítulos I-VI analisam-se as questões relacionadas com a introdução propriamente dita dos novos medicamentos em Portugal, abordando-se a génese da psicofarmacologia em terreno nacional e estabelecendo-se cenários em diferentes frentes tentando encontrar mudanças nos saberes e práticas de uma medicina em evolução. A questão de saúde pública é igualmente abordada, nomeadamente as mudanças que se operam ao nível de um novo conceito de doença mental, que se move de uma questão periférica para se materializar em diferentes conceitos e alternativas de debate. Para a realização destes capítulos foram consultados e analisados dezenas de periódicos científicos e de imprensa generalista. As premissas centrais de foco nestes capítulos englobam assim o tratamento da doença mental antes da entrada em cena dos primeiros

antipsicóticos (nomeadamente as terapias biológicas ou somáticas), a introdução e receção dos primeiros medicamentos com reconhecido mérito no tratamento da esquizofrenia – sobretudo o primeiro antipsicótico, a clorpromazina (1952) mas também a reserpina (1954) e haloperidol (1958) que lhe seguem - e as inúmeras consequências e mudanças que se operam em diversas matrizes da sociedade portuguesa como resposta a esta evolução. Tenta-se assim captar o *zeitgeist* português no que à doença mental e seu tratamento concerne.

A tríade medicamentosa que constitui o início da psicofarmacologia chega a Portugal em meados da década de 50 do século XX e constitui-se como uma inovação que é absorvida e instituída de modo cauteloso não substituindo imediatamente as terapias vigentes até então. Há um entusiasmo contido com os novos medicamentos notando-se um binómio de utilidade/precaução que pontua o pensar médico-científico português. O uso das chamadas terapias somáticas, que incluem os eletrochoques ou os comas insulínicos continuam a exercer dominância e a clorpromazina é entendida como uma valiosa adição ao arsenal terapêutico, mas objeto de cautela e contenção. Essencialmente debate-se a questão – pode um comprimido curar a esquizofrenia? E se a resposta for positiva, o que muda no entendimento da doença mental e da sua significância para modelos sociais e médicos?

A emergência de novas questões clínico-sociais torna-se evidente e a comunidade médica portuguesa debate-se com temas como a higienização mental e a *compliance* política e social para o estabelecimento de reformas e regras que ajudem a uma efetiva sedimentação da saúde mental, surgindo pontos-chave uníssonos – a higiene mental dos povos, a necessidade de leis eficazes na saúde e a assistência central aos doentes. O próprio papel do médico psiquiatra é analisado, adotando-se uma visão de mediador essencial entre os novos medicamentos e o doente, um elo de ligação que se transmuta e se torna basilar. O catalisador comum é sem dúvida o aparecimento dos novos medicamentos, mas ao mesmo tempo uma realização única do papel do homem e da importância da saúde mental no bem-estar da sociedade.

Resta referir a abordagem dedicada aos antidepressivos e ansiolíticos, naquilo que se constitui como uma segunda vaga de inovação psicofarmacológica. O papel da doença depressiva toma uma dimensão assinalável no panorama do estado de saúde da população, e o aparecimento dos primeiros antidepressivos – imipramina e iproniazida – torna-se um

centro de debate crucial. Recebidos de forma mais natural pela comunidade médica portuguesa (através do caminho trilhado pela clorpromazina), os antidepressivos são sobretudo objeto de estudo científico em Portugal, embora não deixem de se constituir como novidades que trazem as suas próprias questões de debate.

No capítulo VII analisa-se o estudo de caso de introdução destes medicamentos num cenário real, os Hospitais da Universidade de Coimbra. A pesquisa realizada no Arquivo da Universidade de Coimbra permitiu a consulta de milhares de processos individuais de doentes. A introdução da clorpromazina é feita de forma relativamente célere, mas dada a sua multiplicidade de indicações aquando da sua introdução, nota-se que o seu uso se restringe sobretudo a casos de controlo de agitação, independentemente da sua causa bem como inúmeras patologias não relacionadas com a área da neuropsiquiatria. O uso dos eletrochoques domina o tratamento das doenças mentais nos Hospitais da Universidade de Coimbra, pelo menos até ao fim da década de 50.

**Palavras-chave:** história dos antipsicóticos; história dos antidepressivos; Hospitais da Universidade de Coimbra; século XX; Portugal.



## ABSTRACT

The purpose of this doctoral thesis is to study the introduction of antipsychotics and antidepressants in Portugal (during the 50s of the XX century), studying issues that concern the historico-medical and historico-pharmaceutical fields, while maintaining a focus on clarifying the dilemmas and consequences that such introduction brought to the portuguese panorama . It is an effort that tries to circumscribe a specific chronologic arch of medical evolution by linking actors, institutions, old and new practices and challenged matrices that are questioned over the years and decades following the introduction of the new medicines for the treatment of the mentally ill. This is a topic that has not yet been systematically studied and, in addition to the work we have carried out in the Archive of the University of Coimbra where it was possible to have access to thousands of sources, requires work in other archives, namely those in Lisbon and Oporto as well as archives of private institutions, namely those of the Brothers Hospitallers of Saint John of God.

Regarding chapters I-VI, the aim is to analyze the issues related to the introduction of these new drugs in Portugal, covering the genesis of psychopharmacology in national land and setting up scenarios on different approaches while finding changes in the knowledge and practice of portuguese medicine. The public health issue is also addressed, namely the changes that are occurring at the core of a new concept of mental illness, which moves from a peripheral point of view to materialize in different concepts and discussion alternatives.

For the making of these chapters dozens of scientific journals and general press have been consulted. The central premises of discussion in this first part thus include the treatment of mental illness before the arrival of the first antipsychotic drugs ( including biological or somatic therapies), the introduction and reception of the first drugs with recognized merit in the treatment of schizophrenia - particularly the first antipsychotic chlorpromazine (1952) but also reserpine (1954) and haloperidol (1958) who follow shortly afterwards - and the numerous consequences and changes that happen in various sectors of the national society as a response to this development. The aim is to capture the portuguese *zeitgeist* concerning mental illness and its treatment.

The drug triad that constitutes the beginning of psychopharmacology reaches Portugal in the mid-50s of the twentieth century and is an innovation that is absorbed and established in a cautious way, not immediately replacing existing therapies before. There is a contained enthusiasm with the new drugs that translates into an attitude of utility/caution that punctuates the portuguese medical-scientific thinking. The use of the so-called somatic therapies, which include electroshock or insulin comas continue to exert dominance and chlorpromazine is seen as a valuable addition to the therapeutic arsenal but caution and restraint with the new drugs remain essential. There is a lingering question that needs to be answered - can a pill cure schizophrenia? And if the answer is yes, what changes in the understanding of mental illness and its significance for social and medical models?

The emergence of new clinical and social issues becomes evident and the portuguese medical community is faced with issues such as mental hygiene and the compliance of political and social key factors for the establishment of reforms and rules to help the effective implementation of a regulated psychiatric medicine. Some important arguments emerge in unison - the mental hygiene of people, the need for effective laws on health and central assistance to patients. The proper role of the psychiatrist is debated, becoming an essential balancing force between the new drugs and the patient, a link that mutates and becomes fundamental. The common catalyst is undoubtedly the emergence of these new drugs, but at the same time there is the realization of the importance of mental health in a bigger equation that dictates the perfect equilibrium of oneself.

Lastly, the discovery of antidepressants and anxiolytics constitutes a second wave of psychopharmacological innovation. The role of depressive illness takes a considerable role as a disease that is common and a burden to a large percentage of the population. The use of antidepressants - imipramine and iproniazid (in the early 60's) - becomes a crucial debate center. The portuguese medical community is less skeptical of the new antidepressants and they are mainly the focus of scientific studies in Portugal, although they do not cease to bring their own issues of debate.

Chapter VII aims to study of introduction of these drugs in a real scenario, the University Hospitals of Coimbra. The research conducted at the Archive of the University of Coimbra allowed access to thousands of individual files of patients. The introduction of chlorpromazine is made relatively rapidly but given its multiplicity of uses when it is

first introduced, the new drug is mostly prescribed to cases of agitated patients, regardless of the cause for the agitation. It is also used in numerous non-related pathologies with the field of neuropsychiatry. The use of electroshock dominates the treatment of mental illness in the University Hospitals of Coimbra, at least until the end of the 50's.

**Keywords:** History of psychiatry; history of antipsychotics; history of antidepressants; University Hospitals of Coimbra; XX century; Portugal

## **ABREVIATURAS**

ACTH - Corticotrofina

ADT – Antidepressivos tricíclicos

AUC – Arquivo da Universidade de Coimbra

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECT – Terapia Electroconvulsiva

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

ICD – International Classification of Diseases

IMAO – Antidepressivos inibidores da monoaminoxidase

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

## Índice Geral

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABREVIATURAS .....</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I. O TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS DURANTE A PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX (1900-1950) – TERAPIAS DE CHOQUE E ABORDAGENS SOMÁTICAS DAS DOENÇAS MENTAIS EM PORTUGAL .....</b>	<b>9</b>
<b>1. A psiquiatria antes da psicofarmacologia – introdução .....</b>	<b>10</b>
<b>2. O trabalho enquanto terapia do “espírito” - a ergoterapia .....</b>	<b>13</b>
<b>3. As novas esperanças com as terapias somáticas .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1. Malarioterapia .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2. Curas de sono.....</b>	<b>37</b>
<b>3.3. Insulinoterapia.....</b>	<b>41</b>
<b>3.4. Choque cardiazólico.....</b>	<b>46</b>
<b>3.5. Terapia electroconvulsiva.....</b>	<b>50</b>
<b>3.6. Leucotomia pré-frontal.....</b>	<b>56</b>
<b>3.7. Outras terapias .....</b>	<b>63</b>
<b>CAPÍTULO II. O INÍCIO DA PSICOFARMACOLOGIA. A DESCOBERTA DA CLORPROMAZINA, DA RESERPINA E DO HALOPERIDOL .....</b>	<b>65</b>
<b>1. A descoberta da clorpromazina, da reserpina e do haloperidol.....</b>	<b>66</b>
<b>2. Hibernação artificial em Portugal – primeiras impressões médicas sobre a clorpromazina .....</b>	<b>75</b>
<b>3. Uso da clorpromazina em psiquiatria – primeiras impressões médicas portuguesas 87</b>	
<b>4. Uso de reserpina em psiquiatria – primeiras impressões médicas portuguesas .....</b>	<b>95</b>
<b>5. Primeiras impressões portuguesas sobre a introdução da psicofarmacologia .....</b>	<b>98</b>
<b>6. Uso do haloperidol em psiquiatria – primeiras impressões médicas portuguesas .</b>	<b>102</b>

<b>CAPÍTULO III. A PSICOFARMACOLOGIA E AS MUDANÇAS NOS CÂNONES DA MEDICINA, DA CIÊNCIA E DAS PRÁTICAS DE INVESTIGAÇÃO – O CASO PORTUGUÊS .....</b>	<b>107</b>
1. A influência da psicofarmacologia no <i>status quo</i> da prática médica psiquiátrica em Portugal .....	108
2. A psicofarmacologia e as mudanças nos saberes científicos e de investigação .....	125
<b>CAPÍTULO IV. EFEITOS SÓCIO-INSTITUCIONAIS DA PSICOFARMACOLOGIA - O CASO PORTUGUÊS.....</b>	<b>149</b>
1. Mudanças ideó-sociais face à psicofarmacologia .....	150
2. O valor da Lei Flores (1945) à luz de meio século de assistência psiquiátrica em Portugal .....	152
3. Os esforços da saúde mental e as lutas por uma higiene mental .....	158
4. Efeitos a jusante na psiquiatria .....	184
<b>CAPÍTULO V. A DESCOBERTA DOS PRIMEIROS ANTIDEPRESSIVOS E DOS ANSIOLÍTICOS – O CASO PORTUGUÊS .....</b>	<b>201</b>
1. A descoberta dos primeiros antidepressivos .....	202
2. Iproniazida e Imipramina em Portugal – primeiras impressões médicas .....	205
3. A descoberta dos primeiros ansiolíticos .....	226
4. Primeiras impressões dos ansiolíticos em Portugal .....	228
<b>CAPÍTULO VI. A PROBLEMÁTICA DA NOSOLOGIA EM PSIQUIATRIA COM O ADVENTO DA PSICOFARMACOLOGIA .....</b>	<b>233</b>
1. A nosologia psiquiátrica em Portugal a partir dos anos 50 .....	234
2. O DSM e o ICD – Receção em Portugal dos novos manuais de classificação das doenças psiquiátricas .....	248
<b>CAPÍTULO VII. ESTUDO DE CASO: INTRODUÇÃO DE ANTIPSICÓTICOS NO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA .....</b>	<b>259</b>
1. Introdução .....	260
2. Sobre o Hospital da Universidade de Coimbra e a Clínica Psiquiátrica .....	261
3. Pesquisa de antipsicóticos em 89 886 papeletas no AUC .....	265
4. Terapias Físicas ao longo da década de 50 .....	269
5. O uso de Largactil – clorpromazina .....	287
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>301</b>

<b>CRONOLOGIA .....</b>	<b>309</b>
<b>FONTES E BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>311</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>421</b>

## **Índice de Figuras**

**Figura 1** - Publicidade relativa a tratamentos pela insulinoterapia

**Figura 2** - Esquema dos circuitos auxiliares e acessórios do “Convulsor Todisol”

**Figura 3** - Publicidade Largactil (1)

**Figura 4** - Publicidade Largactil (2)

**Figura 5** - Publicidade Largactil, com todas as indicações de utilização do medicamento



Em todas as citações presentes nesta dissertação de doutoramento, optou-se por conservar a grafia da época.

# INTRODUÇÃO

A descoberta e introdução do primeiro antipsicótico, a clorpromazina, em 1952, marca o início de uma era de novidade no tratamento das doenças mentais e constitui-se como um dos acontecimentos mais marcantes na história da ciência em geral e da medicina em particular. A clorpromazina e os antipsicóticos que lhe seguem durante a década de 50 – a reserpina e o haloperidol – abrem caminho a uma espiral de conhecimento e inovação que se materializa numa nova concepção de saúde mental (e todas as áreas que orbitam à volta deste termo geral), em ensaios clínicos e experimentais de várias ordens, em mudanças sociais e políticas e numa enorme vontade de perceber e esclarecer etiopatogenias incógnitas.

Até à década de 50, os recursos disponíveis para o tratamento dos doentes mentais, nomeadamente os esquizofrénicos, são escassos e sobremaneira ineficazes. A própria doença mental é um assunto que permanece envolto em dúvidas com correntes de pensamento e escolas divergentes que tentam explicar a origem e a evolução da enfermidade. Existem algumas substâncias medicamentosas, mas estas não são específicas das doenças mentais (antes são usadas com o intuito de controlar alguns sintomas específicos). Os tratamentos disponíveis assentam nas chamadas terapias somáticas, que incluem os eletrochoques, a insulino-terapia ou a leucotomia. A ergoterapia é outro dos métodos amplamente usado para o controlo dos doentes mentais.

Quando a clorpromazina entra em cena, torna-se um aceso centro de discussão médico-científico – nasce a psicofarmacologia. A sua descoberta levanta questões imperiais sobre a própria concepção da doença mental, com a evaporação de um certo folclore ou misticismo que rodeava os doentes até então – a sua emergência exige, pois, novos paradigmas sobre o que é ser doente mental, sobre o significado da alienação e do próprio papel do médico psiquiatra que pode ser relegado para um estatuto de mero dispensador de pílulas “mágicas”. Entenda-se assim que a doença mental não é uma doença como outra qualquer, e, por conseguinte, tão pouco os novos medicamentos devem ser entendidos de forma ligeira. A título de curiosidade (e por forma a enfatizar uma época de enormes descobertas de valor no plano médico), a descoberta da penicilina

em 1928, o primeiro antibiótico, vem colmatar uma falha enorme dentro de um grupo de patologias que de certa forma se encontram categorizadas, percebidas e unanimemente aceites como entidades estabelecidas. Não é este o caso das doenças neuropsiquiátricas. Na verdade, existe uma interessante reversão de papéis no caso da clorpromazina – ao invés de existir uma doença conhecida e um medicamento para a curar, existe um medicamento que, de forma frutífera, ajuda à desmitificação de uma doença. O aparecimento dos novos psicofármacos estimula assim a investigação sobre a patologia em si, abrindo caminhos para o conhecimento e para o estabelecimento dos papéis dos neurotransmissores na etiopatogenia da doença mental (sobretudo a esquizofrenia e a depressão) e incentiva uma cientificação dos processos de índole química e clínica, despoletando uma miríade de derivados e de ensaios clínicos. As questões sociais tornam-se de importância fulcral, com a comunidade médica a exigir leis e infraestruturas capazes de acompanhar as enormes mudanças que se substanciam. Por fim, o aparecimento dos antidepressivos e dos ansiolíticos, com o calendário já a apontar o fim dos anos 50, traz questões próprias enquanto mantém acesa a discussão que se iniciara anos antes. São medicamentos que em pouco tempo se tornam populares, constituindo-se não só como novidades, mas também como focos de polémica em torno do conceito de depressão.

A presente tese tem por objetivo abordar as questões que se enunciaram nos parágrafos anteriores, mas não só. Divide-se em duas partes distintas, uma relacionada com as questões de retórica do tema em estudo e outra com um trabalho de campo para avaliar *in loco* os assuntos abordados.

Nos capítulos I-VI faz-se uma avaliação da introdução da clopromazina e dos restantes antipsicóticos em Portugal (com ênfase na tríade original), com detalhe específico nas personalidades que desempenham papéis essenciais e nos estudos e opiniões sobre várias questões dependentes. Analisam-se as primeiras publicações portuguesas sobre o tema bem como a participação nacional no primeiro congresso mundial dedicado à clorpromazina. Abordam-se as questões paradigmáticas de relacionamento médico-doente, agora com um novo elemento a promover uma disfunção de uma relação que por si só já era complexa. Discutem-se as mudanças operadas ao nível social e político, com temas emergentes como a higiene mental, a necessidade de leis específicas ou a autonomização e emancipação da psiquiatria portuguesa. Analisa-se o impacto nas nomenclaturas das doenças mentais com o aparecimento da psicofarmacologia. Dedicam-se ainda um capítulo ao estudo das terapêuticas na era pré-

clorpromazina em Portugal, nomeadamente os tratamentos somáticos e a ergoterapia. A questão dos antidepressivos e ansiolíticos surge como uma adição direta que deve ser percebida no contexto de novidade que representam – ainda que não sejam antipsicóticos, surgem lado a lado com o aparecimento destes e as associações entre estas classes medicamentosas são justapostas e indissociáveis.

A baliza temporal que se estabeleceu inicialmente para este trabalho (anos 50 até ao início do século XXI) sofre assim algumas alterações, com um necessário recuo até aos anos 30 para análise de estado de arte da terapêutica antes dos psicotrópicos e acabando nos anos 90, sendo, no entanto, o papel principal dado às décadas de 50 e 60.

No capítulo VII analisa-se a introdução de antipsicóticos num hospital geral, neste caso os Hospitais da Universidade de Coimbra. Note-se, no entanto, que o plano original de trabalho propunha uma análise não só de um hospital geral, mas também de um hospital psiquiátrico da zona centro, o Hospital Sobral Cid. Na génese, a ideia seria a de comparar a introdução dos novos medicamentos em dois ambientes distintos, analisando padrões de utilização, demográficos e epidemiológicos e de patologias associadas e médicos prescritores. Queria-se perceber até que ponto existiriam diferenças entre estes dois ambientes, ou melhor, queria-se aferir se existiriam sequer diferenças. Infelizmente o estudo no Hospital Sobral Cid não foi aprovado pela comissão de ética pelo que a comparação se tornou impossível de fazer.

De acordo com o plano de trabalho proposto a investigação centrou-se na Biblioteca das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra, na Biblioteca do Centro de Estudos Interdisciplinares do século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20, na Biblioteca Joaquim Seabra-Dinis<sup>1</sup>, no Arquivo da Universidade de Coimbra, na Biblioteca Municipal de Coimbra, na Biblioteca Nacional de Portugal e no Centro de Documentação Farmacêutica da Ordem dos Farmacêuticos em Coimbra. Foram ainda feitos contactos que se consideraram apropriados, nomeadamente com os laboratórios Vitória (os primeiros importadores da clorpromazina em Portugal).

São realizadas inúmeras pesquisas em periódicos nacionais e internacionais, na tentativa de se localizarem as publicações pioneiras sobre a clorpromazina, reserpina, haloperidol, imipramina e iproniazida bem como artigos de opinião ou clínicos escritos

---

<sup>1</sup> Sita no Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra (CEIS20). Espólio bibliográfico e documental doado à instituição pela Dr<sup>a</sup> Lina Seabra-Dinis e Dr. Armando Myre-Dores.

pelas personalidades maiores do panorama psiquiátrico e neurológico português da altura, com especial referência ao legado escrito de Barahona Fernandes, Diogo Furtado ou Pedro Polónio. Dada a vastidão do tema foram consultadas e analisadas fontes impressas portuguesas entre 1930 a 1995, com recolha dos artigos que se consideraram de maior importância e interesse e posterior análise do conteúdo dos mesmos. Houve atenção especial à recolha de publicidade aos novos medicamentos em alguns periódicos portugueses por forma a existir um complemento gráfico e que se constitui como um interessante espólio visual. Houve igualmente oportunidade de consultar o espólio bibliográfico e documental de Joaquim Seabra-Dinis, doado ao Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra (CEIS20), onde se consultaram fontes, manuscritos e notas do próprio médico que se acredita serem inéditas.

A investigação no Arquivo da Universidade de Coimbra tem como foco principal a localização das primeiras prescrições de clorpromazina, reserpina e haloperidol bem como os padrões destas mesmas prescrições – para que doenças e para que doentes, quais as especialidades prescritoras, posologias e duração de tratamento e quais os resultados da aplicação deste medicamento. Para este estudo recorre-se às papeletas de doentes internados. Inicialmente a pesquisa centrou-se a partir de 1952 (muito embora o medicamento tenha começado a ser importado para Portugal apenas por volta de 1954) e acaba em 1959. No entanto encontrou-se a necessidade de alargar a pesquisa para 1949 pois torna-se prioritário abarcar um período pré-clorpromazina. Dada a importância da descrição dos tratamentos que são feitos neste hospital a doentes neuropsiquiátricos antes da entrada dos novos medicamentos (nomeadamente os eletrochoques), este alargamento de baliza temporal permite assim responder a novas questões que vão surgindo durante a pesquisa e que concernem não só o novo medicamento, mas também as terapias somáticas – continuam a ser utilizadas? Qual o seu papel após a introdução da clorpromazina? Existe alguma mudança de dominância nas terapias neuropsiquiátricas?

Assim, são consultadas 89 886 papeletas, das quais 1565 correspondem aos padrões que se estabeleceram para a inclusão no estudo – têm de corresponder a diagnósticos neuropsiquiátricos ou deve existir a prescrição de neurolépticos.

A importância deste estudo tem de ser enfatizada dentro um contexto micro de historiografias de medicina e da farmácia e num contexto macro de história da ciência e da tecnologia. Os trabalhos que ecoam a nível internacional são prova de que a história

dos antipsicóticos e dos antidepressivos merecem um estudo detalhado e extensivo das implicações e novidades que trazem à medicina moderna e contemporânea.

Especificamente sobre a temática da evolução da psiquiatria durante o século XX e com capítulos dedicados ao tema da psicofarmacologia e da emergência de novos fármacos na década de 50 destacam-se os trabalhos seminais de Edward Shorter "A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac"<sup>1</sup>, de Joel Braslow "Mental ills and bodily cures: psychiatric treatment in the first half of the twentieth century"<sup>2</sup>, de Roy Porter "Madness: a brief history"<sup>3</sup>, de Roy Porter e G.E. Berrios "A history of clinical psychiatry: The origin and history of psychiatric disorders"<sup>4</sup>, de Berrios "The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century"<sup>5</sup>, de Edward Callahan e G.E. Berrios "Reinventing depression: A history of the treatment of depression in primary care"<sup>6</sup>, de David Healy "The creation of psychopharmacology"<sup>7</sup> e a obra essencial em três volumes coordenada por F. López-Muñoz e C. À. González "Historia de la psicofarmacología. De los orígenes a la medicina científica: sobre los pilares biológicos del nacimiento de la psicofarmacología"<sup>8</sup>, "Historia de la psicofarmacología. La consolidación de la psicofarmacología como disciplina científica: aspectos ético-legales y perspectivas de futuro"<sup>9</sup> e "Historia de la psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos"<sup>10</sup>.

---

<sup>1</sup> Shorter, E. - "A History of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac". London: John Wiley & Sons, 1997.

<sup>2</sup> Braslow, J. - "Mental ills and bodily cures: psychiatric treatment in the first half of the twentieth century". Berkeley: University of California Press, 1997.

<sup>3</sup> Porter, R. - "Madness: A Brief History". Oxford: Oxford University Press, 2002.

<sup>4</sup> Berrios, G.E. e Porter, R. - "A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders". Londres: Athlone Press, 1995.

<sup>5</sup> Berrios, G.E. - "The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century". Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

<sup>6</sup> Callahan, C.M. e Berrios, G.E. - "Reinventing Depression: A History of the Treatment of Depression in Primary Care, 1940-2004". Oxford: Oxford University Press, 2005.

<sup>7</sup> Healy, D. - "The Creation of Psychopharmacology". Massachusetts: Harvard University Press, 2002.

<sup>8</sup> López-Muñoz, F. e González, C.Á. (eds.) - "Historia de la Psicofarmacología. De los orígenes a la medicina científica: sobre los pilares biológicos del nacimiento de la psicofarmacología". Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.

<sup>9</sup> López-Muñoz, F. e González, C.Á. (eds.) - "Historia de la psicofarmacología. La consolidación de la psicofarmacología como disciplina científica: aspectos ético-legales y perspectivas de futuro". Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.

<sup>10</sup> López-Muñoz, F. e González, C.Á. (eds.) - "Historia de la Psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos". Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.

Especificamente sobre a temática da psicofarmacologia e da introdução da clorpromazina e dos primeiros antidepressivos destacam-se os trabalhos de David Healy, Thomas Ban e Edward Shorter “The rise of psychopharmacology and the story of CINP”<sup>1</sup>, “The triumph of psychopharmacology and the story of CINP”<sup>2</sup>, From psychopharmacology to neuropsychopharmacology in the 1980s and the story of CINP<sup>3</sup> “Reflections on twentieth-century psychopharmacology”<sup>4</sup>; de David Healy, a obra em três volumes com relatos em primeira pessoa dos intervenientes da introdução da psicofarmacologia, dos quais se aconselha o primeiro volume “The psychopharmacologists”<sup>5</sup>, e de Healy e Shorter “Shock therapy: A history of electroconvulsive treatment in mental illness”<sup>6</sup>. Para além destas obras de referência, refiram-se ainda as publicações dedicadas ao estudo de casos concretos da introdução dos neurolépticos em vários países, onde se destaca o estudo de Lygia Pereira “Modelos e finalidades da terapêutica psiquiátrica na primeira metade do século XX - uma história de início do uso dos neurolépticos no estado de São Paulo”<sup>7</sup> ou os artigos de T. Pieters e B. Majerus “The introduction of chlorpromazine in Belgium and the Netherlands (1951-1968); tango between old and new treatment features”<sup>8</sup> e de B. Majerus “A difficult stabilisation. Chlorpromazine in the fifties in Belgium”<sup>9</sup>.

Por último ressalvem-se alguns artigos essenciais para perceber o fenómeno que ocorre com a introdução dos novos medicamentos – de Thomas Ban “Pharmacotherapy of mental illness - a historical analysis”<sup>10</sup>, de J. Crilly “The history of clozapine and its

---

<sup>1</sup> Ban, T.A.; Healy, D. e Shorter, E. - "The rise of psychopharmacology and the story of CINP". Budapeste: Animula, 1998.

<sup>2</sup> Ban, T.A.; Healy, D. e Shorter, E. - "The triumph of psychopharmacology and the story of CINP". Budapeste: Animula, 2000.

<sup>3</sup> Ban, T.A.; Healy, D. e Shorter, E. - "From psychopharmacology to neuropsychopharmacology in the 1980s and the story of CINP". Budapeste: Animula, 2002.

<sup>4</sup> Ban, T.A.; Healy, D. e Shorter, E. - "Reflections on twentieth-century psychopharmacology". Budapeste: Animula, 2004.

<sup>5</sup> Healy, D. - "The Psychopharmacologists". Nova Iorque: Chapman & Hall, 1996.

<sup>6</sup> Shorter, E. e Healy, D. - "Shock Therapy: A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness". Londres: Rutgers University Press, 2007.

<sup>7</sup> Pereira, L.M.d.F. - "Modelos e finalidades da terapêutica psiquiátrica na primeira metade do século XX - uma história de início do uso dos neurolépticos no estado de São Paulo". In: Mota e Marinho (eds.) *História da Psiquiatria: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica*. São Paulo: Casa de Soluções Editora, 2012.

<sup>8</sup> Pieters, T. e Majerus, B. - "The introduction of chlorpromazine in Belgium and the Netherlands (1951-1968); tango between old and new treatment features". *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. Vol. 42. n.º 4 (2011), pp. 443-452.

<sup>9</sup> Majerus, B. - "A difficult stabilisation. Chlorpromazine in the fifties in Belgium". *Gesnerus*. Vol. 67. n.º 1 (2010), pp.57-72.

<sup>10</sup> Ban, T.A. - "Pharmacotherapy of mental illness - a historical analysis". *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. Vol. 25. (2001), pp. 709-727.

emergence in the US market: a review and analysis”<sup>1</sup>, de J. Moncrieff “An investigation into the precedents of modern drug treatment in psychiatry”<sup>2</sup>, de Roy Porter “History of psychiatry in Britain”<sup>3</sup>, de Andrew Scull “Somatic treatments and the historiography of psychiatry”<sup>4</sup>, “Psychiatrists and historical 'facts'. Part one: The historiography of somatic treatments”<sup>5</sup> e “A psychiatric revolution”<sup>6</sup>.

Também em Portugal, a história da medicina e dos medicamentos é tema de interesse. Atente-se nas obras de Pita “História da farmácia”<sup>7</sup> e Alves “História da Medicina em Portugal”<sup>8</sup>. Especificamente sobre temáticas relacionadas com a psiquiatria portuguesa, destaquem-se os trabalhos realizados no CEIS20, nomeadamente no Grupo de Investigação de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, coordenado por João Rui Pita e Ana Leonor Pereira. Relevem-se os trabalhos de Morgado Pereira “Mudanças de paradigma na psiquiatria portuguesa”<sup>9</sup>, Morgado Pereira, Pita e Pereira “Enfermedades mentales em Portugal: doctrinas, concepciones y terapéuticas en la Primera República (1910-1926)”<sup>10</sup>, e “A revista de Neurologia e Psiquiatria (1888-1889). Edição fac-similada ed. 1, 1 vol.”<sup>11</sup>. Assinalem-se também os volumes da coleção científica Ciências e Culturas, coordenada por João Rui Pita e Ana Leonor Pereira nomeadamente os trabalhos de Queirós “A recepção de Freud em Portugal (1900-1956)”<sup>12</sup>; de Almeida Sousa “Psicoterapia institucional: memória e actualidade”<sup>13</sup> e de Correia “Egas Moniz no seu labirinto”.

---

<sup>1</sup> Crilly, J. - "The history of clozapine and its emergence in the US market: a review and analysis". *History of Psychiatry*. Vol. 18. n.º 1 (2007), pp. 39-60.

<sup>2</sup> Moncrieff, J. - "An investigation into the precedents of modern drug treatment in psychiatry". *Ibid.* Vol. 10. n.º 40 Pt 4 (1999), pp. 475-490.

<sup>3</sup> Porter, R. - "History of psychiatry in Britain". *Ibid.* Vol. 2. n.º 7 (1991), pp. 271-279.

<sup>4</sup> Scull, A. - "Somatic treatments and the historiography of psychiatry". *Ibid.* Vol. 5. n.º 17 Pt 1 (1994), pp. 1-12.

<sup>5</sup> Scull, A. - "Psychiatrists and historical 'facts'. Part one: The historiography of somatic treatments". *Ibid.* Vol. 6. n.º 22 Pt 2 (1995), pp. 225-241.

<sup>6</sup> Scull, A. - "A psychiatric revolution". *Lancet*. Vol. 375. n.º 9722 (2010), pp. 1246-1247.

<sup>7</sup> Pita, J.R. - "História da farmácia". Coimbra: MinervaCoimbra, 2000.

<sup>8</sup> Alves, M.V. - "História da Medicina em Portugal". Porto: Porto Editora, 2014.

<sup>9</sup> Pereira, J.M. - "Mudanças de paradigma na psiquiatria portuguesa". In: Tavares Ribeiro (coord.) *Outros combates pela história*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.

<sup>10</sup> Pereira, J.M.; Pita, J.R. e Pereira, A.L. - "Enfermedades mentales em Portugal: doctrinas, concepciones y terapéuticas en la Primera República (1910-1926)". In: Gómez (ed.) *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*. Granada: Editorial Universidad de Granada, 2008.

<sup>11</sup> Pereira, A.L.; Pita, J.R. e Morgado, J. (eds.) - "A revista de Neurologia e Psiquiatria (1888-1889). Edição fac-similada ed. 1, 1 vol.". Coimbra: CEIS20, 2013.

<sup>12</sup> Queirós, A. - "A recepção de Freud em Portugal (1900-1956)". Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2009.

<sup>13</sup> Sousa, B.d.A. - "Psicoterapia institucional: memória e actualidade". Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.



Esta tese de doutoramento produziu variadas apresentações em congressos e algumas publicações, de onde se destacam as publicações “First impressions of haloperidol in Portugal (1959)”<sup>1</sup> e “A recepção de antidepressivos em Portugal através da análise de uma década do Jornal do Médico (1957-1967)”<sup>2</sup>.

Este projeto de trabalho conducente à tese de doutoramento: “A introdução de psicotrópicos em Portugal: O caso particular dos antidepressivos (1950-2000)”, encontra-se inscrito na Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, teve início a 30 de outubro de 2009 e foi financiado pela Fundação de Ciência e Tecnologia, referência da bolsa de doutoramento: SFRH/BD/70021/2010. Foram orientadores do projeto o Professor Doutor João Rui Pita e a Professora Doutora Ana Leonor Pereira. A instituição científica de acolhimento foi o Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 – estando afeto ao Grupo de Investigação de História e Sociologia da Ciência e Tecnologia.

---

<sup>1</sup> Gaio, R.; Pita, J.R. e Pereira, A.L. - "First impressions of haloperidol in Portugal (1959)". In: David Simón Lorda, Chuz Gómez Rodríguez, Alcira Cibeira Vázquez e Villasante (eds.) *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*. Madrid: Asoc. Esp. Neuropsiquiatria, 2013. pp. 231-234.

<sup>2</sup> Gaio, R. - "A recepção de antidepressivos em Portugal através da análise de uma década do Jornal do Médico (1957-1967)". In: Pita e Pereira (eds.) *III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Coimbra: 2013. pp.45-50.

**CAPÍTULO I. O TRATAMENTO DAS DOENÇAS  
MENTAIS DURANTE A PRIMEIRA METADE DO  
SÉCULO XX (1900-1950) – TERAPIAS DE CHOQUE E  
ABORDAGENS SOMÁTICAS DAS DOENÇAS MENTAIS  
EM PORTUGAL**

## 1. A psiquiatria antes da psicofarmacologia – introdução

Se a psicofarmacologia marca de forma indelével a segunda metade do século XX, uma caracterização dos meios terapêuticos ao serviço da psiquiatria antes deste acontecimento deve ser feita. Em que ponto se encontra a psiquiatria no raiar do século XX?

As encruzilhadas são muitas. Se por um lado emerge uma visão mais humanista e compreensiva das doenças mentais – os degenerados ou alienados são gradualmente dotados de uma dimensão antropológica e clínica – por outro lado, os métodos à disposição da comunidade médica não permitem, de grosso modo, a reabilitação destes mesmos doentes. Os tipos de tratamento que se detalham neste capítulo confluem todos numa mesma idiosincrasia – são processos imperfeitos.

Fruto de terapias experimentais, de trabalhos mais ou menos empíricos, a psiquiatria de meados do século XX segue uma lógica baseada no *whatever works*, o que nem sempre colhe resultados duradouros ou sequer positivos. Constituem-se, no entanto, como frentes de batalha organizadas na demanda pela saúde mental, um esforço que não se inicia no século XX, mas que se cimenta de forma sistematizada por esta altura.

Como explica Shorter:

“In the first half of the twentieth century, psychiatry was caught in a dilemma. On the one hand, psychiatrists could warehouse their patients in vast bins in the hopes that they might recover spontaneously. On the other, they had psychoanalysis, a therapy suitable for the needs of wealthy people desiring self-insight, but not for real psychiatric illness. Caught between these unappealing choices, psychiatrists sought alternatives. Some of these alternatives proved to be dead ends and were discarded; others became the basis of a new vision of psychotherapy; still others laid the groundwork for the revolution in drug therapy that would take place after the World War II.

At the outset, however all of these alternatives had an aura of desperateness about them, seemingly radical and possibly quite dangerous innovations”<sup>1</sup>.

O dilema a que Shorter se refere é, no entanto, fruto de novas compreensões da doença mental e da tentativa de efetivamente se estabelecer um tratamento capaz de auxiliar os doentes mentais. Todos os processos que surgem nestas décadas podem estar revestidos de uma “aura de desespero”, mas ao mesmo tempo estão imbuídos de um espírito de evolução. Nota-se um discurso de esperança por parte da classe médica – acima de tudo a noção de que se está a trilhar um novo caminho, uma nova direção na compreensão e tratamento das doenças mentais. A ineficácia dos tratamentos muitas vezes torna-se acessória perante o cenário maior de se estar a trabalhar em alternativas que poderão ser viáveis e mudar o panorama da psiquiatria. Embora nenhum destes processos se tenha tornado um *game changer* a longo prazo, a face da psiquiatria muda por causa deles. O próprio espírito crítico da classe médica instrui-se à medida que novos métodos vão relevando alguns resultados, e a psiquiatria molda-se de forma pouco ortodoxa a novas formas de tratamento.

As patologias mentais começam a ser entendidas, divididas e classificadas. Liberta de fantasmas mais ou menos esotéricos e de causas obscuras e enigmáticas, a “loucura” perde o carácter fatalista de até então e é dominada por um espírito claramente médico e psicológico, mas, como se verá, também social e pessoal.

Os espaços físicos transmutam-se e tornam-se locais mais científicos. As clínicas e hospitais psiquiátricos tornam-se locais privilegiados de experimentação médica. Não se pretende apenas uma custódia de encarceramento e isolamento da sociedade, quer-se antes um local de estudo, de inovação e de possibilidade de tratamento ou até de cura.

As dinâmicas que rodeiam a psiquiatria estão em turbilhão na primeira metade do século XX, e é importante perceber o que se faz por esta altura em termos de tratamento psiquiátrico.

Não se pretende uma exposição detalhada sobre este tema, mas sim uma compreensão da circunstância profissional de uma classe clínica e de um grupo de doentes que luta com falta de meios eficazes de tratamento, com a incógnita de um nicho

---

<sup>1</sup> Shorter, E. - "A History of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac". London: John Wiley & Sons, 1997, p.190.

específico de doenças, com mudanças e descobertas constantes de cariz médico e o modo como estas confundem e/ou iluminam um caminho específico.

A abordagem dos vários meios de tratamento desta primeira metade do século XX necessita de ser percebida como uma espécie de semente, como um dos degraus numa enorme escada (r)evolucionária de terapêutica mental, que se somam, que se completam até que um patamar é atingido, com a entrada em cena da clorpromazina e a subsequente psicofarmacologia. O teor deste capítulo segue, portanto, uma linha claramente orientadora do tratamento médico das doenças mentais do século XX, antes dos anos 50 e no limiar da enorme revolução que se avizinha.

É uma historiografia essencial – só compreendendo este “antes” se está preparado para receber o “depois”.

## 2. O trabalho enquanto terapia do “espírito” - a ergoterapia

O valor do trabalho enquanto arma no combate às doenças mentais – a ergoterapia<sup>1</sup> – tem um lugar de destaque no arsenal terapêutico de que os médicos psiquiatras dispõem na primeira metade do século XX. A discussão deste valor e do seu efeito no indivíduo que padece de doença mental começa muito antes do século passado, mas é na década de vinte e início da de trinta do século XX, que a ergoterapia, enquanto terapêutica organizada e sistemática começa a ser empregue em instituições de várias partes do mundo<sup>2</sup>. As bases para esta ergoterapia, que se assume estruturada e claramente definida, foram lançadas pelo psiquiatra alemão Hermann Simon, que em 1919, e enquanto diretor de uma instituição psiquiátrica em Gutterslot inicia a terapia ocupacional em 720 dos seus 800 doentes<sup>3</sup>. Os trabalhos e obras de Hermann Simon têm uma imensa repercussão médico-clínica, muito especialmente por terras francesas, mas também na Suíça, países que se tornam polos de inovação desta área<sup>4</sup>. Os ideais da ergoterapia e a sua utilidade enquanto arma de cura nas doenças mentais conhecem outros nomes de relevo que trabalham este conceito e a sua aplicação. Refira-se a título de exemplo os nomes de Le Guillant<sup>5</sup> ou de Paul Sivadon<sup>6</sup>. O fundamento da ergoterapia enquanto disciplina de tratamento baseia-se numa afirmação ou reafirmação de um laço social e utilitário entre o paciente e o meio que o rodeia, com uma rotina definida e um mérito inerente na função que se desempenha. Durante anos votados às piores sortes, desde isolamento a meios de contenção forçados, os doentes mentais sujeitos a ergoterapia encontram um lugar de inserção na sociedade, uma razão de ser, de definição da personalidade, de utilitarismo

---

<sup>1</sup> Também designada de laborterapia ou terapia ocupacional. Cf. Matos, A.C.d. - "Oficinas terapêuticas". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1707 (1976), pp.452-453.

<sup>2</sup> Sobre uma história detalhada da ergoterapia e terapêutica ocupacional nas doenças mentais ao longo do tempo cf. Creek, J. e Lougher, L. - "Occupational Therapy and Mental Health". Pennsylvania: Churchill Livingstone/Elsevier, 2008. Dê-se especial atenção ao primeiro capítulo deste livro, onde os autores realçam a importância de Pinel e Toker no desenvolvimento do conceito da cura pelo trabalho.

<sup>3</sup> Cf. Eghigian, G.- "From Madness to Mental Health: Psychiatric Disorder and Its Treatment in Western Civilization". New Jersey: Rutgers University Press, 2009. Especial atenção deve ser dada à parte III desta obra, com a historiografia da ergoterapia de Hermann Simon.

<sup>4</sup> Ver a este respeito Billiard, I.- "Santé mentale et travail: l'émergence de la psychopathologie du travail". Paris: La Dispute, 2001

<sup>5</sup> Cf. Henckes, N. - "Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis". *History of Psychiatry*. Vol. 22. n.º 2 (2011), pp.164-181.

<sup>6</sup> Paul Sivadon é conhecedor da reforma instituída em Portugal com a lei da assistência psiquiátrica dos anos 40, tendo-a elogiado. Não será estranha esta apreciação da lei portuguesa, uma vez que se previam avanços na área da ergoterapia com a Lei Flores. Cf. Fernandes, B. - "Nota sobre a legislação psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XXIV. n.º 605 (1954), pp. 921-924.

para o próximo e para si, de ocupação regrada do seu tempo, com estruturação positiva da doença.

Segundo Barahona Fernandes (1907-1992):

“A ergoterapia realça e reforça as actividades «sãs» ainda conservadas, de modo a dominarem na conduta do doente, a despeito de persistirem, latentes ou encapsulados, alguns «focos» de actividade patogénica. As melhoras do autismo e outras manifestações esquizofrénicas por uma terapêutica «ambiental» que só limitadamente pode agir sobre o «orgânico» – como é a ergoterapia – mostram claramente o intrincamento dos factores orgânicos, psicológicos e sociais”<sup>1</sup>.

Também Almeida Amaral (1903-1960) atribui ao ambiente uma influência decisiva no desenrolar do processo patológico, tendo a ergoterapia especial utilidade no tratamento dos doentes mentais<sup>2</sup>. O trabalho permite uma reorganização interior, uma harmonia pessoal e uma homeostasia física, psicológica e social.

Segundo Almeida Amaral:

“Toda a personalidade do doente (como aliás do indivíduo com saúde) pode ser profundamente remanejada, recomposta ou influenciada pela acção ergoterápica. Esta pode permitir que o doente construa uma personalidade nova e sã sobre os escombros da antiga, mais ou menos deteriorada da doença”<sup>3</sup>.

A ergoterapia é assim encarada como um meio de equilíbrio do doente, mas não só. Com a ergoterapia o doente é educado, revitaliza o interesse na sua própria vida e promove uma integração social – com marcados benefícios para o médico e para o hospital como consequência. Por outro lado, é enfatizada a ideia de que a ergoterapia é

---

<sup>1</sup> Fernandes, B.; Seabra-Dinis, J.; Costa, N.d. et al. - "Síntese dos tratamentos somáticos e psicoterápicos na esquizofrenia". Ibid.Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 780. Um manuscrito deste artigo, ainda em fase de correções, pode ser consultado no espólio Joaquim Seabra-Dinis doado ao CEIS20.

<sup>2</sup> Almeida Amaral realça a importância do ambiente sobre o doente mental, atribuindo especial papel à psicoterapia coletiva e à ergoterapia. Ver Amaral, A. - "A remodelação do Hospital Miguel Bombarda e a assistência psiquiátrica". Ibid.Vol. XXII. n.º 565 (1953), pp.1102-1104.

<sup>3</sup> Seabra-Dinis, J. - "Primeiros resultados dum pequeno ensaio ergoterápico". Ibid.Vol. XX. n.º 517 (1952), p. 1093. Um manuscrito deste artigo, ainda em fase de correções, pode ser consultado no espólio Joaquim Seabra-Dinis doado ao CEIS20.

um poderoso auxiliar das outras terapêuticas em prática nestas décadas, ao mesmo tempo que permite ao médico observar as alterações da doença no decurso do trabalho<sup>1</sup>.

Barahona Fernandes e Seabra-Dinis (1914-1996) definem que todas as tarefas de um hospital podem estar abertas aos doentes, sendo que cada trabalho deve ser adaptado e atribuído ao perfil do doente. Mesmo os doentes em pior condição podem desempenhar algum tipo de função, ainda que sejam tarefas básicas e simples como fazer novelos de fio. O lema implícito é que se houver trabalho para fazer, é preferível que seja um doente a executá-lo do que alguém contratado para fazer essa tarefa. O hospital deve estar preparado para lidar com as questões inerentes à ergoterapia, sendo a formação de enfermeiros e médicos essencial, mas com todo o corpo hospitalar alerta para o respeito, colaboração e espírito que a ergoterapia necessita<sup>2</sup>. Não se pense, todavia, que o espírito desta ergoterapia é focado numa faceta totalitária de trabalho. O cerne da ergoterapia resulta de uma abordagem plural em que o trabalho serve de definição de uma identidade pessoal e do intercâmbio de experiências entre doentes, médicos e sociedade, resultando assim numa atividade “sintonizante” do indivíduo – através do trabalho o doente define uma composição positiva pessoal e social de si próprio. Aliada à ergoterapia, a ludoterapia surge como espaço de convívio e revitalização. A ludoterapia, destinada a atividades mais prazerosas como jogos ou exercício físico, complementa a ergoterapia no sentido de conferir ao doente uma noção de normalidade e diversão.

Seabra-Dinis refere que Portugal é um dos países em que a ergoterapia tem um papel de destaque, sendo mesmo um dos pioneiros dentro da Europa Ocidental<sup>3</sup>.

O papel da ergoterapia no tratamento das doenças mentais desenvolve-se no nosso país graças à ação de várias figuras de relevo, sendo dado destaque ao papel terapêutico ocupacional logo desde 1885<sup>4</sup> com António Maria de Senna<sup>5</sup> ou com o trabalho de Miguel

---

<sup>1</sup> Cf. Fernandes, B. - "La thérapeutique occupationnelle en psychiatrie". Paris: Hermann & C. éditeurs, 1954.

<sup>2</sup> Cf. Fernandes, B. - "Mais uma década de terapêutica ocupacional". *O Médico*. Vol. II. n.º 159 (1954), pp. 773-777.

<sup>3</sup> Cf. Seabra-Dinis, J. - "Primeiros resultados dum pequeno ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 517 (1952), pp.1093-1098.

<sup>4</sup> Cf. Fernandes, B. e Simões, M. - "Homo faber e homo ludens na instituição terapêutica". *Acta Médica Portuguesa*. n.º 24 (1983), pp.245-247.

<sup>5</sup> Note-se ainda a importância de nomes como o de Júlio de Matos e Sobral Cid para a ergoterapia portuguesa. A este respeito pode-se consultar o seguinte artigo: Fernandes, B. - "Papel pedagógico da ergoterapia nas doenças mentais". *Clínica, Higiene e Hidrologia*. n.º 5 (1939), pp. 114-119. Sugere-se igualmente a consulta da seguinte publicação: Fernandes, B. - "Mais uma década de terapêutica ocupacional". *O Médico*. Vol. II. n.º 159 (1954), pp. 773-775.



Bombarda, diretor do Hospital de Rilhafoles em 1892<sup>1</sup>. A época de maior destaque da ergoterapia no nosso país começa com a inauguração do Hospital Júlio de Matos, então nas mãos de António Flores<sup>2</sup>(1883-1957). O cuidado posto no planeamento da ergoterapia é notório. De influência germânica, a ergoterapia no Júlio de Matos assume-se como um meio de organizar e bussolar a vida dos doentes. A importância desta terapia é enfatizada pelo próprio Flores, que refere, a propósito da instauração de um regime de ergoterapia no Hospital Júlio de Matos:

“O resultado foi, além da transformação radical da atmosfera hospitalar, a banição completa dos meios de contenção. Uma peça de roupa que na nossa arrecadação nunca chegou a existir é o colete de forças”<sup>3</sup>.

A organização da ergoterapia no Hospital Júlio de Matos começa desde a sua fundação. A 2 de abril de 1942, uma equipa de 14 profissionais suíços (de Berna), 7 homens e 7 mulheres, começa a trabalhar no hospital, com a ajuda de estagiários portugueses. Estes profissionais são especializados em ergoterapia.

A organização do serviço de ergoterapia resulta em melhorias assinaláveis, com um ambiente calmo, menos manifestações de doença e com o médico a prescrever trabalho em vez de medicamentos.

Segundo Barahona Fernandes e Pichot:

“Os doentes passeavam nos jardins, trabalhavam nas oficinas, deslocavam-se no espaço, não estavam parados, petrificados, evoluíam no tempo, comunicavam com os outros, com as equipas terapêuticas”<sup>4</sup>.

A semente epistemológica está lançada. Médicos que estagiam no Hospital Júlio de Matos levam os seus ensinamentos para outras partes do país<sup>5</sup>, de tal modo que se em

---

<sup>1</sup> Nabais, J.-M. - "Miguel Bombarda e as singularidades da geração de 70 com Antero de Quental". In: Pereira e Pita (eds.) *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.

<sup>2</sup> A Lei Flores, de 1945, é também responsável por esta época de grande inovação na ergoterapia portuguesa, ao instituir a ergoterapia em todos os hospitais do país.

<sup>3</sup> Flores, A. - "Orientação do Hospital Júlio de Matos". *Jornal do Médico*. Vol. XXI. n.º 521 (1953), p.186.

<sup>4</sup> Pichot, P. e Fernandes, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984, p.293.

<sup>5</sup> Médicos estrangeiros que estagiam no Hospital Júlio de Matos levam também estes conhecimentos para fora do país, nomeadamente para o Brasil. Cf. Pichot, P. e Fernandes, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984, p. 297.

1945 existem 1917 doentes em ergoterapia, em 1950 este número já se situa nos 3081, ou seja, 57 % do total de doentes psiquiátricos dos hospitais do país<sup>1</sup>.

Barahona Fernandes, diretor do Hospital Júlio de Matos a partir de 1953<sup>2</sup>, depois da jubilação de António Flores, continua ativamente na busca por uma ergoterapia eficaz e humanizada. É sob a direção e encorajamento de Barahona Fernandes que Seabra- Dinis realiza um dos mais completos estudos de ergoterapia em Portugal<sup>3</sup>, realizando dois ensaios sobre esta temática com uma diferença de cinco anos entre cada um<sup>4</sup>.

Em Coimbra, no Hospital Sobral Cid, Granada Afonso<sup>5</sup>, o primeiro diretor, dá grande importância à ergoterapia<sup>6</sup>, com os doentes aplicados em tarefas agrícolas ou trabalhos domésticos.

Segundo Manuela Mendonça:

“A produção de vegetais e animais era suficiente para manter ocupados todos os doentes, sem exceção, reservando para os mais deficientes tarefas indiferenciadas como o desfiar de pequenos retalhos de tecido ou escolher feijão. Outros se ocupavam junto dos operários ou do sapateiro, ou até na secretaria, as mulheres em trabalhos domésticos nos pavilhões, na costura ou no tratamento de roupas (lavadas em grandes tanques e passadas em engomadoras, instaladas nas caves do Pavilhão 1)”<sup>7</sup>.

Apesar de algumas tarefas serem partilhadas, é mais comum ver as mulheres a dobrar compressas, a remendar meias e camisas, coser botões, dobrar papéis para

---

<sup>1</sup> Amaral, M.d.A. - "Assistência psiquiátrica. Princípios e realizações". *Separata do Boletim da Assistência Social*. n.º 107-110 (1953), p.10.

<sup>2</sup> Cargo que exerce até 1958.

<sup>3</sup> Barahona Fernandes refere-se a este estudo de Seabra-Dinis como a “primeira e única tentativa feita, entre nós, de autogestão da terapêutica ocupacional de todo um pavilhão”. Cf. Pichot, P. e Fernandes, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984, p. 296.

<sup>4</sup> Cf. Seabra-Dinis, J. - "Primeiros resultados dum pequeno ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 517 (1952), pp.1093-98. Sobre o segundo ensaio de Seabra-Dinis atente-se em Seabra-Dinis, J. - "Mais resultados dum ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp.790-94.

<sup>5</sup> Mário Granada Afonso foi não só o primeiro diretor do Hospital Sobral Cid como também o primeiro diretor do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Centro, da qual este hospital dependia. Granada Afonso estagiou no Hospital Júlio de Matos, onde presumivelmente trouxe as bases para a instauração da ergoterapia no Hospital Sobral Cid. Cf. Mendonça, M.M. - "Hospital Sobral Cid - das origens ao cinquentenário - História, Imagens, Memória.". Coimbra: MinervaCoimbra, 2006.

<sup>6</sup> O Hospital Sobral Cid aquando da sua fundação tem uma tripla função: a de clínica, asilo e colónia agrícola. Vide Pereira, J.M. - "Notas sobre a evolução dos serviços de psiquiatria no Hospital Sobral Cid". *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*. Vol. XII. n.º 3 (1999), pp.18-23.

<sup>7</sup> Mendonça, M.M. - "Hospital Sobral Cid - das origens ao cinquentenário - História, Imagens, Memória.". Coimbra: MinervaCoimbra, 2006, pp.68-69.

acomodar comprimidos, limpar e arrumar as cozinhas e os pavilhões de internamento ou fazer rendas e bordados. Algumas vezes desempenham mesmo funções de cuidado de outros doentes, à falta de enfermeiros<sup>1</sup>.

Aos homens estariam reservadas as tarefas mais manuais, de carpintaria, cestaria, agricultura e tratamento de animais.

Almeida Amaral é outro dos grandes impulsionadores da ergoterapia, no Hospital Miguel Bombarda, que dirige a partir de 1945. Neste mesmo ano viaja até à Suíça com o seu enfermeiro chefe onde visita vários estabelecimentos de ergoterapia<sup>2</sup>, e de onde regressa com a certeza consolidada de que o ambiente que rodeia os doentes é da maior importância. A remodelação do Hospital Bombarda tem este conhecimento em conta, com construções modernas e adequadas.

Segundo Almeida Amaral:

“Só assim se beneficiam os doentes, pois é sabida a influência que o ambiente tem sobre os próprios doentes mentais. A psicoterapia colectiva e em especial a ergoterapia não podem ter a suficiente eficácia sem acção convergente do ambiente conforme o afirma o Prof. Simon, o Mestre insigne de Heidelberg e criador da ergoterapia”<sup>3</sup>.

A ergoterapia do Hospital Miguel Bombarda é igualmente de inspiração alemã e muito próxima da teoria de Hermann Simon<sup>4</sup>.

A rotina criada por estas tarefas é de maior importância no esquema terapêutico do doente. Não só o ambiente criado por esta ergoterapia torna os pavilhões mais calmos, organizados e propícios a intervenção médica mais eficaz, como a falta deste trabalho se traduz na deterioração do estado geral do doente.

---

<sup>1</sup> Cf. Seabra-Dinis, J. - "Mais resultados dum ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 790-794. Seabra-Dinis refere o caso de uma doente que, dada a falta de enfermeiros, se encarrega de tomar conta de outros doentes. Este não será caso único, apesar de não ser muito comum. Já em 1952, o mesmo médico refere que uma doente se mostra bastante interessada em ajudar médicos e enfermeiros a cuidar de outros doentes.

<sup>2</sup> Cf. "Viagem de estudo aos estabelecimentos psiquiátricos da Suíça. Relatório". *Boletim da Assistência Social*. n.º 50 a 52 (1947), pp. 98-121.

<sup>3</sup> Amaral, A. - "A remodelação do Hospital Miguel Bombarda e a assistência psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XXII. n.º 565 (1953), p. 1103.

<sup>4</sup> Para uma descrição mais pormenorizada da organização da ergoterapia no Hospital Miguel Bombarda Cf. Fernandez-Zoila, A. - "L'assistance psychiatrique au Portugal". *L'evolution psychiatrique*. n.º 1 (1959), pp. 155-174.

Seabra-Dinis escreve que:

“Outra doente (A.M.), esquizofrénica, quase surda, muito conhecida no Hospital pela frequência e violência das suas crises de excitação e agitação psicomotora, verdadeiras explosões inopinadas, que duravam alguns minutos, em que, a par duma crise de vociferação e gritaria indesviável, tinha, sem perder a consciência, fortíssimas descargas motoras convulsionantes – começou logo após a sua ergoterapização sistemática (apenas com rendas), a manter cada vez mais longos períodos de acalmia e a reduzir de intensidade as habituais crises explosivas, agora já muito débeis e raras. Todavia, quando por qualquer circunstância o trabalho falta, logo a doente piora e se multiplicam e acentuam as crises”<sup>1</sup>.

A implementação de serviços eficazes de ergoterapia nos hospitais portugueses não está isenta de dificuldades – as maiores relacionam-se com a existência e formação de pessoal e com a burocracia de todo o processo. António Flores refere que a partir de 1946, muitos dos profissionais treinados pela equipa suíça abandonam o Hospital Júlio de Matos, sendo que o serviço de ergoterapia se ressentiu com esta situação. António Flores sente-se desiludido e embaraçado<sup>2</sup>. Seabra-Dinis queixa-se da falta de pessoal com que se depara no seu ensaio ergoterápico – apenas duas enfermeiras de serviço permanente para um universo de quarenta e oito doentes de um pavilhão<sup>3</sup>. A burocracia inerente ao processo de ergoterapia, com a dificuldade em articular todos os critérios e exigências para o processo se materializar é a outra queixa apontada por Seabra-Dinis.

Assim, muitas vezes os doentes não têm sequer o material necessário para a execução das suas atividades. A questão de muitos hospitais terem administradores que

---

<sup>1</sup> Seabra-Dinis, J. - "Primeiros resultados dum pequeno ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 517 (1952), *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 517 (1952), p.1095.

<sup>2</sup> Flores ressentiu o abandono por parte destes profissionais, referindo que “boa parte do pessoal formado pela escola suíça, abandonou-nos por situações mais rendosas, e dos seus restos desgarrados merecem a minha especial gratidão, pela fidelidade ao Hospital, os enfermeiros chefes gerais, Maria Nunes e Pulquério, as enfermeiras Lucinda, Cadima, Miquelina, Viegas, Anunciação, Rosinda, Perdigão, Cerqueira e os enfermeiros Grilo, Alves, Aguiar, Fonseca, Martins, Abranches, Canto e Castro, Silva, David, Carçoço, Sousa e Viana”. Cf. Flores, A. - "Orientação do Hospital Júlio de Matos". *Ibid.* Vol. XXI. n.º 521 (1953), p.189.

<sup>3</sup> Cf. Seabra-Dinis, J. - "Primeiros resultados dum pequeno ensaio ergoterápico". *Ibid.* Vol. XX. n.º 517 (1952), pp.1093-98.

não são médicos também influencia de forma crucial o processo como nota Barahona Fernandes:

“(...) o sentido médico do hospital, de cunho humano, foi lentamente substituído pela matriz administrativa que facilitou a degradação do ambiente e de grande número de actividades terapêuticas”<sup>1</sup>.

A ergoterapia *per se* é considerada sem dúvida um elemento valioso enquanto terapêutica, mas, na prática, raramente é usada como único meio de tratamento. Quase sempre é um processo complementar num conjunto que engloba as terapias somáticas. Muitas vezes assume um carácter regular e habitual, entre ciclos de tratamento. Outras vezes é um processo de fim de linha, usado para doentes refratários às terapias usuais.

---

<sup>1</sup> Cf. Pichot, P. e Fernandes, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984. Barahona Fernandes sugere que quase todas as actividades de um hospital psiquiátrico devem estar abertas ao trabalho para os doentes, mesmo que seja contra a opinião dos administradores hospitalares. Este ataque ao espírito administrativo não é único na obra de Barahona Fernandes. Veja-se em Fernandes, B. - "O caso especial dos hospitais psiquiátricos". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VII. n.º 12 (1958), pp. 845-863; Neste artigo, Barahona Fernandes defende que o problema de um administrador hospitalar que não seja médico é uma visão taylorista e económica da ergoterapia, ao contrário de uma visão médica e humana, dando o exemplo "a substituição de um grande grupo de doentes que descascavam batatas na cozinha do Hospital Júlio de Matos por uma máquina causou, em tempos, prejuízo à ergoterapia, até que se voltou a formar o antigo grupo, além do trabalho automático, quando o número de bocas aumentou a mais de 1.500 (incluindo pessoal) (p.857). Já em 1954, Barahona Fernandes enfatizava, a propósito de um novo regulamento de ergoterapia no Hospital Júlio de Matos, o interesse de uma ergoterapia humana, defendendo uma certa independência e autonomia da sua prática em relação ao corpo administrativo do hospital. Cf. Fernandes, B. - "Mais uma década de terapêutica ocupacional". *O Médico*. Vol. II. n.º 159 (1954), pp. 773-777. A importância de um administrador hospitalar que seja médico é condição essencial para um funcionamento harmonioso do hospital e muito em especial de um serviço de ergoterapia. A esta questão não será alheio o carácter económico desta terapia. O trabalho desenvolvido pelos doentes era fruto de recompensas monetárias, trazendo lucros para o hospital. Em 1952, Seabra-Dinis refere que o trabalho feito pelas doentes que tratou com ergoterapia no pavilhão do Júlio de Matos trouxe um rendimento de quase dez contos. Seis anos depois, o rendimento ascende já a mais de 63 contos. Este dinheiro foi usado para melhorar as condições do hospital, não sendo dado ao próprio doente. As doentes estavam cientes deste dinheiro, muitas delas oferecendo resistência a este trabalho que viam como exploração, sendo o próprio médico a referir que "foi necessário dizer, prometer e demonstrar-lhes que o possível fruto económico da ergoterapia seria aplicado directamente no melhoramento do Pavilhão e da própria vida das doentes" Ver Seabra-Dinis, J. - "Primeiros resultados dum pequeno ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 517 (1952), pp. 1093-1098. Assim, em 1957, com este dinheiro adquiriu-se para o Hospital Júlio de Matos "2 teares, 1 máquina de costura, melhorou-se muito o arranjo interior do pavilhão. Montou-se um quarto e uma sala de tratamento pelo sono, instalou-se um serviço radiofónico nas principais dependências, comprou-se um aparelho de telefonia, um aparelho de televisão, quase todas as doentes receberam diversos objectos de uso pessoal (entre outros, camisolas e casacos de lã), etc." Cf. Seabra-Dinis, J. - "Mais resultados dum ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 790-794. Também Manuela Mendonça refere que quando Granada Afonso deixa a direção do Sobral Cid e esta é assumida de forma indirecta por um administrador, a ergoterapia passa a ter fundamentalmente um carácter mercantilista. Por outras palavras, os doentes passam a ser vistos como mão-de-obra que traz lucro ao hospital, sendo que a componente terapêutica da ergoterapia é desvirtuada.

Seabra-Dinis relata mesmo um caso de uma doente sujeita a leucotomia sem resultados benéficos que, após começar ergoterapia se apresenta com mais vitalidade<sup>1</sup>. No entanto, enquanto os outros tratamentos têm um número finito de sessões ou de ciclos, a ergoterapia não tem esta visão de tempo contado, sendo um processo que se realiza de uma forma contínua e constante. Mesmo com o aparecimento dos neurolépticos, a meio da década de 50, a ergoterapia continua a ser praticada. Seabra-Dinis, em 1957, não se refere com importância particular à clorpromazina e à reserpina. Analisando o segundo ensaio ergoterápico que realiza em 1957<sup>2</sup> e comparando-o com o escrito em 1952, as técnicas e indicações da ergoterapia mantêm-se relativamente inalteradas. Os novos neurolépticos são de uso quando os doentes, depois de sujeitos às terapias somáticas e à ergoterapia, não estão controlados. Em doentes particularmente agitados, os neurolépticos e a ergoterapia são usados em conjunto.

O advento da psicofarmacologia não anuncia a morte da ergoterapia<sup>3</sup>, mas acentua a necessidade (terapêutica) de o doente se relacionar com os outros, de se estabelecerem laços humanos e sociais entre o indivíduo e o ambiente que o envolve.

Segundo António Coimbra de Matos:

“O importante é a análise das relações que o doente estabelece com os outros membros da comunidade hospitalar e extra-hospitalar (...). Os medicamentos ficaram reservados para corrigir sintomas e comportamentos que dificultavam maciçamente o estabelecimento de inter-relações no grupo”<sup>4</sup>.

Fernando Ilharco (1901-1985), primeiro diretor do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Sul, mantém um interesse especial na ergoterapia, mesmo com o advento da psicofarmacologia, investindo na formação de pessoal nesta área de

---

<sup>1</sup> Cf. Seabra-Dinis, J. - "Primeiros resultados dum pequeno ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 517 (1952), pp. 1093-1098.

<sup>2</sup> Cf. Seabra-Dinis, J. - "Mais resultados dum ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 790-794.

<sup>3</sup> Note-se, no entanto, que Manuela Mendonça refere que a introdução dos novos neurolépticos veio de certa forma fomentar “rotinas terapêuticas simplificadas, imobilismo e degradação progressiva (...)”. Sobre a introdução dos fármacos neurolépticos e o destino da terapia ocupacional no Hospital Sobral Cid veja-se Mendonça, M.M. - "Hospital Sobral Cid - das origens ao cinquentenário - História, Imagens, Memória.". Coimbra: MinervaCoimbra, 2006, pp. 121-125.

<sup>4</sup> Matos, A.C.d. - "Do funcionamento duma clínica psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. LXV. n.º 1308 (1968), p.370. Assinale-se a curiosidade – Coimbra de Matos defende que o doente deve ser remunerado pelo trabalho ergoterápico que desempenha no hospital, declarando “trabalho imposto é escravatura; trabalho não remunerado, actividade masoquista” (p.369). Barahona Fernandes e Seabra-Dinis têm opinião contrária.

tratamento em plena década de 60<sup>1</sup>. O primeiro hospital de dia<sup>2</sup> em psiquiatria no país, inaugurado no Hospital Júlio de Matos em colaboração com a Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em abril de 1957 dispõe de uma sala de ergoterapia e ludoterapia<sup>3</sup>. António Coimbra de Matos defende o interesse da existência de oficinas terapêuticas e do papel do trabalho na reabilitação do doente mental<sup>4</sup>. Note-se ainda a importância da terapêutica ocupacional e da sua evolução no Hospital Júlio de Matos em 1972<sup>5</sup> - o conceito de ergoterapia evoluiu à medida que a psiquiatria vai ganhando mais aliados terapêuticos, não se perdendo enquanto disciplina útil e necessária no processo de tratamento dos doentes mentais.

---

<sup>1</sup> Cf. Ílharcó, F. - "Apontamentos das lições de psiquiatria - Fac-símile da edição de 1934 ". Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006 No prefácio deste livro, Bráulio de Almeida e Sousa faz questão de frisar que o interesse de Fernando Ílharcó pela ergoterapia se mantém mesmo com o aparecimento das modernas drogas psicotrópicas, dando o exemplo do seu apoio para a formação em ergoterapia de uma enfermeira, já em 1965, que solicita um estágio em Saint Alban. O relatório deste estágio é distribuído a todos os serviços.

<sup>2</sup> Criado em 1957 no Hospital Júlio de Matos, na altura sob a direção de Barahona Fernandes. O hospital de dia foi criado com base nos estudos feitos em Inglaterra por Eduardo Cortesão, Fragoso Mendes e Fernandes da Fonseca.

<sup>3</sup> CMendes, F., F.; Fonseca, F.d e Cortesão, L. - "Hospitais de dia em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp.796-98.

<sup>4</sup> Cf. Matos, A.C.d. - "Destino dos deficientes mentais tratados". *Ibid.*Vol. XCI. n.º 1709 (1976), pp.943-944. Veja-se igualmente Matos, A.C.d. - "Serviços psiquiátricos de reabilitação". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXIX. n.º 1669 (1975), pp.9-10.

<sup>5</sup> Fernandes, B. - "Do grupo operacional para a equipa terapêutica". *Ibid.*Vol. LXXIX. n.º 1526 (1972), pp.723-725.

### 3. As novas esperanças com as terapias somáticas

A primeira metade do século passado assiste ao emergir de um conjunto de terapias que atacam as doenças mentais, partindo de uma noção claramente biopatológica. A maior parte destas terapias são abandonadas de forma mais ou menos declarada com o advento da psicofarmacologia, sendo, no entanto, luzes de esperança no panorama da psiquiatria mundial.

Diogo Furtado (1906-1964) refere que:

“Limitada durante séculos a assistir impotente ao espontâneo evolucionar das psicoses, a psiquiatria viu-se nas últimas décadas armada de um certo número de recursos terapêuticos que lhe trouxeram valioso auxílio. (...) E nenhum psiquiatra que tenha usado êsses métodos pode duvidar hoje de que eles trouxeram ao sombrio horizonte prognóstico das psicoses, a que se aplicam, uma luz incontestável”<sup>1</sup>.

Com o aparecimento da malarioterapia em 1917, dá-se início a um estimulante período de inovação no campo do tratamento psiquiátrico, com um grande número de novas terapêuticas a surgir de forma quase consecutiva nos anos vindouros. Ao conjunto destas terapias, que englobam a malarioterapia, as curas de sono, a insulino-terapia, o choque pelo cardiazol, os eletrochoques<sup>2</sup> e a leucotomia, dá-se o nome genérico de terapias somáticas ou físicas – todas elas tentam atuar no indivíduo doente sob uma premissa orgânica e biológica, através de meios físicos, químicos ou cirúrgicos.

Ao subconjunto composto pela insulino-terapia, choque cardiazólico e eletrochoques atribui-se o nome de terapias convulsivas ou de choque – todas visam provocar uma convulsão ou choque terapêuticos nos doentes mentais, usando para isso diferentes métodos. O uso de convulsões na psiquiatria atinge o seu auge nos anos 40 e

---

<sup>1</sup> Furtado, D. - "Terapêutica das psicoses - método convulsionante". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CV. n.º 1-6 (1941), p.3.

<sup>2</sup> Também chamada de terapia electroconvulsiva.



50, prolongando-se mesmo após o aparecimento dos neurolépticos, numa verdadeira conjugação de potenciais e sinergia de tratamentos.

As terapias somáticas são usadas de modo não exclusivo, a maioria das vezes experimentadas de modo sucessivo ou imiscuído, numa verdadeira rede de experiências e de obtenção de conhecimento médico-clínico – condição permitida pelo caráter empírico destes métodos<sup>1</sup>. Será esta particularidade um dos pontos fulcrais que os médicos portugueses abordam na receção e introdução das terapias somáticas no seu conjunto.

O resultado positivo destas terapias no *status quo* da psiquiatria de então é indiscutível, como refere Diogo Furtado:

“E que dizer do progresso extraordinário da terapêutica psiquiátrica? Psicanálise, insulina, eletrochoque, lobotomia, transformaram em dinâmica e activa uma psiquiatria estática”<sup>2</sup>.

Diogo Furtado fala igualmente de entusiasmantes avanços da medicina na primeira metade do século passado, como a eletroencefalografia ou o aparecimento da anesthesiologia como disciplina médica.

Segundo o parecer de Seabra-Dinis:

“Não há dúvida de que as novas terapêuticas físicas, surgidas quase a todo o instante nos últimos anos, têm obrado maravilhas no tratamento dos doentes do foro psiquiátrico”<sup>3</sup>.

Almeida Amaral chama ao período posterior a 1936, (que coincide com o aparecimento de muitas destas terapias) a *belle époque* que vem “afugentar as trevas em que se encontrava até então a psiquiatria”<sup>4</sup>.

Estas terapias têm resultados terapêuticos eficazes, melhorando o estado dos doentes – são eficazes. A comunicação apresentada por Pedro Polónio ao 1<sup>a</sup> Congresso

---

<sup>1</sup> A experimentação é, no entanto, desenvolvida a partir de protocolos estabelecidos e sedimentados no estrangeiro, muitas vezes a partir dos procedimentos especificados pelos próprios “criadores” das terapias, como é o caso de Diogo Furtado e Ladislau von Meduna (choque cardiazólico), ou Pedro Polónio e Manfred Sakel (insulinoterapia).

<sup>2</sup> Furtado, D. - "Neurologia: posição actual e perspectivas do futuro". *Jornal do Médico*. Vol. XXI. n.º 525 (1953), p. 365.

<sup>3</sup> Seabra-Dinis, J. - "A revolução psiquiátrica contemporânea". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p.51.

<sup>4</sup> Amaral, A. - "Alguns progressos recentes da neurologia e psiquiatria". *A Medicina Contemporânea*. n.º 1 (1958), p.74.

Mundial de Psiquiatria (Paris 1950) em que analisa um conjunto de doentes sujeitos a terapias de choque e outro grupo não sujeito (num universo de quase 1000 doentes), é muito positiva com diminuição de taxas de mortalidade e de tempos de hospitalização<sup>1</sup>.

A receção das novas terapias é unanimemente positiva, para muitos constituindo um resgate da psiquiatria, uma luz na sombra de séculos de inanição.

Mas este clima de euforia e excitação é acompanhado de um certo acautelamento por parte dos clínicos portugueses. Não se fala aqui duma rejeição ou sequer de desconfiança perante as novas terapias – fala-se sim de uma precaução nobre, de uma curiosidade inata em que se questiona sempre o porquê, como e onde, além de se reconhecer que estas terapias não são perfeitas existindo a possibilidade de minimizar os defeitos inerentes.

Não há como olvidar o facto de que muitas destes processos de tratamento, principalmente nos anos embrionários, têm uma aura de perigo. São terapêuticas surgidas de modo brusco, quase ao acaso, com poucos anos de experiência. A insulino-terapia, o choque pelo cardiazol e o eletrochoque, por exemplo, são tratamentos com contornos agressivos, com histórias de doentes injuriados pelo medo, aterrorizados com o destino que lhes calha em sorte. Veja-se o testemunho de uma doente do Hospital da Idanha, sujeita ao choque pelo cardiazol, descrito por Almeida Amaral e Almeida Lima (1903-1985):

“Tive a sensação mais desagradável da minha vida...vi as caras todas tortas a desaparecer...sentí uma grande aflição...aflição enorme...parecia que ia morrer...Quando acordei, tinha dôres no estômago...e a memória desaparecida...Eu não mereço isto...é um horror...é pior do que tudo...nunca me passou pela cabeça que houvesse um tratamento como este...se o Snr. Dr. apanhasse uma coisa destas ficava louco”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Cf. Polónio, P. - "Indications respectives des méthodes de choc". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 3. n.º 3 (1951), pp. 17-19. Para uma apreciação completa da participação portuguesa neste congresso Cf. Flores, A. - "O 1º Congresso Mundial de Psiquiatria". *A Medicina Contemporânea*. n.º 2 (1951), pp.55-88.

<sup>2</sup> Lima, A. e Amaral, A. - "Terapêutica pelo electrochoque na psiquiatria". *Separata da Imprensa Médica*. Vol. 9. n.º 10 (1943), p. 27.

O medo,<sup>1</sup> por parte dos doentes, amontoados em salas onde assistem ao tratamento de outros doentes da mesma instituição, é algo com o qual o corpo clínico tem de lidar, muito especialmente no caso do choque pelo cardiazol. As convulsões, os gritos e toda a preparação do método provocam ansiedade e temor nos doentes que se seguem e que muitas vezes assistem aos tratamentos prévios. Para evitar este contágio pelo medo, Diogo Furtado utiliza biombos para separar os doentes, para que não se vejam uns aos outros, recorrendo também à arte de ludibriar através da mistura dos doentes sujeitos a cardiazol com outros doentes que vão receber injetáveis, por forma a incutir um sentimento de confiança. Sobre este aspeto, o electrochoque é um método mais inócuo, uma vez que o doente não se lembra do choque propriamente dito, pelo que se sujeita sem problemas a novos tratamentos.

Segundo Almeida Amaral e Almeida Lima:

“(…) O electrochoque suprime em absoluto a aura que precede o ataque e, provocando amnésia retrógada, elimina assim o terror angustioso que tanto oprime os doentes sujeitos a tratamentos prolongados com o Cardiazol”<sup>2</sup>

O uso de psicoterapia é também discutido pelos clínicos portugueses como uma ajuda para os doentes superarem as renitências que têm em relação a estas terapias. Diogo Furtado assume que uma conversa com o doente, num ambiente calmo e informal, com as informações necessárias para descansar os receios do doente é benéfica. Almeida Amaral e Almeida Lima defendem mesmo uma abordagem terapêutica baseada na psicoterapia, como forma de preparação para a terapia somática.

Se o medo assola as mentes dos doentes, os riscos inerentes a estas terapias preocupam os clínicos portugueses. Por exemplo, o tratamento com cardiazol associa-se por vezes a perigosas fraturas e abscessos pulmonares, a insulino-terapia a mortes no decurso dos comas hipoglicémicos. Os clínicos portugueses estão cientes destes riscos.

Como refere Teixeira de Sousa:

---

<sup>1</sup> Ver Furtado, D. - "Terapêutica das psicoses, método convulsionante". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CV. n.º 1-6 (1941), pp.3-46. O autor discute sobre a possibilidade do mecanismo de ação do choque cardiazólico se resumir ao medo enorme que incute ao doente, que assim ativa defesas naturais do organismo que lhe permitem lutar contra a doença mental.

<sup>2</sup> Lima, A. e Amaral, A. - "Terapêutica pelo electrochoque na psiquiatria". *Separata da Imprensa Médica*. Vol. 9. n.º 10 (1943), p.26.

“Ainda me lembro dos tempos do Cardiazol, quando ficava com o coração apertado enquanto o doente não recuperava e das angústias que me causavam os comas prolongados do choque insulínico”<sup>1</sup>.

Com alguns casos normais de insucessos e de problemas secundários não desejados, aliás partilhados pela literatura estrangeira e não únicos no caso português, as terapias somáticas são relativamente seguras - a maioria das experiências conduzidas em Portugal e relatadas na literatura da época permite afirmar este ponto com segurança.

O papel destas terapias no conjunto alargado da ciência psiquiátrica é possivelmente o tema mais discutido pelos médicos psiquiatras portugueses da altura. Talvez pela indefinição de um ponto específico ativo, de um mecanismo explicável de ação terapêutica, o papel destas terapias é analisado e escrutinado pelo que faz ao doente, ao homem, à personalidade.

Enquanto a ergoterapia é uma terapêutica com uma definição clara de ação, estabilizante e modeladora do comportamento, as novas terapias não têm um mecanismo de ação definido, pelo que se coloca a questão – em que medida é que elas estão a afetar o comportamento dos doentes? Que mudanças estão a operar, onde? Em que posição fica o “Homem-Doente”<sup>2</sup> sujeito a estas terapias?

Sem um substrato concreto ao qual possam inculcar verdadeira responsabilidade, e com mais hipóteses que certezas quanto a uma ação que foi obtida de modo puramente especulativo ou ocasional, os clínicos portugueses debatem qual o lugar destas terapias na doença mental. Uma visão integradora é adotada. Raramente se observa uma utilização exclusiva. Estes tratamentos fazem parte de uma complexa rede, uma interdisciplinaridade de meios cujo ponto nevrálgico é o doente.

Esta visão é partilhada e discutida por vários clínicos, veja-se os casos de Seabra-Dinis<sup>3</sup> ou Almeida Amaral.

Atente-se nas palavras de Almeida Amaral

---

<sup>1</sup> Sousa, A.T.d. - "Desalienação hospitalar: a nossa contribuição". *Jornal do Médico*. Vol. L. n.º 1051 (1963), pp.744-748. Este artigo refere-se ao período em que António Teixeira de Sousa assume a direção clínica da Casa de Saúde de S. João de Deus em Barcelos.

<sup>2</sup> Expressão comumente usada por Barahona Fernandes para se referir ao doente mental.

<sup>3</sup> Cf. Seabra-Dinis, J. - "A revolução psiquiátrica contemporânea". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), pp.50-60.

“É uma época de sucessos terapêuticos, sem no entanto nos devermos esquecer de que as terapêuticas somáticas vieram integrar-se nas terapêuticas psicológicas, completando-as e ampliando-as, especialmente as Psicoterapias individual e colectiva, em constantes progressos como a Ergoterapia de Simon, à qual se devem tantos êxitos nos últimos anos. (...). Não esqueçamos que entre nós tanto as terapêuticas somáticas como a sua integração nas terapêuticas psíquicas foram instauradas quase contemporaneamente ao seu aparecimento no mundo psiquiátrico”<sup>1</sup>.

São estas as palavras-chave no uso das terapias somáticas: integração, complementação e ampliação.

É Barahona Fernandes o principal ativista na defesa da necessidade imperiosa desta integração das terapias somáticas. Desde 1936, o ano de aparecimento de várias destas terapêuticas, Barahona Fernandes dita a necessidade de convergência de fatores somáticos, psíquicos e sociais, defendendo que o que é necessário é cuidar do “Homem-Doente” e da sua personalidade. Ainda que a definição seja longa, vale a pena saber que Barahona Fernandes considera a personalidade como:

“A maneira de ser pessoal e ímpar de cada homem, na sua forma única de sentir, querer, desejar, valorar, pensar e agir. Não é, no entanto, por exemplo, apenas o ser-se cordial, expansivo ou retraído, susceptível, melindrável, o ser-se voluntarioso, persistente ou frouxo, inconsistente, o ser-se pretensioso, fátuo ou natural, e modesto, etc...

A personalidade é mais que isso: é a integração nos mais altos níveis do conjunto destas e outras características individuais, ou seja, o todo de cada um, o conjunto das relações compreensíveis que o assinalam e diferenciam dos outros indivíduos, e lhe dão o cunho pessoal em si mesmo, e nas suas conexões com o ambiente”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Amaral, A. - "Alguns progressos recentes da neurologia e psiquiatria". *A Medicina Contemporânea*. n.º 1 (1958), p. 75.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "Personalidade e medicina". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 497 (1952), p. 192.

A doença relaciona-se com a personalidade de modo intrincado, pelo que alterando a doença a personalidade será indubitavelmente afetada<sup>1</sup>. O universo clínico é definido no Doente-Médico-Personalidade<sup>2</sup> devendo o médico agir em consonância com esta tríade nos tratamentos que escolhe. Em 1951, Barahona Fernandes tenta mesmo definir uma categorização de terapêuticas psiquiátricas que incluem a educação espiritual, reeducação, socioterapia e psicoterapia, ergoterapia, métodos de choque e leucotomia, embora a ideia convergente e de associação prevaleça<sup>3</sup>.

Os tratamentos somáticos poderão, portanto, trazer benefício ao doente, mas alterar algo que lhe é intrínseco – a personalidade. Fruto desta mesma premissa, os tratamentos agem de forma diferente em pessoas com a mesma patologia<sup>4</sup>. A singularidade do “Homem-Doente” – “a grande dificuldade, em que tantos falham, está em relacionar harmonicamente os pormenores com o conjunto, isto é, situar cada intervenção médica no quadro total da personalidade”<sup>5</sup>.

O receio implícito de Barahona Fernandes é também o de uma mecanização do processo terapêutico, um *fordismo* médico, em que os doentes se limitam a estar numa linha de espera para uma aplicação genérica de um tratamento, sem diferenciação – um tratamento em “massa e como rotina”<sup>6</sup>, “uma tendência cómoda para «premir o botão» do electrochoque”<sup>7</sup> conduzindo a uma farsa do verdadeiro sentido da psiquiatria.

Segundo Barahona Fernandes:

---

<sup>1</sup> Sobral Cid e Elysió de Moura são os primeiros a cultivar o campo de estudo da personalidade em doentes mentais. Sobre o tema da personalidade e terapêutica, cf. Fernandes, B. - "Perspectivas da evolução da personalidade". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. n.º 849 (1959), pp.5-17. Veja-se igualmente - "IV Curso de psicologia médica". *Ibid.* Vol. XX. n.º 496 (1952), pp.172-80. Ver ainda. Filho, H.G.d.A - "O homem no seu diálogo com o mundo". *Separata do Jornal do Médico*. (1960), 15pp.

<sup>2</sup>Cf. Fernandes, B. - "Personalidade e terapêutica - a farmacopsicoterapia como experiência psicológica". *Jornal do Médico*. Vol. XLVIII. n.º 1008 (1962), pp.125-136.

<sup>3</sup> Ver Fernandes, B. – “Ponto de vista convergente no estudo do homem”. *Separata da Revista Filosófica*. n.º1 (1951), 19 pp.

<sup>4</sup> Note-se ainda que Barahona Fernandes defende que com as novas terapias surge um novo problema – o problema assistencial. O médico defende que logo após as melhoras com os novos tratamentos, o doente deve voltar à sociedade, ser reintegrado na família, evitando estar demasiado tempo hospitalizado, dando o exemplo dos leucotomizados com melhoras tardias, que perdem o benefício da integração social. Isto requer serviços assistenciais capazes de responder a esta demanda. Cf. Fernandes, B. - "A participação portuguesa no II Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), pp.13-30.

<sup>5</sup> Fernandes, B. - "Personalidade e medicina". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 497 (1952), p.198.

<sup>6</sup> Fernandes, B.; Seabra-Dinis, J.; Costa, N.d. et al. - "Síntese dos tratamentos somáticos e psicoterápicos na esquizofrenia". *Ibid.* Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p.781.

<sup>7</sup> Fernandes, B. - "Atualização de temas psiquiátricos (introdução e conspecto geral)". *Ibid.* Vol. LXVII. n.º 1344 (1968), p. 322.

“Os clínicos esclarecidos têm, desde então<sup>1</sup>, lançado alarme contra os excessos das novas terapêuticas físicas, as quais, por vezes, têm ameaçado subverter o sentido autêntico da Psiquiatria. Daí a necessidade de completar e ampliar as terapêuticas somáticas pelas terapêuticas psíquicas”<sup>2</sup>.

Barahona Fernandes defende assim que muitas terapias somáticas abrem caminho para uma psicoterapia muito mais eficaz<sup>3</sup>, definindo aquilo a que chama de transferência vital<sup>4</sup>.

Ainda Barahona Fernandes:

“Pensamos que certas terapêuticas somáticas em certas condições, podem provocar modificações da actividade psicológica do doente, que não só facilitam a formação do *transfert* pelas técnicas psicoterápicas habituais, como o podem mesmo desencadear numa base diversa – mais directa, realista e biológica e a que, por isso, propomos chamar transferência vital”<sup>5</sup>.

Um exemplo desta transferência vital, entre muitos, é o que acontece quando o doente acorda do coma insulínico e do eletrochoque, num estado mais calmo e recetivo, encontrando-se muito mais apto à ação psicoterapêutica<sup>6</sup>.

Está encontrado por Barahona Fernandes um ponto de equilíbrio perfeito, a convergência de terapêuticas para um bem maior, uma teoria que defende uma

---

<sup>1</sup> Refere-se aqui à data de 1936.

<sup>2</sup> Fernandes, B.; Seabra-Dinis, J.; Costa, N.d. et al. - "Síntese dos tratamentos somáticos e psicoterápicos na esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 780.

<sup>3</sup> Não apenas o perigo de se usar as terapias físicas sem o complemento psicológico é enfatizado por Barahona Fernandes, como o contrário também é verdadeiro – usar as modernas técnicas psicoterápicas de modo exclusivo.

<sup>4</sup> O conceito de transferência vital é comum na obra de Barahona Fernandes, sendo explorado em capítulos subsequentes desta tese.

<sup>5</sup> Fernandes, B.; Seabra-Dinis, J.; Costa, N.d. et al. - "Síntese dos tratamentos somáticos e psicoterápicos na esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 779-788.

<sup>6</sup> Não é objeto de estudo desta tese o papel da psicanálise e psicoterapia no tratamento das doenças mentais, embora seja indissociável das matérias em questão. Estas terapias estão presentes no quotidiano dos clínicos portugueses, e a sua influência é premente. Sobre o papel da psicanálise e da psicoterapia no tratamento de doentes mentais em Portugal cf. Moura, A. - "Psicanálise e Psicoterapia (sobre a necessidade de validação objectiva dos resultados conseguidos com estes métodos de tratamento)". *Ibid.* Vol. XXV. n.º 614 (1954), pp.369-374. Para uma breve, mas completa história da psicanálise em Portugal até ao início da década de 60, cf. Furtado, D. - "Psicanálise e sua situação entre nós". *Ibid.* Vol. XL. n.º 874 (1959), pp.293-302. Ver ainda Alvim, F. - "Os problemas da delinquência à luz da psicanálise". *Ibid.* Vol. XXXIII. n.º 755 (1957), pp.541-547; Dias, C.A. - "Medicina psicossomática e psicanálise". *Medicina - revista de clínica, investigação, saúde pública e temas paramédicos*. Vol. I. n.º 5 (1976), pp.257-267; Milheiro, J. - "Psicanálise e psicoterapias dinâmicas". *O Médico*. Vol. 113. n.º 1761 (1985), pp. 497-505.

aproximação de todos os campos de terapia e de associação de saberes e experiências de vários domínios médicos – a teoria do ponto convergente.

Embora não se possa falar de um domínio explícito, a terapia electroconvulsiva e a insulino-terapia dominam a era dos tratamentos somáticos, com a comunidade médica portuguesa a reconhecer valor e eficácia nestas abordagens. Não só a comunidade médica experimenta estas terapias, como as infraestruturas criadas têm em conta as necessidades de tratamento. Quando se idealiza o hospital de dia do Hospital Júlio de Matos<sup>1</sup>, inclui-se uma pequena enfermaria de 4 camas para os tratamentos de insulina e outra enfermaria de 2 camas para o eletrochoque – estamos em 1957, os neurolépticos haviam aparecido há pouco mais de 4 anos na comunidade internacional. O progressivo desuso destas terapias dá-se de forma gradual, sem uma abrupta descontinuação da sua aplicação quando os modernos neurolépticos surgem – o que surge é um mutualismo trófico, capaz de combinar as terapias de diferentes formas sempre tendo em vista os melhores resultados terapêuticos (embora, com o avançar dos anos, a balança penda claramente para o lado dos novos psicofármacos).

Em 1957, Barahona Fernandes considera estas terapias essenciais no tratamento da esquizofrenia<sup>2</sup>, em 1958 no II Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique as terapias convulsivas ocupam grande parte das comunicações, nomeadamente em associações com neurolépticos<sup>3</sup>, em 1961 Marcelo de Barros tenta uma espécie de revitalização da insulino-terapia – que considera ter caído em desuso por não haver sensibilização dos jovens clínicos para a sua prática<sup>4</sup>. É também a insulino-terapia que, em 1966, ainda é mencionada como uma escolha possível no tratamento de certas neuroses<sup>5</sup> por Fragoso Mendes (n. 1922 - ob(?)1981).

---

<sup>1</sup> O hospital de dia do Júlio de Matos foi o primeiro do seu género em Portugal. Foi Barahona Fernandes que encarregou Fragoso Mendes, então assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, de organizar este hospital. Fragoso Mendes, que passara uma temporada em Inglaterra enquanto Bolseiro do Instituto de Alta Cultura, projeta um hospital de dia de clara influência britânica. Entra em funcionamento a 2 de abril de 1957. CMendes, F., F.; Fonseca, F.; e Cortesão, E. - "Hospitais de dia em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 796-798.

<sup>2</sup> Fernandes, B.; Seabra-Dinis, J.; Costa, N.d. et al. - "Síntese dos tratamentos somáticos e psicoterápicos na esquizofrenia". *Ibid.*

<sup>3</sup> Cf. Fernandes, B. - "A participação portuguesa no II Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), pp.13-30; Furtado, D. - "A esquizofrenia e o congresso de Zurique". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 766 (1957), pp. 654-668. Neste congresso, a leucotomia ainda é considerada como uma alternativa válida nos casos em que as outras terapêuticas falham.

<sup>4</sup> Barros, M.d. - "Insulino-terapia - aspectos teórico-práticos do método de Sakel". *Arquivos Portugueses de Psiquiatria*. n.º 1 (1967), pp.161-175.

<sup>5</sup> Mendes, J.F. - "Terapêutica clínica das neuroses". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LX. n.º 1216 (1966), 27 pp.



### 3.1. Malarioterapia

A malarioterapia é a primeira das técnicas somáticas que vem revolucionar o tratamento das doenças mentais durante a primeira metade do século XX. A malarioterapia faz parte de um conjunto de terapêuticas cujo objetivo é o de criar uma febre no doente mental com a finalidade de uma atenuação de sintomas ou cura englobadas pelo termo genérico de piretoterapias. Idealizada pelo psiquiatra austríaco Julius Wagner von Jauregg (1857-1940), esta técnica permite o tratamento de uma maleita que então acomete grande parte dos doentes mentais internados nas instituições psiquiátricas, a paralisia geral. A incidência da paralisia geral é no início do século XX extremamente alta - na Europa, algumas instituições psiquiátricas apontam que cerca de 45% dos seus doentes masculinos sofrem de paralisia geral. Na América, em 1910, 20% das primeiras admissões de doentes masculinos no Hospital Mental de Nova Iorque tinha o diagnóstico de paralisia, valor que se manteve inalterado até 1925<sup>1</sup>.

A paralisia geral é uma forma de neurosífilis<sup>2</sup> que se somatiza por apresentar sintomas semelhantes a uma demência, sendo caracterizada por irritabilidade, perda de memória e cefaleias e conduzindo a uma deterioração progressiva mental e neurológica com alterações de conduta social e moral.

O tratamento preferencial das formas de sífilis é feito nesta altura com compostos de arsénico, o Salvarsan (arsfenamina)<sup>3</sup> ou Neosalvarsan (neoarsfenamina), embora os resultados nos doentes com paralisia geral não sejam promissores – normalmente injetados com estas substâncias através do crânio ou da medula espinal as taxas de falha clínica ou serológica rondam os 98,2%<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup>Cf. Braslow, J. - "Mental ills and bodily cures: psychiatric treatment in the first half of the twentieth century". Berkeley: University of California Press, 1997.

<sup>2</sup> A neurosífilis é uma forma de sífilis terciária, onde ocorre lesão neurológica provocada pelo agente *Treponema pallidum*. Ocorre normalmente 10 a 20 anos após a infeção inicial por sífilis, embora nem todos os doentes com sífilis desenvolvam neurosífilis.

<sup>3</sup> Descoberta em 1909 por Paul Erlich.

<sup>4</sup> Cf. Sartin, J. e Perry, H. - "From mercury to malaria to penicillin: the history of the treatment of syphilis at the mayo clinic 1916-1955". *Journal of the American Academy of Dermatology*. Vol. 32. n.º 2 Pt 1 (1995), pp.255-261.

A ideia de provocar febre para o tratamento dos doentes com paralisia geral era já algo antiga em Wagner von Jauregg. O psiquiatra tinha já trabalhado com erisipelas e com a tuberculina, na tentativa de provocar febres terapêuticas em doentes acometidos por psicoses<sup>1</sup>. Em 1917, ao tratar um soldado infetado com malária terciária, Wagner von Jauregg encontra um meio ideal de provocar febre e inocula 9 doentes que sofriam de paralisia geral com o sangue contaminado do soldado. Destes 9 doentes, 6 apresentam melhorias significativas. A técnica começa então o seu caminho de sucesso clínico, com o Prémio Nobel da Medicina a ser atribuído a Wagner von Jauregg em 1927, a primeira vez que o recipiente deste galardão é um psiquiatra. O mecanismo de ação da malarioterapia permanece desconhecido até que em 1919 dois investigadores europeus, F. Jahnelt e R. Weichbrodt demonstram com sucesso que as espiroquetas da sífilis são destruídas após exposição ao calor (o que era conseguido na malarioterapia através das altas febres provocadas pela malária). Com o aparecimento da penicilina, o tratamento da paralisia faz-se de forma muito mais fácil e a malarioterapia torna-se obsoleta.

Em Portugal, a Casa de Saúde do Telhal aparece como a instituição pioneira no tratamento com malarioterapia, por volta de 1935<sup>2</sup>. O diretor é na altura Luís Cebola (1876-1967). Os doentes são inoculados com malária através de mosquitos *Anopheles* (o vetor e hospedeiro principal do agente da malária, o *Plasmodium*) criados em estações anti palúdicas, nomeadamente a de Pegões. Os mosquitos são colocados em gaiolas de rede que por sua vez são atadas às coxas dos doentes. Depois da picada do inseto, com o doente infetado, produz-se a febre típica de um acesso febril de malária.

Ramos descreve que:

“O ideal era que o mosquito provocasse um tipo de temperatura que desse acessos febris de 3 em 3 dias (febre terçã), pois os acessos febris diários, porque eram demasiado frequentes, provocavam muita desidratação no doente e os de 4 em 4 dias já se tornavam demasiado espaçados. Se a febre era terçã e só essa interessava,

---

<sup>1</sup> Cf. Whitrow, M. - "Wagner-Jauregg and fever therapy". *Medical History*. Vol. 34. n.º 3 (1990), pp. 294-310.

<sup>2</sup> Ainda antes do ano de 1935 encontram-se referências à malarioterapia na literatura portuguesa. Cf. Pacheco, L. - "Resultados da malariaterapia na paralisia geral". *Lisboa Médica*. Vol. IV. (1927), pp. 528-530. Neste trabalho o autor, médico do Manicómio Bombarda, analisa a taxa de mortalidade associada à técnica, contraindicações e protocolo de aplicação usando uma amostra de 9 doentes, obtendo sucesso em 3 casos. No entanto, não é indicada a proveniência dos doentes, nem o hospital onde a experiência é realizada, pelo que poderá ter sido efetuada num estágio no estrangeiro.

uma vez o doente infectado, podia transmitir-se a doença a outros doentes por colheitas de sangue dos doentes infectados. Faziam-se colheitas de sangue (cerca de 20 cc. cada) de um doente infectado, injectando-se depois noutra doente, produzindo-se assim a contaminação. Nessa altura a CST<sup>1</sup> tinha cerca de 600 doentes, com 30 a 40 a fazerem malarioterapia. Depois de cerca de uma dezena de acessos, procedia-se à cura do paludismo, através do quinino. A CST foi pioneira na introdução desta terapia em Portugal”<sup>2</sup>.

No Hospital Sobral Cid, em Coimbra, o mosquito transmissor da Malária, era adquirido em Alcácer do Sal, no instituto antissezonático Águas de Moura.

Segundo Redondo e Sequeira:

“Para aplicar este tratamento colocava-se o mosquito transmissor dentro de uma pequena gaiola, com uma das paredes em rede, que se encostava à face interna da coxa do doente (por ser uma zona quente e ter um odor característico). Aguardava-se que o mosquito picasse. Conseguido esse objectivo, algum tempo depois, o doente fazia crises de hipertermia (febre terçã) alternando com períodos de temperatura normal”<sup>3</sup>.

Nestes primeiros anos de aplicação da técnica em território nacional, esta é percebida como sendo de risco e de execução cautelosa. A necessidade de acompanhamento intensivo do doente e dos seus sinais vitais, com a anotação de gráficos de temperatura e a interrupção do acesso malárico com quinino são constrangimentos inerentes ao procedimento. O método capta o interesse não só de psiquiatras, como de médicos de outras especialidades<sup>4</sup>. Com a experiência que se vai adquirindo, a malarioterapia vai adquirindo um carácter mais familiar e a sua execução vai sendo mais rotineira.

Segundo Diogo Furtado:

---

<sup>1</sup> Casa de Saúde do Telhal.

<sup>2</sup> Ramos, A. - "Evolução no cuidar na casa de saúde do telhal". *Revista Hospitalidade*. Vol. 71. n.º 277 (2007), pp.17-18.

<sup>3</sup> Redondo, J. e Sequeira, D. - "Registos para a memória da história do hospital Sobral Cid: Os primeiros anos...". Coimbra: s/n, 2005

<sup>4</sup> Monteiro, J.d.G. - "Nota de um clínico geral sobre a malarioterapia". *Separata da Gazeta Médica Portuguesa*. Vol. 2. n.º 3 (1954), pp.533-535.

“A malarioterapia constitui um método terapêutico relativamente inócuo, hoje perfeitamente sujeito a regras, e cuja generalização tende a ser cada vez maior”<sup>1</sup>.

Se o entusiasmo com esta terapia se reflete na sua aplicação e no estudo das suas ramificações clínicas dependentes<sup>2</sup>, da experiência continuada que decorre do seu uso surgem algumas ilações, nomeadamente a sua utilidade em paralíticos gerais de evolução longa.

Ainda Diogo Furtado:

«A malarioterapia, mesmo com os aperfeiçoamentos recentemente introduzidos, sendo inquestionavelmente um meio útil de tratamento, é incapaz de resolver a maioria dos casos de P.G<sup>3</sup>. Um facto, porém, a experiência mostrou a todos que em larga escala têm praticado a malarioterapia: a percentagem dos bons resultados é infinitamente superior nos casos tratados logo após os primeiros sintomas, ou descobertos por qualquer circunstância antes da eclosão destes. (...). Daí, a dedução natural da necessidade de aplicar a malária aos sífilíticos antes de eles serem clinicamente paralíticos. Esta parece ser a orientação actual, e a mais importante contribuição que a malarioterapia trouxe para o problema social da sífilis”<sup>4</sup>.

Esta é a conclusão do médico depois de tratar 30 casos de paralisia geral com malarioterapia, em que apenas obtém 10 resultados que considera satisfatórios.

Com o advento da penicilina, o valor terapêutico da malarioterapia é discutido, como é do entendimento de Vasco Chichorro:

“32% de recuperações com a malária e arsenicais, 70,5 com a penicilina, e destes valores, 18,8% de normalizações clínicas absolutas nos métodos terapêuticos de von Jauregg contra 55,8% de normalizações clínicas absolutas na época da penicilina. Como

---

<sup>1</sup> Furtado, D. - "Alguns aspectos da sífilis nervosa". *Jornal do Médico*. Vol. 5. n.º 104 (1945), p. 267.

<sup>2</sup> Cf. Polónio, P.; Mendes, F.; Guerra, M. et al. - "Structural and constitutional analysis of g.p.i.". *Separata dos anais portugueses de psiquiatria*. Vol. V. n.º 5 (1953), 3 pp.

<sup>3</sup> Paralisia geral.

<sup>4</sup> Furtado, D. - "Alguns aspectos da sífilis nervosa". *Jornal do Médico*. Vol. 5. n.º 104 (1945), p. 277.

consequência, os malogros terapêuticos baixam, de 41,5 para 26,4; e quanto a riscos de morte, só perdemos 2 doentes, contra 18, e mesmo desses 2, um deles havia feito malária”<sup>1</sup>.

Vasco Chichorro destaca igualmente os inconvenientes da malarioterapia salientando a necessidade de paludização e os problemas que esta acarreta num sistema biológico corporal já de si frágil, acometido por uma doença<sup>2</sup>. A penicilina é, portanto, a nova arma que de uma forma relativamente rápida vai tomando o lugar que antes era exclusivo da malarioterapia. De acordo com as palavras deste médico:

“Foi com a aplicação da penicilina na terapêutica da paralisia geral, que a situação se modificou total e completamente. Entre nós, foi em 1945 que pela primeira vez fizemos penicilinoterapia num parálitico geral. (...) Hoje, entrou na rotina da nossa terapêutica da paralisia geral, em doses diárias de 800000 a 120000 U. de penicilina respectivamente em 2 ou 3 injeções, até ao total de 9 a 10000000, tendo nós abandonado, quase completamente, aliás como os autores estrangeiros, os arsénios pentavalentes e mesmo a associação com a malarioterapia, por daí não resultarem melhores recuperações”<sup>3</sup>.

Apesar da malarioterapia se constituir como uma arma inovadora e revolucionária no tratamento da paralisia geral, a sua morte é definitivamente anunciada com os bons resultados obtidos com a recém-descoberta antibioterapia.

---

<sup>1</sup> Chichorro, V.S. - "Destino da sífilis nervosa". Ibid. Vol. XXVIII. n.º 663 (1955), p. 268.

<sup>2</sup> O autor salienta que “perdemos nestes últimos 16 anos, 26% dos doentes atingidos de paralisia geral, 7% foram-nos incontestavelmente durante a malária” - Ibid., p.263.

<sup>3</sup>Ibid., p. 266.

### 3.2. Curas de sono

As curas de sono<sup>1</sup> são o método mais antigo<sup>2</sup> do manancial terapêutico psiquiátrico. Consistem em induzir no doente mental um estado de narcolepsia contínuo, por períodos de mais de 20 horas diárias e com duração de até duas semanas. A indução do estado narcolético no doente é conseguida através da administração de barbitúricos<sup>3</sup>, medicamentos que farmacologicamente provocam sedação e induzem o sono. Nas curas de sono, o barbitúrico com mais destaque é o Somniféne, comercializado a partir de 1920 pela indústria farmacêutica Hoffman-La Roche. Quimicamente é um preparado constituído por uma mistura de ácido dietil e dipropenilbarbitúrico e dietilamina. O mentor das modernas curas de sono<sup>4</sup> é o psiquiatra suíço Jakob Klaesi (1883–1980) da Clínica Psiquiátrica Universitária de Zurique. Klaesi apresentou a sua cura de sono pela primeira vez na 59ª Assembleia da Sociedade Suíça de Psiquiatria a 28 de novembro de 1920. A ideia primária da sua cura é alcançar um nível de comunicação ideal entre o doente e o psicoterapeuta, objetivo que se consegue através da narcoterapia. A cura de sono consiste numa medicação prévia de morfina e escopolamina, a que se segue a administração intravenosa ou subcutânea de Somniféne<sup>5</sup> durante pelo menos 6 ou 7 dias. As percentagens de melhoria de doentes esquizofrénicos por este método oscilam entre 25 a 33%. A narcoterapia rapidamente ganha popularidade durante a década de 20, e

---

<sup>1</sup> Também chamadas de terapia pelo sono prolongado ou narcoterapia. Cf. Seabra-Dinis, J. - "La thérapeutique par le sommeil". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 5 (1953), pp. 151-190.

<sup>2</sup> Sargant, W.W. e Slater, E. - "An introduction to physical methods of treatment in psychiatry". Londres: Churchill Livingstone, 1972.

<sup>3</sup> Adolf von Baeyer (1835-1917), fundador da Bayer Chemical Company, sintetiza em 1864 o ácido barbitúrico (em 1905 é galardoado com o Prémio Nobel da Química). O primeiro composto comercializado desta família é o ácido dietilbarbitúrico, conhecido como barbital. É sintetizado em 1881 por M. Conrad e M. Guthzeit, e introduzido como hipnótico na Alemanha pela E. Merck e pela F. Bayer and Co. graças ao trabalho de Josef Freiherr von Mering e Emil Fischer. Em 1911 surgiria o fenobarbital, sintetizado por H. Horlein, comercializado pela F. Bayer and Co. Cf. López-Muñoz, F.; Ucha-Udabe R. e Álamo, C. - "The history of barbiturates a century after their clinical introduction". *Neuropsychiatric Disease Treatment*. Vol. 1. n.º 4 (2005), pp.329-343.

<sup>4</sup> Seabra-Dinis, citando a obra de Henri Hey e Bérard, distingue três períodos na história do tratamento pelo sono – “no primeiro, que vem desde Wolff, procurar-se-ia apenas o sono com uma acção calmante sintomática, o segundo em que predomina Klaesi e toda a escola suíça, visa obter a cura de certas doenças da esfera psiquiátrica; o terceiro, que vamos adiante referir, abrangeria Pavlov e a escola russa, bem como a escola francesa actual» Cf. Seabra-Dinis, J. - "Terapêutica pelo sono prolongado". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 574 (1954), p.234.

<sup>5</sup> Fernando Ílharcos destaca o Somniféne como sendo a droga mais ativa, acalmando eficazmente a agitação e fazendo o doente cair num sono prolongado. Alerta, no entanto, para a necessidade do doente estar no decurso da cura, bem agasalhado e em quarto aquecido, sob pena de poder sofrer de pneumonia dada a eliminação pulmonar do Somniféne. Cf. Ílharcos, F. - "Apointamentos das lições de psiquiatria - Fac-símile da edição de 1934". Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.

surtem algumas variantes ao método de Klaesi, incluindo uma cura de sono que usa Cloettal, uma mistura de vários componentes que inclui um barbitúrico (o isopropilalilbarbitúrico) e paraldeído. Esta mistura tem bastante expressão na União Soviética<sup>1</sup> pela mão de Ivan Pavlov<sup>2</sup>. A narcoterapia é usada numa miríade de condições que inclui a esquizofrenia, mas que se estende por exemplo à desintoxicação da morfina. Não obstante é uma técnica que implica enormes riscos de complicações e até morte.

Em Portugal, as curas de sono<sup>3</sup> são aplicadas no Hospital Júlio de Matos “praticamente desde a sua fundação”<sup>4</sup>. Inicialmente ensaiam-se as curas de Klaesi, embora de forma restrita, como refere Medina:

“No entanto o seu uso era esporádico: alguns casos de agitação psicomotora catatónica grave e persistente e alguns raros casos de reacção psicogénica dos já poucos que entram neste hospital. A finalidade era sintomática e os resultados estavam longe de ser animadores. Empregava-se tanto a técnica de Klaesi, com somnífero, morfina, escopolamina, como a técnica de Sargent e Slater, em que se combina somnífero com amital sódico e paraldeído, ou se omite o somnífero. O doente dormia cerca de vinte horas diárias, sendo alimentado três vezes por dia”<sup>5</sup>.

Progressivamente ensaiam-se também as técnicas de inspiração russa, relatadas tanto por Seabra-Dinis<sup>6</sup> como por Medina:

“Neste trabalho desejo chamar a atenção para a cura de sono Pavloviana que há uns meses se vem praticando no hospital Júlio de Matos. Não para já a sua eficácia terapêutica, que o número de

---

<sup>1</sup> As curas de sono com Cloettal tiveram especial expressão nos países germânicos e soviéticos.

<sup>2</sup> Cf. Windholz, G. e Witherspoon, L.H. - "Sleep as a cure for schizophrenia: a historical episode". *History of Psychiatry*. Vol. 4. n.º 13 (1993), pp.83-93.

<sup>3</sup> Ressalve-se aqui o conceito da técnica ab-reativa, que amiúde surge referida por alguns autores nacionais. A técnica ab-reativa, também chamada de subnarcose ou narcoanálise, consiste na sedação do doente através de barbitúricos, normalmente por via injetável. O doente não adormece, mas torna-se mais relaxado e recetivo a uma ação psicoterapêutica por parte do médico. A menção mais extensa a esta técnica pode ser consultada em Mendes, F. - "Terapêutica clínica das neuroses". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LX. n.º 1216 (1966), 27 pp.

<sup>4</sup> Medina, F. - "Sono prolongado na terapêutica psiquiátrica". *Medicina Contemporânea*. Vol. 5. n.º 5 (1954), p. 323.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Cf. Seabra-Dinis, J. - "Terapêutica pelo sono prolongado". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 574 (1954), pp.233-250.

casos e o tempo de remissões não permite controlar, mas simplesmente para o seu aspecto técnico”<sup>1</sup>.

Seabra-Dinis utiliza a técnica de sono prolongado preconizada pela escola russa de Pavlov. Este método tem uma base teórica que assenta no pressuposto de um condicionamento do doente através da metodização do sono. Neste processo usa-se como medicamento primário na indução de sono o Cloettal e mais tarde o amital sódico. O método da narcose é variável, podendo ser um sono de 6 dias a um sono fracionado durante dia e meio a 3 dias, repetido algumas vezes após uma curta interrupção.

Raramente as curas de sono são terapêuticas usadas de modo isolado. A maior parte das vezes são associadas com a insulino-terapia (curas de sono sintético) e com o advento dos neurolépticos surgem as curas de sono potencializadas - potencialização esta muitas vezes feita com clorpromazina<sup>2</sup>.

Medina, num trabalho em que estuda dois grupos de doentes, um com curas de sono simples e outros com potencialização, realça que no grupo em que se usaram potencializadores:

“Seis dos oitos doentes tratados tiveram alterações circulatorias, queda de tensão arterial e do ritmo cardíaco enquanto que no último grupo os acidentes aparecem em número apreciavelmente menor do que com a técnica anterior. Nos casos da combinação da narcose com a insulino-terapia, o resultado foi nitidamente favorável”<sup>3</sup>.

Seabra-Dinis refere que:

“Começámos, recentemente, no Hospital Júlio de Matos, a ensaiar também o sono-insulina em esquizofrénicos, mas não nos é possível ainda dar qualquer resultado. (...). No que respeita às psicoses pré-senis, a nossa experiência traz resultados muito positivos no tratamento das depressões pré-senis. (...). Da nossa experiência pessoal pouco podemos registar porque é muito diminuta. Tratámos até agora pelo sono prolongado (à base do

---

<sup>1</sup> Medina, F. - "Sono prolongado na terapêutica psiquiátrica". *Medicina Contemporânea*. Vol. 5. n.º 5 (1954), p. 324.

<sup>2</sup> Seabra-Dinis, J. - "Terapêutica pelo sono prolongado". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 574 (1954), p. 241.

<sup>3</sup> Medina, F. - "Sono prolongado na terapêutica psiquiátrica". *Medicina Contemporânea*. Vol. 5. n.º 5 (1954), p. 326.



Amital) ou pelo sono potencializado (pelo Fenegan, Pendiomid ou pelo Largactil) apenas 18 casos, nos quais obtivemos 10 curas. (...) O tempo decorrido após estes tratamentos é ainda escasso para se poder concluir sobre o carácter definitivo ou transitório destes resultados. Presentemente temos em plena cura de sono mais 3 casos”<sup>1</sup>.

Como conclusão, Seabra-Dinis realça o valor terapêutico das curas de sono, referindo-se a esta terapia como uma:

“(...) Frutuosa arma terapêutica, de mecanismos de acção e campo de aplicação ainda não completamente esclarecidos, que, pelo que já dela se conhece e dos seus notáveis efeitos, merece ser amplamente divulgada, aplicada e aprofundada. (...) É de esperar que também os meios médicos portugueses se sintam atraídos por tema tão promissor e possam deste modo alargar ainda mais a sua contribuição com novos estudos e aplicações, para melhor conhecimento dos males que afligem a saúde dos homens e do seu mais pronto e eficaz tratamento”<sup>2</sup>.

Praticadas de forma generalizada nos principais hospitais psiquiátricos do país<sup>3</sup>, as curas de sono perdem terreno com o aparecimento dos primeiros ansiolíticos e com a crescente potência dos fármacos neurolépticos e antidepressivos<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Seabra-Dinis, J.- "Terapêutica pelo sono prolongado". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 574 (1954), p. 249.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 250.

<sup>3</sup> No Hospital Sobral Cid, usa-se o Somniféne por via endovenosa, com o doente a dormir “horas, dias, semanas seguidas, apenas despertando para as necessidades da alimentação”. Redondo, J. e Sequeira, D. - "Registos para a memória da história do hospital Sobral Cid: Os primeiros anos...". Coimbra: s/n, 2005, p. 88

<sup>4</sup> Note-se, no entanto, que nos anos 60 ainda se encontram menções à utilização de curas de sono com antidepressivos. Cf.- "A cura combinada de sono e tofranil. Tratamento das depressões ansiosas.". *Coimbra Médica*. Vol. VIII. (1961), p. 201.

### 3.3. Insulinoterapia

Introduzida pela psiquiatra austríaco Manfred J. Sackel (1900–1957), a insulinoterapia visa tratar os doentes através de um choque hipoglicémico, resultando na maioria das vezes em convulsões no doente. Trabalhando em Berlim, Sackel arquitetava esta terapia quando provoca uma hipoglicemia acidental numa morfinómana usando insulina. A doente, quando acorda deste estado deficitário em glicose apresenta-se calma e acessível, observação que faz o clínico pensar no uso da hipoglicemia no tratamento de doenças mentais. De volta à Áustria em 1933, e trabalhando na Clínica Psiquiátrica da Universidade de Viena, Sackel testa a teoria de que um choque de hipoglicemia pode curar esquizofrénicos, com resultados promissores.

Em Portugal, a história da insulinoterapia começa com Barahona Fernandes que, em 1936, aprende esta terapia do próprio Sackel em Viena de Áustria. Os primeiros resultados são obtidos na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, do Prof. Sobral Cid e comunicados em 1938 (numa conferência de Barahona Fernandes). Esta estatística engloba 45 casos (incluindo 31 esquizofrénicos), tratados pela insulina simples e insulina com cardiazol, obtendo-se uma taxa de 65% de casos favoráveis.

Neste período inicial destacam-se ainda os contributos de Alberto Brochado (1893-1944), em especial a sua tese de doutoramento (que nunca viria a defender)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cf. Brochado, A. 1943. *O choque hipoglicémico provocado: sintomatologia, fisiologia*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto. Alberto Brochado sucede a Magalhães Lemos na Cátedra de Psiquiatria no Porto. É responsável pela organização do serviço de insulinoterapia no Hospital do Conde de Ferreira. Morre pouco antes de defender a sua tese de doutoramento. Ver ainda Brochado, A. - "Variações de temperatura durante o choque hipoglicémico terapêutico". *Portugal Médico*. Vol. 26. n.º 7 (1942), pp. 291-301; Brochado, A. - "Um acidente do choque hipoglicémico terapêutico: o coma secundário". *Imprensa Médica*. Vol. 8. n.º 18 (1942), pp.271-281.

# INSULINE CHOAY SPÉCIALE POUR CURE DE CHOC

Flacons de 200 et 400 unités internationales

★

## Autres Formes

### *INSULINE CHOAY*

Flacons de 5 ml de 100 et 200 unités internationales

\*

### *INSULINE ZINC PROTAMINE CHOAY*

Flacons de 5 ml de 200 unités internationales.

---

**Laboratoires CHOAY** - 48, Avenue Théophile-Gautier, 48  
PARIS (XVI<sup>e</sup>)

Société "LE LIVRE" 17, Rue de la République, 17 — MONTAUBAN (T.-&-G.)  
Distributeur de l'ouvrage : SOINS AUX MALADES MENTAUX et ADMINISTRATION  
du Dr J. OULÈS.

**Figura 1.** Publicidade relativa a tratamentos pela insulinoaterapia. Recolhida em pasta sem cota e identificação da Biblioteca Joaquim Seabra-Dinis, sita no Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra (CEIS20). Espólio bibliográfico e documental doado à instituição pela Dr.<sup>a</sup> Lina Seabra-Dinis e Dr. Armando Myre-Dores.

Para a obtenção do título de professor agregado de psiquiatria, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Pedro Polónio elabora um estudo<sup>1</sup> com 491 doentes tratados pela insulino-terapia (incluindo 295 esquizofrénicos) e 436 doentes do grupo controle (incluindo 216 esquizofrénicos). Os doentes admitidos a tratamento pela insulino-terapia são tratados de 1936 a 1945, nos Hospitais Miguel Bombarda e Júlio de Matos e seguidos até 1949. Os casos do grupo controle são admitidos no Hospital Miguel Bombarda, de 1930 a 1936, e seguidos igualmente até 1949.

O método revela resultados promissores, como é do entendimento de Pedro Polónio:

“O tratamento insulínico produziu, no conjunto dos casos, mais 1 a 36% (em média 20%) de resultados favoráveis do que a evolução espontânea”<sup>2</sup>.

O enfoque do estudo é dado aos casos de psicose esquizofrénica. O autor detalha o procedimento quanto a vários parâmetros incluindo hereditariedade, sexo, idade, tipo morfológico, personalidade, fatores psicogénicos, fatores exógenos, início da doença, tempo da doença e formas de esquizofrenia.

A organização do tratamento é igualmente detalhada, dando-se prioridade ao isolamento sonoro:

“Os tratamentos realizam-se numa sala própria: a sala da insulina. Esta compreende umas 10 camas, e têm 2 quartos anexos, onde ficam os doentes que iniciam o tratamento, ou aqueles que têm choques agitados. (...). Deve ter bom isolamento sonoro, ou, pelo menos, encontrar-se numa localização onde cheguem poucos ruídos exteriores e se não oiçam os gritos impressionantes que alguns doentes soltam durante o tratamento”<sup>3</sup>.

O interesse de se ter pessoal de enfermagem treinado é imprescindível e compreensível. Com casos sujeitos a tanto como 60 comas o fator exaustão tem de ser tido em consideração também no pessoal auxiliar. O uso da insulino-terapia é também

---

<sup>1</sup> Polónio, P. - "Estrutura das psicoses e tratamento insulínico". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. II. n.º 2 (1950), pp.36-212.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.188.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p.122.

experimentado com a adição do electrochoque e do cardiazol – se no primeiro caso não se observa grande vantagem, a combinação com cardiazol prova ser uma boa aposta.

Segundo Polónio:

“O electrochoque somado não produziu, de modo tão aparente, aquelas melhoras que estávamos habituados a ver seguir à administração do cardiazol, e que os doentes tratados sem efeito com electrochoque somado, melhoraram quando passámos para o cardiazol”<sup>1</sup>.

A entrada em cena dos neurolépticos destina à insulino-terapia uma lenta imiscuição de esforços. Os novos medicamentos são associados com o velho método, eventualmente ganhando o domínio terapêutico. Quando em 1961, Marcelo de Barros revisita a insulino-terapia, o seu uso está em claro declínio. Segundo o médico:

“A ideia de elaborar este trabalho nasceu, exactamente, do notável decréscimo a que temos vindo a assistir, nos últimos anos, na aplicação deste método terapêutico”<sup>2</sup>.

Marcelo de Barros alega que o desconhecimento dos novos clínicos leva à rejeição deste tratamento e reitera que:

“No tratamento de ataque de todos os quadros alucinatorios e delirantes graves, nenhum método terapêutico é mais útil e simultaneamente mais inócuo e fisiológico, que a insulino-terapia como a propôs Manfred Sakel, ou seja, tratamentos comatogénicos».”<sup>3</sup>

O médico atribui ainda propriedades desintoxicantes a este método e vantagens a nível hepático e cerebral.

O seu esforço não é fruto de uma insularidade nostálgica – em 1966, Frago Mendes ainda considera a insulino-terapia como uma arma eficaz, mas apenas nos casos

---

<sup>1</sup> Polónio, P. - "Estrutura das psicoses e tratamento insulínico". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. II. n.º 2 (1950), p.124.

<sup>2</sup> Barros, M. - "Insulino-terapia: aspectos teórico-práticos do método de Sakel". *Jornal do Médico*. Vol. LXI. n.º 1236 (1961), p. 162.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 163.

muito graves de certas neuroses<sup>1</sup>. O aparecimento de fármacos cada vez mais potentes e seguros dita o fim desta terapia.

---

<sup>1</sup> Cf. Mendes, F. - "Terapêutica clínica das neuroses". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LX. n.º 1216 (1966), 19 pp.

### 3.4. Choque cardiazólico

O choque cardiazólico surge no seguimento quase imediato da insulino-terapia. É considerada como a primeira das verdadeiras terapias convulsivas<sup>1</sup>.

A base teórica que suporta este método é a existência de um antagonismo entre esquizofrenia e epilepsia. O equilíbrio mental de um esquizofrénico poderia ser restabelecido se este fosse sujeito a uma convulsão que simulasse a convulsão epilética. Especulações sobre uma possível relação entre esquizofrenia e epilepsia tinham sido já discutidas por autores como Gyula Nyiro e Jablonsky, Max Muller e Glaus<sup>2</sup>, mas foi Ladislaus von Meduna (1896-1964), um neuropatologista húngaro<sup>3</sup>, que marcaria a história da psiquiatria a partir desta premissa. Através da observação de autópsias de esquizofrénicos e epiléticos, von Meduna postula que a epilepsia e a esquizofrenia são doenças cuja existência simultânea no mesmo indivíduo não é possível. Ajudado pelas constatações empíricas de que epiléticos esquizofrénicos ou esquizofrénicos epiléticos são casos extremamente raros, o médico tenta provocar convulsões semelhantes às epiléticas em doentes esquizofrénicos.

A primeira substância que Meduna utiliza para provocar as convulsões é a cânfora que previamente já tinha sido usada pelo vienense Leopold von Auenbrugger no século XVIII com este mesmo propósito, o de causar convulsões em psiquiatria. No entanto Meduna não parece ter conhecimento deste facto.

Apesar dos bons resultados obtidos com esta substância, o processo de convulsão para o doente é muito doloroso. Mais importante – o tempo decorrido entre a injeção de cânfora e a convulsão é no mínimo de meia hora<sup>4</sup>, deixando o doente num estado de medo que não pode ser negligenciado. Meduna adota outra substância, o pentilentetrazol, conhecido como cardiazol na Europa e metrazol na América. Em 1935 publica os primeiros resultados obtidos com 26 doentes, incluindo dez doentes completamente

---

<sup>1</sup> Apesar de ser usualmente integrada nas terapias convulsivas, a insulino-terapia é muitas vezes tratada como uma terapia fora deste grupo. O propósito principal desta terapêutica é a indução do coma hipoglicémico, sendo as convulsões uma consequência deste coma. No choque pelo cardiazol e no eletrochoque, o produto terapêutico que se procura é a convulsão.

<sup>2</sup> McCrae, N. - "A violent thunderstorm": Cardiazol treatment in British mental hospitals". *History of Psychiatry*. Vol. 17. n.º 65 Pt 1 (2006), pp.67-90.

<sup>3</sup> Formado em neuropatologia, exerce como psiquiatra.

<sup>4</sup> Cf. Gazdag, G.; Bitter, I.; Ungvari, G.S. et al. - "Convulsive therapy turns 75". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 194. n.º 5 (2009), pp. 387-388.

recuperados. Em 1936, Meduna havia já experimentado o cardiazol em 110 doentes, 54 dos quais entram em remissão<sup>1</sup>.

O choque pelo cardiazol apresenta uma clara vantagem em relação à insulino-terapia – é um método que exige muito menos em termos de infraestrutura e pessoal. Não necessita de períodos prolongados de hospitalização nem um seguimento e cuidados pormenorizados por parte de enfermeiros treinados. A grande desvantagem desta terapia é o enorme medo que causa nos doentes. Apesar de se ter espalhado rapidamente pela Europa<sup>2</sup>, em grande parte devido á popularidade e bons resultados proporcionados pela malarioterapia e pela insulino-terapia, “o odiado Metrazol foi empurrado para a poeira da história com o advento de uma forma muito menos detestada de terapia convulsiva, a terapia electroconvulsiva”<sup>3</sup>.

Em Portugal, o choque pelo cardiazol começa a ser utilizado em finais de 1936, na Casa de Saúde do Telhal<sup>4</sup>. As principais menções ao choque cardiazólico incluem-no no mesmo grupo das outras terapias convulsivas, sendo difícil discernir a sua importância comparativa. No entanto a técnica ganha expressão a nível nacional com uma reputação positiva<sup>5</sup>. Almeida Amaral pratica o choque cardiazólico<sup>6</sup> na Casa de Saúde da Idanha e no Hospital da Marinha, com taxas de remissão na esquizofrenia na ordem dos 25%<sup>7</sup>.

A estatística portuguesa mais pormenorizada sobre esta terapia é apresentada por Diogo Furtado. O neurologista trabalha com um total de 216 casos, onde estão incluídos pensionistas tratados nas Casas de Saúde do Telhal<sup>8</sup> e de Barcelos<sup>9</sup>, doentes de clínica privada, tratados em Casas de Saúde abertas e alguns casos hospitalares tratados no Serviço dos Capuchos. A técnica seguida pelo médico é baseada no procedimento original de Meduna, embora Furtado efetue algumas alterações<sup>10</sup> e observe algumas diferenças

---

<sup>1</sup> Cf. Gazdag, G.; Bitter, I.; Ungvari, G.S. et al. - "Convulsive therapy turns 75". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 194. n.º 5 (2009), pp. 387-388.

<sup>2</sup> No continente americano o cardiazol teve mais dificuldades em vingar.

<sup>3</sup> Shorter, E. - "A History of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac". London: John Wiley & Sons, 1997, p. 217.

<sup>4</sup> Em Portugal o cardiazol é comercializado com o nome de Sistocardil, de produção nacional.

<sup>5</sup> Cf. Mesquita, A. - "O cardiazol na terapêutica dos estados esquizofrénicos". *Separata de Coimbra Médica*. Vol. 6, n.º 6 (1939), 14 pp.

<sup>6</sup> Almeida Amaral defende que o choque cardiazólico é particularmente eficaz nas nevroses de guerra.

<sup>7</sup> Cf. - "Actas da Sociedade". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CV. n.º 1-6 (1941), p. 187.

<sup>8</sup> Casos cedidos pelo diretor clínico, Luís Cebola.

<sup>9</sup> Casos cedidos pelo diretor clínico, Eduardo Teixeira de Sousa.

<sup>10</sup> Uma das principais alterações é a dose usada para se provocar a convulsão. Ladislau von Meduna usa, indiscriminadamente, 5 cc. de cardiazol na primeira injeção. Furtado opta por usar 3,5 cc. nas mulheres e 4 cc. nos homens. O número de crises também é alterado no protocolo de Furtado – enquanto o autor original



nos resultados<sup>1</sup>. É Furtado que pela primeira vez descreve o que intitula de “ataques parafuso”, que surgem em casos de convulsões tardias. Nestes casos, Furtado refere que:

“A crise inicia-se então por uma torsão da cabeça e do tronco, lenta, às vezes entrecortada, que vai até um grau muitas vezes extremo de contorção do corpo em torno do seu eixo longitudinal. Os globos oculares desviam-se para o lado para onde a cabeça se torce e os próprios membros, sobretudo os homolaterais, apresentam também torsões segundo os seus eixos. Este ataque, dotado de certos particulares que lembram as crises jacksónicas, é designado pelo nosso pessoal com a expressão sugestiva de ‘ataque de parafuso’. Não temos visto apontada a distinção semiológica entre esta forma de ataque e o ataque usual”<sup>2</sup>.

Atento às tendências internacionais, que procuravam novas substâncias capazes de provocar convulsões de forma menos agressiva que o cardiazol, Diogo Furtado experimenta também as convulsões provocadas por picrotoxina<sup>3</sup> num total de 12 casos (54 injeções), embora os resultados tenham sido insatisfatórios, culminando na morte de um doente e no abandono desta substância.

O valor de uma associação de psicoterapia com o choque cardiazólico é posta em causa por Diogo Furtado que nota que:

“Ora os resultados que obtivemos tornaram-nos cépticos a respeito do valor desta psicoterapia associada: a percentagem de remissões obtidas foi a mesma em ambos os grupos”<sup>4</sup>.

Diogo Furtado defende, pois, uma espécie de conversa preparatória com o doente, que precede o choque cardiazólico, revelando um certo ceticismo quanto ao real valor da psicoterapia nesta terapia.

---

do método preconiza três ataques logo após remissão completa, Furtado acaba com o tratamento mal obtenha remissão.

<sup>1</sup> Por exemplo, Diogo Furtado não observa o fenómeno de habituação ou de sensibilização, nem observa que exista um limiar de dose de convulsão, ao contrário de von Meduna. Diogo Furtado também não apresenta na sua estatística nenhum caso de abcesso pulmonar resultante do tratamento, facto extremamente raro na literatura da altura.

<sup>2</sup> Furtado, D. - "Terapêutica das psicoses - método convulsionante". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CV. n.º 1-6 (1941), p. 14.

<sup>3</sup> Diogo Furtado usa a picrotoxina cedida pela casa Merck.

<sup>4</sup> Furtado, D. - "Terapêutica das psicoses - método convulsionante". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CV. n.º 1-6 (1941), p. 18.

Esta opinião provoca uma troca de argumentos nas sessões da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa a 18 de fevereiro de 1941 (e continuada a 4 de março), levando Barahona Fernandes<sup>1</sup> a lamentar “o desprezo do orador<sup>2</sup> pela fenomenologia e pela psicoterapia”<sup>3</sup> e defendendo “o interesse dos novos métodos terapêuticos no ponto de vista prático e científico pelos novos problemas postos e a renovação dos estudos psiquiátricos”<sup>4</sup>.

O aparecimento de uma terapia mais segura, menos aterradora e com melhores resultado – os eletrochoques – dita o fim do choque cardiazólico. Veja-se por exemplo que, quando se idealiza o Hospital de Dia da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, no Hospital de Santa Maria (inaugurado em 1959), prevê-se uma sala para tratamentos de insulina e um quarto para eletrochoques, mas não há menção sequer ao cardiazol.

---

<sup>1</sup> Barahona Fernandes e Diogo Furtado também discordam quanto ao mecanismo de ação do choque cardiazólico. Diogo Furtado defende que a convulsão cardiazólica é semelhante a uma convulsão epilética, facto que Barahona Fernandes contesta.

<sup>2</sup> Refere-se a Diogo Furtado.

<sup>3</sup> Da mesma opinião é Almeida Amaral. Cf. - "Actas da Sociedade". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CV. n.º 1-6 (1941), p. 187.

<sup>4</sup>Ibid.

### 3.5. Terapia electroconvulsiva

O primeiro doente sujeito à terapia electroconvulsiva, os comumente chamados electrochoques, é um homem de 40 anos diagnosticado com esquizofrenia, em Roma, em abril de 1938<sup>1</sup>. É a última terapia convulsiva a surgir.

A sua descoberta deve-se a Ugo Cerletti (1877-1963), Professor do Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Universidade de Roma. Influenciado pelas terapias cardiazólica e insulínica, desenvolve com a ajuda do psiquiatra e seu assistente Lucio Bini (1908-1964) um método de provocar convulsões terapêuticas através da eletricidade. O método inicial de Cerletti consiste em aplicar dois elétrodos ao nível das estruturas frontoparietais, fazendo passar através dessas regiões uma corrente alterna. A técnica ganha popularidade e espalha-se para todo o mundo de forma bastante rápida<sup>2</sup>. O método de Cerletti é usado durante mais de uma dúzia de anos, eventualmente surgindo o electrochoque modificado com a introdução de relaxantes musculares e em alguns casos outras substâncias como barbitúricos, que desta forma vêm amenizar a técnica e alargar as suas indicações a grupos de doentes que de outro modo não podiam beneficiar deste tratamento.

A terapia electroconvulsiva chega a Portugal no início da década de 40, pela mão de Almeida Amaral<sup>3</sup>.

Em setembro de 1941, Almeida Amaral, chefe da Clínica de Neuropsiquiatria do Hospital da Marinha viaja para Espanha onde, sob a alçada dos médicos espanhóis Prieto Vidal<sup>4</sup> e Sarritu (nos manicómios de Pamplona a Palência) e do Professor López Ibór

---

<sup>1</sup> Cf. Cerletti, U. - "L'Elettroshock". *Rivista Sperimentale di Frenatria*. Vol. I. (1940), pp.209-310.

<sup>2</sup> Os electrochoques utilizaram-se pela primeira vez em França, Holanda e Inglaterra em 1939, nos Estados Unidos em 1940 e na Austrália em 1942.

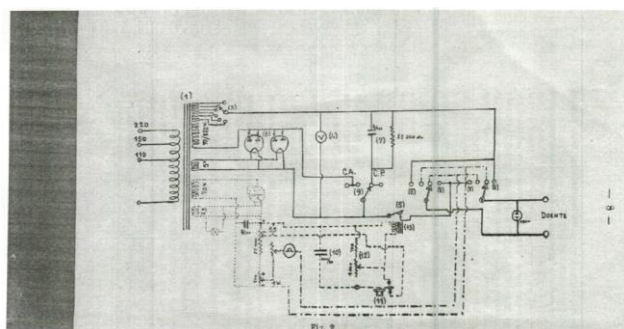
<sup>3</sup> Cf. Lima, A. e Amaral, A. - "Terapêutica pelo electrochoque na psiquiatria". *Separata da Imprensa Médica*. Vol. 9. n.º 10 (1943), 33 pp. Os autores referem que até 1941, o método é praticamente desconhecido em Portugal, atribuindo esta condição ao facto de a guerra não permitir a importação de aparelhos de eletroterapia nem a visita a centros médicos que a praticassem.

<sup>4</sup> O primeiro electrochoque em Espanha é efetuado pelo médico Alfredo Prieto Vidal, diretor do Hospital Psiquiátrico de Valência em 1940.

(Clínica Psiquiátrica da Universidade de Madrid) se instrui sobre os métodos e técnicas desta terapia, trabalhando com aparelhos espanhóis e alemães<sup>1</sup>.

Regressado a Portugal, o médico depara-se com dificuldades na aquisição de um aparelho de eletrochoques, decidindo-se pela construção de um aparelho próprio – o qual é batizado de “Convulsor Todisol”.

Este aparelho, de fabrico e conceção portuguesa exhibe algumas particularidades que o distinguem dos aparelhos usados no estrangeiro. Idealizado por Amaral Dias e Almeida Lima e construído com a ajuda de um colaborador<sup>2</sup>, o aparelho apresenta algumas vantagens em relação ao dispositivo de inspiração dos autores<sup>3</sup>, nomeadamente no que concerne ao tipo de corrente usado (que no aparelho português pode ser escolhida entre corrente alterna ou contínua) e num interruptor de tempo que não emprega dispositivos mecânicos de relojoaria, engenho que é assim “certamente superior aos dos aparelhos congéneres estrangeiros”<sup>4</sup>.



**Figura 2.** Esquema dos circuitos auxiliares e acessórios do “Convulsor Todisol”<sup>5</sup>. Ilustração extraída A. Lima; A. Almeida – “Terapêutica pelo electrochoque na psiquiatria”. *Imprensa Médica*. Vol 9, nº 10 (1943), p. 160.

<sup>1</sup> O resultado deste estágio, onde o autor dá conta de técnicas empregues e da experiência que apreende pode ser consultado em Amaral, A. - "O «electroshock» no tratamento das doenças mentais". *Imprensa Médica*. Vol. 8. n.º 6 (1942), pp.81-84.

<sup>2</sup> Este colaborador é Tomás Dias, a quem os autores se referem elogiosamente pela ajuda na parte mais técnica de construção do aparelho.

<sup>3</sup> O aparelho que serve de inspiração para o Convulsor Todisol é um aparelho suíço da Casa Purtschert de Lucena.

<sup>4</sup> Lima, A. e Amaral, A. - "Terapêutica pelo electrochoque na psiquiatria". *Separata da Imprensa Médica*. Vol. 9. n.º 10 (1943), p.10.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 8.

As primeiras “cobaias” deste aparelho são cães, onde os autores aperfeiçoam alguns aspetos da técnica e das voltagens empregues para se conseguirem crises convulsivas. As primeiras experiências com doentes são feitas com a autorização do Professor Egas Moniz, no serviço de Neurologia do Hospital de Santa Marta, onde “usando voltagens e tempos de passagem semelhantes aos apontados pelos autores estrangeiros, obtivemos crises convulsivas perfeitas, sem qualquer inconveniente para os doentes e seguidas de completa amnésia”<sup>1</sup>.

Após este período de testes, a terapia electroconvulsiva começa a ser aplicada sistematicamente na Casa de Saúde de Idanha e no Hospital da Marinha, expandindo-se para todo o país<sup>2</sup>.

No Algarve, a aplicação do primeiro eletrochoque tem uma história particular. Conta Manuel da Silva, diretor do Dispensário de Higiene Mental do Algarve em 1960:

“O primeiro electrochoque feito no Algarve não teve por ajudantes enfermeiros nem por cenário o ambiente de uma enfermaria. Fez-se num compartimento escuro da velha esquadra de Polícia de Segurança Pública a uma maníaca, actualmente internada na Casa de Saúde de Idanha. Como o compartimento era húmido, a descarga foi distribuída pelos três: a doente e dois polícias ajudantes. Nos tratamentos seguintes, as coisas correram melhor, a ponto de termos conseguido debelar aquela crise”<sup>3</sup>

O interesse pela terapia electroconvulsiva é notório na comunidade médica portuguesa, e os clínicos nacionais não se limitam a aplicar os protocolos e técnicas que conhecem do estrangeiro, quer por estágios quer por publicações. Instruídos e conhecedores do que se faz além-fronteiras, eles próprios experimentam as técnicas e

---

<sup>1</sup> Lima, A. e Amaral, A. - "Terapêutica pelo electrochoque na psiquiatria". *Separata da Imprensa Médica*. Vol. 9. n.º 10 (1943), p.12.

<sup>2</sup> Da estatística apresentada por Almeida Amaral em 1951, conta-se um total de 22 591 eletrochoques praticados desde o início de atividade dos Centros de Assistência Psiquiátrica. A maioria destes eletrochoques diz respeito à zona sul (15 678) com a zona centro a praticar apenas 644 eletrochoques e a zona Norte 6 269. Comparando o número de doentes observados entre a zona norte e centro (3514 para a zona norte e 4445 para a zona centro, diferença pouca), denota-se que a prática de eletrochoques é muito menor na zona centro. É possível que este número diminuto de eletrochoques na zona centro tenha relação com o descrito por Manuela Mendonça como a “carência de recursos técnicos e o aumento simultâneo da procura” que afeta o Hospital Sobral Cid por esta altura. Cf. Mendonça, M.M. - "Hospital Sobral Cid - das origens ao cinquentenário - História, Imagens, Memória.". Coimbra: MinervaCoimbra, 2006, p. 71.

<sup>3</sup> Silva, M.d. - "A evolução da assistência psiquiátrica no Algarve". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), p.55. Não é dada uma data exata para este eletrochoque, que deve ter acontecido no final da década de 40.

anotam as suas impressões, revelando um espírito de proatividade e de alguma autonomia e confiança. Assim, ensaiam as doenças que melhor respondem a esta terapêutica, estabelecem protocolos de doses, ambientes ideias de administração e formação de pessoal competente<sup>1</sup>. O tema é igualmente discutido na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, nomeadamente as associações possíveis entre esta terapia e as outras terapias somáticas existentes<sup>2</sup>.

O mecanismo de ação desta técnica, desconhecido, é alvitrado um pouco por toda a comunidade internacional. Em Portugal, Almeida Amaral e Almeida Lima reconhecem várias hipóteses, desde a sua ação se dever a uma anoxia, a alterações do metabolismo celular ou narcose. Apesar de não saberem como funciona, a certeza é a de que o eletrochoque atua em algum nível “bio-patológico cerebral”<sup>3</sup> que deixa o doente mais recetivo a uma atuação psicoterápica onde uma verdadeira cura pode ser conseguida – uma convergência de atuações. Notam, igualmente, que doentes que têm a mesma patologia e constituição podem responder de forma diferente ao eletrochoque – a personalidade monónima defendida por Barahona Fernandes. Os autores aliás defendem que todas as terapias de choque não atuam pela substância ativa *per se*, mas antes por um choque, uma convulsão que provocam no doente, alteração esta que provocará uma espécie de *reset* ou pelo menos um *restart* do organismo, dando margem de manobra a uma intervenção terapêutica mais eficaz<sup>4</sup>.

O eletrochoque modificado surge em 1940 através da introdução de um relaxante muscular na terapia electroconvulsiva, o curare. Almeja diminuir os riscos associados às fraturas e luxações. Mais tarde surge o “Scoline”, cloridrato de succilcolina, mais inócua que o curare. Usualmente, antes da injeção de Scoline, o doente é injetado com atropina (para prevenir a emese típica depois do choque) e pentotal sódico.

---

<sup>1</sup> Cf. Polónio, P. - "Indications respectives des méthodes de choc". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 3. n.º 3 (1951), pp.17-19; Fernandes, B., Polónio, P. e Gomes, S. - "Experiência clínica com o electrochoque (e suas relações com outros tratamentos)". *Imprensa Médica*. Vol. 10. n.º 9 (1944), pp.141-149.

<sup>2</sup> Cf. - "Actas da Sociedade". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CV. n.º 1-6 (1942), pp.25-39.

<sup>3</sup> Lima, A. e Amaral, A. - "Terapêutica pelo electrochoque na psiquiatria". *Separata da Imprensa Médica*. Vol. 9. n.º 10 (1943), p. 30.

<sup>4</sup> Segundo Diogo Furtado, em 1960, “há possivelmente uma viragem no sentido simpaticotónico do equilíbrio neurovegetativo do indivíduo e esta viragem influencia poderosamente o seu estado de humor. Não deixa também de ser curiosa, sob este aspecto, a constatação de que o electrochoque aumenta a quantidade de serotonina contida nos centros nervosos, idêntico fenómeno ocorrendo na convulsão cardiazólica.” Cf. Furtado, D. - "Sistemática das depressões e sua terapêutica". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 899 (1960), pp.845-860.

Com este método não só se adquirem resultados terapêuticos mais seguros, como se consegue “a abolição do grito inicial, que perturba geralmente os outros doentes que aguardam tratamento”<sup>1</sup>.

O eletrochoque modificado é introduzido em Portugal por iniciativa de Frago Mendos (na altura assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa) e Fernandes da Fonseca (à data assistente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) que estagiam na Grã-Bretanha enquanto Bolseiros do Instituto de Alta Cultura. A impressão dos estagiários é a de que com o eletrochoque modificado as complicações inerentes a esta terapia diminuem grandemente, sendo que têm esperança de que esta variante “há-de ir substituindo progressivamente, entre nós, o eletrochoque simples, não isento de riscos, que por vezes fazemos por ignorar”<sup>2</sup>. A necessidade de substituir a técnica inicial pela técnica modificada explica-se pela existência de alguns casos graves de reações ou complicações adversas com o eletrochoque simples<sup>3</sup>. Frago Mendos ressalva que, entre fevereiro de 1955 a março de 1956, presenciou 5 casos de fraturas graves no decurso do eletrochoque na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa. As principais complicações resumem-se mesmo a luxações e fraturas bem como contra-indicações do estado de saúde do doente como tensão arterial elevada ou problemas de ritmo cardíaco<sup>4</sup>. O mesmo caso mortal é reportado por Aníbal Sotto Mayor Rego<sup>5</sup> e

---

<sup>1</sup> Fonseca, F.d. e Mendes, F. - "O electrochoque modificado". Ibid.Vol. 34. n.º 724 (1956), p. 656.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> A técnica do eletrochoque modificado é descrita por Diogo Furtado da seguinte forma – “O doente em jejum e internado, é injectado com atropina uma hora antes da intervenção. Depois, na altura devida, injecta-se-lhe um barbitúrico solúvel endovenoso, lentamente e em dose adequada. Pela mesma seringa, e quando o doente se encontra já em sonolência, injectamos um relaxante muscular (empregamos actualmente o Scoline, de origem inglesa) numa dose capaz de abolir as contracções musculares. Esta dose é, em regra geral, de 30 a 40 mg. para um indivíduo de peso normal. A Scoline é injectada rapidamente, pela mesma agulha por onde havíamos injectado o barbitúrico. Aguardamos, de seguida, alguns segundos o aparecimento de pequenas contracções fasciculares que se verificam principalmente na musculatura perioral ou nos dedos dos pés. Durante esses segundos podemos aproveitar para oxigenar o doente, facilitando-lhe a respiração por intermédio duma máscara especial de insuflação e expiração. Quando aparecem as contracções fasciculares a que nos referimos, desencadeamos o choque eléctrico. (...). O choque, por via de regra, não produz qualquer contração muscular dos membros, manifestando-se apenas por leves contracções cefálicas, da musculatura mínima ou dos dedos dos pés. Terminado o choque, que dura breves segundos, aplicamos máscara respiratória novamente e mantemos o doente em respiração condicionada durante o tempo necessário.” O neurologista refere que nos últimos doze anos (portanto a partir de 1948) e em conjunto com o médico Vasco Chichorro, efetuou mais de 9000 eletrochoques em doentes na clínica particular de Carnaxide. Cf. Furtado, D. - "Sistemática das depressões e sua terapêutica". Ibid.Vol. XLI. n.º 899 (1960), pp.845-860.

<sup>4</sup> Fernandes, B.; Polónio, P.; e Gomes, S. - "Experiência clínica com o electrochoque (e suas relações com outros tratamentos)". *Imprensa Médica*. Vol. 10. n.º 9 (1944), pp.141-149.

<sup>5</sup> Cf. Rego, A.S.M. - "Considerações acerca de um caso de morte três horas depois de um electrochoque". *Jornal do Médico*. Vol. XXII. n.º 566 (1953), pp.1130-1132.

Francisco Coimbra<sup>1</sup>, embora ambos os autores não tenham conseguido estabelecer uma relação clara causal entre a morte e o eletrochoque.

O eletrochoque vai pouco a pouco delimitando o seu campo de ação na terapêutica psiquiátrica, e se no início é usado de forma relativamente indiscriminada<sup>2</sup> sobre diversas patologias mentais, numa tentativa de perceção sobre adequação do tratamento à patologia, aos poucos o seu campo de aplicação é limitado ao tratamento das depressões. Mesmo após o aparecimento dos primeiros antidepressivos, no final da década de 50, o seu valor no tratamento psiquiátrico é reconhecido<sup>3</sup>, sendo a única das terapias somáticas ainda hoje usada em medicina.

---

<sup>1</sup> Ver Coimbra, F. - "Um caso de morte pouco tempo depois do electrochoque". *Portugal Médico*. Vol. XXXVII. n.º 11 (1953), pp.611-618.

<sup>2</sup> Amaral Almeida e Lima Amaral usam o eletrochoque em esquizofrenias, psicoses maníaco- obsessivas e reações psicogéneas (entre as quais depressivas). As melhoras nas esquizofrenias são bastante dependentes do tempo de instalação da doença – quanto mais longa, pior a hipótese de recuperação. Nos restantes casos os resultados são bastante favoráveis.

<sup>3</sup> Ver Fonseca, F.d. - "Valor actual do electrochoque na terapêutica das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 919 (1960), pp.11-14.



### 3.6. Leucotomia pré-frontal

A leucotomia pré-frontal, uma forma de psicocirurgia inventada pelo médico português António Egas Moniz (1874-1955) em 1935 (que aliás cunha o próprio termo, psicocirurgia) constitui um dos maiores marcos na história da psiquiatria, sendo atribuído ao médico o Prémio Nobel da Fisiologia ou Medicina em 1949. É um dos temas histórico-médicos que nos últimos anos tem merecido uma especial atenção historiográfica e interdisciplinar<sup>1</sup>.

O arsenal terapêutico à disposição dos médicos psiquiatras por alturas de 1935 consiste em apenas dois métodos com créditos comprovados, a ergoterapia e a malarioterapia<sup>2</sup>. A leucotomia pré-frontal constitui-se assim como uma inovação precisa e eficaz, ou nas palavras de Barahona Fernandes “o ímpeto inicial, originalíssimo, iconoclasta, autenticamente revolucionário da leucotomia de Egas Moniz”<sup>3</sup>.

Apesar de se acreditar que a técnica da leucotomia pré-frontal já estava a desenhar-se na mente de Egas Moniz há algum tempo, a ideia comumente aceite é que o impulso definitivo para a sua concretização é a presença do médico no 2º Congresso Internacional de Neurologia, que decorre em Londres, em 1935. Neste congresso, John Fulton, apresenta a sua experiência com dois chimpanzés submetidos a lobectomias (ablação dos

---

<sup>1</sup> A vida e obra de Egas Moniz tem sido proficuamente estudada pelo Grupo de História e Sociologia da Ciência e Tecnologia do CEIS20, sob a coordenação do Prof. Doutor João Rui Pita e da Profª Dr.ª Ana Leonor Pereira. Veja-se a este respeito algumas obras editadas pelos coordenadores ou membros do referido grupo - Pereira, A.L.; Pita, J.R. e Rodrigues, R.M. - "Retrato de Egas Moniz". Lisboa: Círculo de Leitores, 1999; Pereira, A.L. e Pita, J.R. - "Egas Moniz em livre exame". Coimbra: Minerva Coimbra, 2000; Correia, M. - "Egas Moniz e a leucotomia pré-frontal: ao largo da polémica". *Análise Social*. Vol. XLI. n.º 181 (2006), pp.1197-1213; Correia, M. 2010. *Egas Moniz: Representação, Saber e Poder*. Tese de Doutoramento, FLUC; Correia, M. - "Psiquiatras e Neurologistas. A influência da Psicocirurgia na fundação das suas associações". In: Pita e Pereira (eds.) *Estudos do Século XX - Histórias da Saúde*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2012; Correia, M. - "Egas Moniz e o Prémio Nobel". Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006. Impossível não referir neste espaço a importância de João Lobo Antunes (1944-2016), um dos mais ilustres neurocirurgiões nacionais, ao qual prestamos aqui a nossa sentida homenagem. Releve-se a obra – Antunes, J.L. – “Egas Moniz: Uma Biografia”. Lisboa: Gradiva, 2010.

<sup>2</sup> Barahona Fernandes refere que além da ergoterapia e da malarioterapia, a psicoterapia era muito pouco usada para o tratamento das doenças mentais, sendo sobretudo empregue em casos de neuroses. Cf. Fernandes, B. - "A leucotomia pré-frontal". *A Medicina Contemporânea*. n.º 5 (1957), p. 235.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p.245.

lobos frontais). Estes animais apresentam-se calmos e com uma conduta irrepreensível. Surge a Moniz a ideia de repetir esta experiência, mas com humanos<sup>1</sup>. Após regressar do congresso, a 12 de novembro de 1935, Moniz, com a ajuda de Almeida Lima (1903 – (?) 1985), um neurocirurgião, injetam álcool na substância branca do lobo frontal de uma mulher de 63 anos com ansiedade e alucinações paranoicas<sup>2</sup>. Declara-se o procedimento um sucesso, e repetem a técnica em mais sete pacientes (nesta altura o termo é designado já por leucotomia pré-frontal). A necessidade de múltiplas injeções e o caminho imprevisível que o álcool toma leva à introdução do leucótomo, um instrumento capaz de cortar lesões de centímetros dentro da substância branca.

Em março de 1936, Moniz publica os primeiros resultados que obtém com 20 doentes<sup>3</sup>. O médico envia uma cópia a Walter Freeman, nos Estados Unidos, que havia também estado no congresso de neurologia de Londres. Freeman e Watts impulsionados pelo trabalho de Moniz fazem a primeira leucotomia americana a uma mulher de 63 anos, a 14 setembro de 1936. Em novembro de 1936, Freeman usa o termo lobotomia em vez de leucotomia para descrever a sua técnica. A leucotomia refere-se assim à danificação de fibras específicas enquanto lobotomia sugere um termo mais geral para qualquer procedimento psicocirúrgico que visa as fibras nervosas de um lobo do cérebro. Em 1937 surge a primeira publicação com o termo lobotomia.

Por volta de 1942 Freeman interessa-se por um método diferente de lobotomia. Inspirado por uma técnica de um psiquiatra italiano, Amaro Fiamberti, Freeman idealiza a lobotomia transorbital. Com o doente inconsciente por um eletrochoque, e usando um dispositivo semelhante a um picador de gelo (orbitoclasto), a lobotomia é feita através da cavidade superior ocular. O objetivo deste procedimento é generalizar e tornar mais prática e fácil a técnica da psicocirurgia, não sendo necessário anestesista nem neurocirurgião, e possibilitando a realização da técnica virtualmente em qualquer lugar. Watts afasta-se neste ponto do trabalho de Freeman.

A técnica operatória da cirurgia vai evoluindo, como refere Almeida Lima:

---

<sup>1</sup> Esta ideia é contestada por Almeida Lima, que considera que Egas Moniz à data da realização da primeira leucotomia não deu especial atenção aos trabalhos de Fulton, mas antes a experiências pessoais de cirurgias do Serviço de Neurologia e a estudos de Brickner. Cf. Lima, A. - "Egas Moniz investigador científico". *Gazeta Médica Portuguesa*. Vol. IX. n.º 6 (1956), pp.12-14.

<sup>2</sup> Uma descrição pormenorizada deste primeiro caso é apreciada por Barahona Fernandes. Cf. Fernandes, B. - "A leucotomia pré-frontal". *A Medicina Contemporânea*. n.º 5 (1957), pp.235-258.

<sup>3</sup> Cf. Pinto, F. - "História das Neurociências em Portugal". Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2012.

“Desde que, seguindo as indicações de Egas Moniz, executámos a primeira injeção de uma pequena porção de álcool na substância do lobo frontal, vão já passados quinze anos. Neste período o método de Egas Moniz espalhou-se pelo Mundo, e o número de casos operados atinge muitos milhares. As variantes técnicas têm sido numerosas, mas todas elas são na sua essência derivadas dessa primeira tentativa”<sup>1</sup>.

Almeida Lima considera que todas as derivações que surgem a partir do conceito original podem ser agrupadas em dois grupos: aquelas que visam o corte da substância branca cerebral, com lesão tão reduzida quanto possível da substância cinzenta são variantes da leucotomia. O segundo grupo inclui as operações que visam produzir lesões cerebrais que atingem também, ou de forma preponderante a substância cinzenta.

Quanto à leucotomia original, Almeida Lima é da opinião que:

“O seu mais nítido inconveniente é a dificuldade da colocação precisa dos cortes, a interrupção apenas parcial e variável das vias frontais e não ser isenta de perigos, pois é inevitável que numa percentagem, embora pequena, de casos um vaso importante possa ser envolvido no leucótomo, mau grado os artificios técnicos usados para evitar esse acidente”<sup>2</sup>.

Sobre a lobotomia de Freeman e Watts, o médico é do entendimento que:

“Os pontos de referência são mais exactos e o corte da substância branca é contínuo em vez de ser feito em pequenas esferas descontínuas como sucede ao usar o leucótomo. A situação lateral do ponto de entrada do instrumento cortante permite, e é esta a maior vantagem da operação de Freeman, o corte isolado das fibras mais baixas do lobo frontal ou apenas do contingente superior, conseguindo-se assim uma leucotomia selectiva”<sup>3</sup>.

A lobotomia transorbital é descrita com palavras mais duras. O médico refere que:

---

<sup>1</sup> Lima, A. - "Leucotomia cerebral - técnica operatória". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 2. n.º 2 (1950), p. 299.

<sup>2</sup> Lima, A. - "Leucotomia cerebral - técnica operatória". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 2. n.º 2 (1950), p. 301.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 302.

“Operação cega e de assepsia duvidosa, este tipo de intervenção não pode de modo algum ser recomendado; tem todos os inconvenientes das anteriores sem nenhuma vantagem compensadora. Apenas se explica o seu uso quando seja absolutamente necessário realizar uma leucotomia fora de locais onde não existam serviços de neuro-cirurgia ou deles estejam muito afastados”<sup>1</sup>.

Almeida Lima defende também o valor cirúrgico da leucotomia. Refere que desde que este método surge, tentam-se efetuar várias leucotomias noutras regiões cerebrais: leucotomias parietais, temporais e occipitais, sem, no entanto, nenhum sucesso. Almeida Lima defende que:

“Estas operações foram porém abandonadas, apenas servindo para demonstrar, por um lado, a correcção da escolha topográfica de Egas Moniz, e por outro, a inconsistência do argumento de serem os efeitos da leucotomia, pelo menos em grande parte, devidos ao choque operatório”<sup>2</sup>.

A técnica que em 1950 se usa no Hospital Júlio de Matos, onde trabalha Almeida Lima é a leucotomia pré-frontal de Poppen modificada, uma variação da leucotomia de Moniz. Esta técnica permite um melhor controlo das hemorragias e uma maior precisão no corte da substância branca.

Se a leucotomia pré-frontal se constitui assim como um ponto de convergência entre a psiquiatria e a neurologia, a técnica é objeto de algumas notas contraditórias sobre os seus aspetos práticos e conceptuais. As discussões que levanta no seio dos clínicos portugueses preconizam uma fragmentação eventual, e um desvio deste ponto de

---

<sup>1</sup> Lima, A. - "Leucotomia cerebral - técnica operatória". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 2. n.º 2 (1950), p. 304.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 306. A opinião sobre a verdadeira ação terapêutica da leucotomia era para muitos autores a de que a técnica atua através de uma ofensiva psicoterapêutica condicionada pela sua aplicação, quer antes quer depois da cirurgia. A leucotomia atuaria principalmente como um modo ativo de preparar o doente para a psicoterapia. Cf. Ílharco, F. - "Nótulas sobre a leucotomia de Egas Moniz". *Ibid.* Esta opinião é partilhada por Barahona Fernandes e outros médicos, vide Fernandes, B. - "Considerações sobre a leucotomia". *Medicina Contemporânea*. Vol. 65. n.º 4 (1947), pp.137-146; Fernandes, B. - "Acção terapêutica da leucotomia préfrontal". *Medicina Contemporânea*. Vol. 67. n.º 7 (1949), pp.243-271; Fernandes, B. - "No signo de Hipócrates - a questão da leucotomia". *O Médico*. n.º 67 (1952), p.681; Fernandes, B., Polónio, P. e Gomes, S. - "Estudos clínicos e psicológicos sobre a leucotomia". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 1. n.º 1 (1949), pp.82-114.

convergência<sup>1</sup>. A terapia é alvo de aceras discussões na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa<sup>2</sup> criando uma cisão de fações e revelando polos de foco e atenção contrastantes. Também a nível internacional, a leucotomia é tema de discussão, com opositores e defensores das suas virtudes. Baruk, por exemplo, é um acérrimo opositor da leucotomia<sup>3</sup>.

Com o passar dos anos e com mais experiência adquirida na técnica em questão, a terapia continua a ter validação por parte da comunidade médica.

A leucotomia é descrita como uma técnica válida para os casos em que está indicada.

Barahona Fernandes nota que:

“As remissões obtidas pelo tratamento pelo choque insulínico e convulsionante (electrochoque e cardiazol) são certamente de melhor qualidade do que as da leucotomia. Os síndromas orgânicos, do tipo amnésico, produzidos pelo electrochoque reduzem-se, em geral, rápida e completamente e mesmo em casos desfavoráveis, tanto no electrochoque como na insulina, jamais vimos alterações de personalidade, comparáveis, em qualquer grau, com as produzidas pela leucotomia. A leucotomia, como defendemos desde 1942, tem a sua indicação principal nos casos que não remitem satisfatoriamente pelos métodos conservadores”<sup>4</sup>.

Quanto ao mecanismo pelo qual atua a leucotomia pré-frontal, os autores referem que, tal como com os métodos de choque, a ação não é específica sobre qualquer doença mental.

Em 1947 acontece a abertura do pavilhão de neurocirurgia do Hospital Júlio de Matos, sendo que são apresentados os resultados obtidos com um primeiro grupo de doentes tratados nestas instalações. 100 doentes são leucotomizados pela técnica

---

<sup>1</sup> Veja-se Correia, M. - "Psiquiatras e Neurologistas. A influência da Psicocirurgia na fundação das suas associações". In: Pita e Pereira (eds.) *Estudos do Século XX - Histórias da Saúde*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2012.

<sup>2</sup> Cf. - "Actas da Sociedade". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CVII. n.º 1-12 (1943), pp.67-84. Nesta sessão com intervenções de Diogo Furtado, Barahona Fernandes e Almeida Amaral acentuam-se as diferenças ideológicas em relação à leucotomia.

<sup>3</sup> Moniz, E. - "A leucotomia está em causa". *A Medicina Contemporânea*. n.º 5 (1954), pp.221-228.

<sup>4</sup> Fernandes, B.; Polónio, P. e Gomes, S. - "Estudos clínicos e psicológicos sobre a leucotomia". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 1. n.º 1 (1949), p.83.

preconizada por Moniz e Almeida Lima, sendo a maioria destes doentes esquizofrénicos. Os autores referem que quase todos tinham previamente sido tratados pelo eletrochoque, insulina, choque insulínico com eletroterapia e choque pelo cardiazol:

“Alguns estavam sujeitos a electrochoques de manutenção, que se prolongava indefinidamente, por sucessivas recaídas. Tinham também sido tentados outros tratamentos, como piroterapia, piro-electrochoque, hormonas, etc. Todos os doentes tinham sido também tratados com terapêutica ocupacional e a possível psicoterapia individual e reabilitação”<sup>1</sup>.

Os resultados são positivos, como se pode observar pela casuística dos médicos:

“Obtivemos até á data, 37% de remissões sociais, 12% de melhoras francas, o que soma 49% de bons resultados; considerando-se as leves melhoras em 21%, com facilitação de assistência em doentes internados, temos um total de 70% de benefícios operatórios”<sup>2</sup>.

Nos restantes casos não há nenhuma alteração para pior.

Pedro Polónio revisita em 1958 a leucotomia, desta feita já com a entrada em cena da clorpromazina. Sobre o estado atual do emprego da leucotomia, o autor refere que apesar de ser menos utilizada, há maior confiança no seu uso

“Leucotomy has ceased to be a last desperate recourse, when all other treatments repeatedly failed. It is less used for the administrative treatment of disturbed unmanageable deteriorated schizophrenics. Its indications are more definite, we know better what to expect and how to avoid postoperative defect. We propose it less but with greater confidence, chiefly in patients who have good prospect of being helped to recovery”<sup>3</sup>.

Sobre a relação da leucotomia com os recentes neurolépticos o autor escreve:

“Reserpine and chlorpromazine do not substitute leucotomy. Their combination with selective leucotomy is showing itself to be a very

---

<sup>1</sup> Fernandes, B.; Polónio, P. e Gomes, S. - "Estudos clínicos e psicológicos sobre a leucotomia". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 1. n.º 1 (1949), p. 86.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Polónio, P. - "The leucotomy of schizophrenia". Ibid. Vol. 10. n.º 10 (1958), p. 60.

effective means of treating schizophrenia, without the untoward effects of radical operations. After leucotomy reserpine and chlorpromazine may become effective. The pattern of action of these drugs is the same as in nit leucotomized patients. Patients may get well and after three to six months drugs can be withdrawn. In others there may be a permanent need of neuroplegics and even of an occasional e.c.t.”<sup>1</sup>.

A visão de Pedro Polónio é a de que a leucotomia abre caminho para a eficácia das drogas neurolépticas, de resto uma visão partilhada por Barahona Fernandes e outros, sobre o valor da leucotomia enquanto operação que abre um canal de ação para outras terapias. Mesmo com o aparecimento das terapias de choque e dos primeiros medicamentos neurolépticos, a leucotomia ainda faz parte das terapias que Barahona Fernandes considera como o “élan de actividade terapêutica”<sup>2</sup>, prevendo que o fim da leucotomia apenas se concretizaria com a descoberta de fármacos potentes capazes de atuar a níveis ainda desconhecidos no indivíduo doente. Barahona Fernandes tem razão – o incrível progresso da psicofarmacologia marca na leucotomia, tal como o faz de resto noutros campos das terapias biológicas, um carácter de utilitarismo acessório, ou de “last resort”. Como refere Magalhães:

“Hoje, sem que isso lhe diminua o significado na história da Medicina, pelo principio inovador e pela influência no desenvolvimento de certas técnicas neurocirúrgicas, a leucotomia, ainda que conservando a aura terrífica dos grandes tabus e sacrilégios, é (deve ser...) uma arma terapêutica de exceção, usada, não como tratamento de doença mental, mas muito misericordialmente, no alívio da dor física, em alguns casos de algias insuportáveis (...)”<sup>3</sup>.

Em suma, o aparecimento da psicofarmacologia anuncia o fim da leucotomia.

---

<sup>1</sup> Polónio, P. - "The leucotomy of schizophrenia". *Ibid.* Vol. 10. n.º 10 (1958), p. 64.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "A leucotomia pré-frontal". *A Medicina Contemporânea*. n.º 5 (1957), p. 247.

<sup>3</sup> Magalhães, A. - "O espectro da leucotomia". *Saúde Mental*. Vol. VIII. n.º 28 (1976), p. 21. Sobre o tema do uso da leucotomia na dor ver Lima, A. - "Os efeitos da leucotomia na dor". *Anais Azevedos*. Vol. XV. n.º 3 (1963), pp. 134-142. Neste artigo o autor indica que desde 1943 a leucotomia é usada para o alívio de certas síndromes dolorosas.

### 3.7. Outras terapias

Os métodos e técnicas à disposição da psiquiatria da primeira metade do século XX não se esgotam nos processos descritos até agora, embora estes constituam o cerne, o núcleo duro da terapia das doenças mentais deste período. Em Portugal ensaiam-se muitas outras técnicas na procura de resultados satisfatórios, ou pelo menos na atenuação de sintomas graves. O uso de terapêuticas endócrinas na psiquiatria portuguesa é frequente. O recurso a desoxicorticosterona, cortisona e corticotrofina (ACTH) é referido por Diogo Furtado e Barahona Fernandes<sup>1</sup>. Pedro Polónio e Motta Figueiredo estudam o emprego da ACTH em 4 casos de psicoses agudas alcoólicas com resultados brilhantes, considerando-a mais eficaz que o eletrochoque e o cardiazol para esta patologia específica, mas nomeiam o uso de ACTH como uma terapêutica de apoio ou sintomática, sem esquecer os perigos de utilizar uma substância que, paradoxalmente, é conhecida por causar psicoses. Segundo os médicos:

“A corticotrofina está a passar de perigoso agente desencadeador de psicoses para uma arma terapêutica eficaz do arsenal psiquiátrico. Arma potente e perigosa, deve-se delimitar, com cuidado, o campo de acção, sem entusiasmos ou cepticismos excessivos, e conhecer os limites dos seus poderes, para além dos quais se encontram os múltiplos inconvenientes e perigos da sua administração”<sup>2</sup>.

O choque acetilcolínico (injeção de acetilcolina) é relatado por João dos Santos, como muito eficaz nas síndromes psicossomáticas, tendo-o aplicado com sucesso em

---

<sup>1</sup> Cf. Furtado, D. - "Les rapports des thérapeutiques endocriniennes et vasomotrices en psychiatrie". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 3. n.º 3 (1951), pp.64-74; Fernandes, B. - "O conceito das neuroses - orientação terapêutica". *Ibid.* Vol. 4. n.º 4 (1952), pp.249-270.

<sup>2</sup> Polónio, P. e Figueiredo, M. - "Alguns resultados da corticotrofina em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 616 (1954), p. 926.



vários doentes<sup>1</sup>. O tratamento ainda é mencionado por Fragoso Mendes em 1966, mas com a ressalva de que, com a introdução dos neurolépticos na prática clínica, este método “perdeu muito das suas indicações iniciais”<sup>2</sup>.

A meloterapia, o uso de música para manejar o estado de espírito do doente<sup>3</sup> é considerado uma arma terapêutica potente, com a música a adequar-se à patologia. As esquizofrenias paranoides e psicose maníaco-depressiva pedem música suave e sedativa. As neuroses de conversão e as esquizofrenias hebrénicas música estimulante<sup>4</sup>.

A hidroterapia ocupa, desde sempre um papel de destaque, sob a forma de banhos

“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 for 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”<sup>5</sup>

Por sua vez, os duches frios rápidos, escoceses ou mesmo de mangueira são amplamente usados nos sintomas de apatia, característicos de síndromes depressivos, constituindo-se como uma componente relativamente muito utilizada da hidroterapia.

---

<sup>1</sup> Ver Santos, J.d. - "Diagnóstico dos síndromes psico-somáticos ". Ibid.Vol. XXI. n.º 543 (1953), pp. 1482-1489.

<sup>2</sup> Mendes, F. - "Terapêutica clínica das neuroses". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LX. n.º 1216 (1966), 20 pp.

<sup>3</sup> A influência da música no tratamento de doenças mentais foi aliás tema da tese de dissertação inaugural de Alberto Brochado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em 1916.

<sup>4</sup> Ver Salvini, J. - "Meloterapia". *Arquivos Portugueses de Psiquiatria*. n.º 1 (1967), pp.65-71.

<sup>5</sup> Ílharc, F. - "Apontamentos das lições de psiquiatria - Fac-símile da edição de 1934 ". Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006, p 67.

**CAPÍTULO II. O INÍCIO DA PSICOFARMACOLOGIA. A  
DESCOBERTA DA CLORPROMAZINA, DA RESERPINA  
E DO HALOPERIDOL**

## 1. A descoberta da clorpromazina, da reserpina e do haloperidol

O início da era da psicofarmacologia em medicina tem a sua gênese na descoberta e aplicação clínica de um medicamento que, para sempre, vem modificar os paradigmas da saúde mental – a clorpromazina. Comercializada em 1952, a clorpromazina marca um antes e um depois no tratamento das doenças mentais, revolucionando o entendimento, prática, atitudes e costumes da comunidade médica e da sociedade em geral.

A sua descoberta é fruto de um conjunto de acasos que a tornam, de certo modo, uma coincidência feliz.

A descoberta da clorpromazina ocorre num contexto de procura de medicamentos anti-histamínicos<sup>1</sup>.

Henri-Marie Laborit, um cirurgião francês, dedica-se a estudar a fisiologia do choque (nomeadamente o choque cirúrgico). O que este cirurgião pretende é conseguir uma substância farmacológica que seja capaz de lutar contra reações naturais do organismo em situações de choque sistémico, como é o caso das operações cirúrgicas. Nestas instâncias, o organismo adota uma resposta de defesa que, apesar de natural, se revela nociva para o organismo pois leva a um colapso cardiovascular e a morte. A ideia algo revolucionária de Laborit consiste em lutar contra esta resposta de defesa, sendo que a sua busca é a de encontrar uma substância, um neuroplégico, capaz de inibir o sistema neurovegetativo, responsável por esta ação.

O interesse de Laborit centra-se na histamina, substância envolvida na resposta do organismo a situações de choque (como demonstrado por James Reilly). Exige-se, portanto, um anti-histamínico que seja de ação favorável para o bloqueio que se pretende.

Em 1910, Ernest Fourneau, sintetiza uma quantidade de derivados da anilina, um corante. Um deles é o 929 F. Daniel Bovet, farmacologista suíço, ao fazer uma revisão de vários produtos assinala o valioso poder anti-histamínico do 929 F, em 1937. No entanto, a substância é também extremamente nociva. Trabalhando, mais tarde, na companhia francesa Rhône-Poulenc (Vitry-Sur-Seine, França) Bovet sintetiza um derivado das

---

<sup>1</sup> Para uma história detalhada da descoberta da clorpromazina cf. López-Muñoz, F.; Álamo, C.; Rubio, G. et al. - "Half a century since the clinical introduction of chlorpromazine and the birth of modern psychopharmacology". *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. Vol. 28. n.º 1 (2004), pp.205-208 e López-Muñoz, F.; Álamo, C.; Cuenca, E. et al. - "History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine". *Annals of Clinical Psychiatry*. Vol. 17. n.º 3 (2005), pp.113-135.

substâncias de Fourneau, o 2339 RP, um anti-histamínico bem tolerado e rapidamente comercializado com o nome de Antergan (febenzamina). O Antergan é inclusivamente experimentado em psiquiatria por Georges Daumézou, embora sem impacto científico.

No entanto, por esta altura uma das grandes linhas de pesquisa por novos medicamentos centra-se nas fenotiazinas. Em 1868, Carl Graebe e Carl Liebermann sintetizam a alizarina, um corante comercializado pela Badische Anilin und Soda Fabrik (BASF). A partir da alizarina, é sintetizado o azul-de-metileno. Em 1883, August Bernthsen obtém a primeira fenotiazina, composto derivado do azul-de-metileno. Os derivados das fenotiazinas são usados como inseticidas e proporcionam também linhas de investigação na pesquisa de anti maláricos, medicamentos muito procurados por altura das duas Grandes Guerras. Nos laboratórios Specia, um ramo da Rhône-Poulenc, a equipa de Paul Charpentier trabalha com fenotiazinas, na esperança de se encontrarem agentes anti palúdicos. Uma das substâncias descobertas, a dietazina, comercializada com o nome de Diparcol, revela ação vegetativa, eventualmente tornando-se no primeiro anti parkinsoniano da história da medicina. Em 1947, sintetiza-se a prometazina, o RP 3277, comercializado com o nome de Fenegan. O Fenegan revela efeitos sedativos assinaláveis, sendo experimentado em psiquiatria por Paul Guirard em 1949, no Hospital de Villejuif em Paris – os resultados do seu estudo, com 24 doentes esquizofrénicos são contestados, e o uso de prometazina em psiquiatria fica por aqui.

Entretanto estas novas substâncias são experimentadas por Laborit para a realização de cirurgias, com o intuito de se suprimir o choque cirúrgico. Com a prometazina idealiza um cocktail anestésico, o cocktail lítico, composto também por dolantina (Dolosal), um derivado da morfina. O cirurgião observa que os doentes acordam da cirurgia calmos e relaxados. O Cocktail Dip-Dol, composto por Diparcol (dietazina) e Dolosal é introduzido por Pierre Huguenard, um colaborador de Laborit, observando-se também a mesma diminuição de agitação e um estado de calma dos doentes.

A pesquisa por agentes líticos, leva Charpentier a prosseguir as investigações com os derivados das fenotiazinas. Partindo da prometazina, molécula sem atividade marcante anti-histamínica, mas fortemente sedante, sintetiza em dezembro de 1950 o cloridrato de dimetil-amino-propil-N-clorofenotiazina, com o código 4560 RP – a clorpromazina. Após testes elaborados por Simone Curvoisier, a clorpromazina revela ser não só anti-histamínica e pouco tóxica, mas também parassimpaticolítica, adrenolítica e capaz de inibir o efeito da adrenalina na tensão arterial.

Em 1951, entre abril e agosto, a clorpromazina é experimentada por vários médicos, incluindo Laborit, que trabalha no Hospital Militar de Val-de Grâce em Paris. O novo medicamento prova ser o agente ideal que Laborit procura. Não só os doentes se encontram muito melhor durante e depois da cirurgia devido ao efeito antichoque, o seu estado de humor é calmo e tranquilo mesmo no período que precede a operação. Os doentes mostram-se indiferentes, característica associada aos cocktails com clorpromazina e não aos cocktails envolvendo outras fenotiazinas.

A clorpromazina revela ter outro efeito muito útil – é hipotermizante. Sendo capaz de reduzir a temperatura corporal, diminuindo o consumo de oxigénio e o metabolismo basal, Laborit e Huguenard propõem o conceito de hibernação artificial em 1951, um método capaz de proporcionar intervenções cirúrgicas mais eficazes, nomeadamente a cirurgia cardíaca.

Em 1952 a clorpromazina é comercializada em França com o nome Largactil.



**Figura 3.** Publicidade Largactil (1955). Encontrado no meio de um artigo de Henri Laborit sobre a hibernação artificial. Laborit, H. - "Indicações médicas da hibernação artificial". *Terapêutica Vitória*. n.º 35 (1956), p.9.

O possível uso da clorpromazina em psiquiatria é enfatizado e defendido por Laborit, que, apoiado pelas experiências positivas que tem nos doentes de cirurgia consegue convencer em janeiro de 1952, os colegas do serviço de neuropsiquiatria do Hospital Val-de Grâce a usarem a clorpromazina, associada a um opiáceo, um barbitúrico e eletrochoques a um doente maníaco – é a primeira vez que o novo medicamento é usado em psiquiatria. Os resultados com a clorpromazina são encorajadores e em pouco tempo sucedem-se experiências com o novo medicamento no campo da doença mental.

Em 1952, Jean Delay (professor de psiquiatria na Sorbonne e diretor do Hospital Sainte-Anne em Paris) e Pierre Deniker (chefe do serviço de homens do Hospital Sainte-Anne) solicitam amostras de clorpromazina à Rhône-Poulenc. Delay e Deniker são os primeiros a usar a clorpromazina sem associação com nenhum fármaco em psiquiatria, confirmando o seu potencial tranquilizante e estabelecendo os primeiros protocolos de administração do medicamento. O caminho de sucesso da clorpromazina está estabelecido<sup>1</sup>. Em novembro de 1953 realiza-se na Suíça o primeiro encontro científico sobre a clorpromazina, o Largactil-symposium, na Psychiatrische Universitätsklinik no Hospital Friedmatt.

Na Inglaterra, Joel Elkes e Charmian Elkes do departamento de Psiquiatria Experimental da Universidade de Birmingham, realizam em 1954 o primeiro estudo tendo por base ensaios controlados com a clorpromazina, introduzindo assim a metodologia de ensaios controlados com placebo e randomizados.

Em Espanha, o professor Ramón Sarró começa a trabalhar com clorpromazina em 1952 no Instituto Pedro Mata em Reus, continuando o seu trabalho na Clínica Psiquiátrica Universitaria de Barcelona. Sarró apresentou um trabalho pioneiro intitulado “Técnica,

---

<sup>1</sup> Não obstante, vários efeitos secundários e reações adversas são também associados à clorpromazina. O mais grave efeito secundário diz respeito à indução de efeitos extrapiramidais, os conhecidos parkinsonismos, mas outras reações adversas começam a preencher a lista – fotossensibilidade, pigmentação cutânea, alterações oculares entre outros. Cf. - "A icterícia pela clorpromazina". *Coimbra Médica*. Vol. III. n.º Fascículo II (1956), p.157; - "A clorpromazina em patologia hepatobiliar". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 772 (1957), p. 681; - "Dor abdominal após o uso de clorpromazina". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 824; Mullins, J.F.; Cohen, I.M. e Farrington, S. - "Reacções de sensibilidade cutânea à clorpromazina". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VI. n.º 2 (1957), p. 133; - "Icterícia prolongada (durante mais de três meses) surgindo no decurso da administração da clorpromazina". *Coimbra Médica*. Vol. V. (1958), p. 76; - "Icterícia consequente à administração de clorpromazina". *Coimbra Médica*. Vol. V. (1958), p. 270; - "Icterícia da clorpromazina". *Coimbra Médica*. Vol. V. (1958), p. 740; Juan, F.S.; Escosteguyi, J.A. e Faria, J.C.C. - "Hepatite colangioliática por clorpromazina". *Gazeta Médica Portuguesa*. Vol. 12. n.º 1 (1959), p. 1-8; Araújo, F.d.C. - "Um caso de intoxicação pela clorpromazina durante o tratamento de um doente com tétano grave". *Jornal do Médico*. Vol. XLIX. n.º 1035 (1962), pp.676-679; - "Alterações oculocutâneas depois de vários anos de altas doses de clorpromazina (Resumo)". *Ibid.* Vol. LVII. n.º 1174 (1965), p. 719.

complicaciones y resultados de la terapêutica com clorpromazina” em 1955 no I colóquio internacional sobre terapêutica narcobiótica, em Barcelona.

O ano de 1955 será o de consolidação do poder da clorpromazina. Em junho, um simpósio intitulado “Chlorpromazine and Mental Health” organizado pela SmithKline & French reúne 117 psiquiatras em Filadélfia<sup>1</sup>. Em setembro e outubro, em Itália, duas conferências foram dedicadas ao tema: Convegno Nazionale su Sonno prolungato, Ibernazione artificiale, neuroplegici in Neuropsichiatria e o Symposium Nazionale sulla Reserpina e la Chlorpromazina in Neuropsichiatria.

Mas o encontro mais importante e significativo é o organizado por Delay e Deniker no Hospital Sainte-Anne em Paris, com o nome I Colloque International sur la Chlorpromazine et les Médicaments Neuroleptiques en thérapeutique Psychiatrique, que ocorre de 20 a 22 de outubro de 1955. Este evento reúne mais de 400 psiquiatras e psicofarmacologistas de 22 países. Do encontro resultam 150 *papers*, publicados numa edição especial de quase de 1000 páginas do jornal *L'Encéphale* em 1956.

Designada de ganglioplégico por Laborit, Delay propõem que a nova droga seja chamada de neuroplégico ou neurolítico, acabando por, no Colóquio de Paris, adotar o termo de neuroléptico.

A clorpromazina dá início à era da psicofarmacologia<sup>2</sup>, sendo responsável pelos seus primeiros passos<sup>3</sup>. Edward Shorter designa a clorpromazina como a primeira droga que funciona<sup>4</sup> – na verdade, muitas substâncias eram aplicadas aos doentes mentais antes da clorpromazina aparecer em cena, na esperança de cura ou alívio. Contam-se entre estas substâncias os sedativos (como os opiáceos, a morfina, a hioscina, a escopolamina, a atropina, a cânfora, os brometos, o hidrato de cloral, o paraldeído e os barbitúricos),

---

<sup>1</sup> A entrada da clorpromazina na América do Norte foi feita primeiramente através do Canadá, em 1953, pela mão de Ruth Koeppel-Kajander, uma psiquiatra no Hospital Mental de London, em Ontário e Heinz Lehman, um psiquiatra alemão do Hospital de Verdun em Montreal. A entrada no mercado dos Estados Unidos foi mais complicada, sendo a clorpromazina lançada com o nome comercial de Thorazine em maio de 1954, apenas com a indicação de ser um antiemético. Cf. Bhatara, V.S.; López-Muñoz, F. e Gupta, S. - "Guest editorial: celebrating the 50TH anniversary of the introduction of chlorpromazine in North America and the advent of the psychopharmacology revolution". *Annals of Clinical Psychiatry*. Vol. 17. n.º 3 (2005), pp.109-111. Confirma também López-Muñoz, F.; Álamo, C. e Cuenca, E. - "Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología". *Frenia*. Vol. 2. n.º 1 (2002), pp.77-107.

<sup>2</sup> Note-se, no entanto, que o termo psicofarmacologia data de 1920, introduzido por David Macht para descrever os efeitos do etanol, cafeína, bromo e alcaloides do ópio e certos antipiréticos.

<sup>3</sup> Chast, F. - "La chlorpromazine et les premiers pas de la psychopharmacologie". *Estudos do Século XX*. n.º 5 (2005), pp. 83-103.

<sup>4</sup> Cf. Shorter, E. - "A History of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac". London: John Wiley & Sons, 1997.

laxantes e eméticos (como a ipecacuanha e a apomorfina) ou os tónicos. No entanto, a maioria destas substâncias são ineficazes, ou aquelas que funcionam num plano de alívio sintomático revelam-se perigosas.

Como explica Chast:

“On a, de tous temps, utilisé des traitements, des drogues, des substances, pour tenter de traiter, ou tout simplement de modérer les effets de l'extériorisation de la folie. Ceci allait des plus inefficaces, voire néfastes, tels que les diètes ou même les saignées, aux sédatifs relativement actifs”<sup>1</sup>.

Se por um lado, durante a primeira metade do século XX, os psiquiatras dispõem de métodos somáticos que são relativamente específicos, a medicalização da psiquiatria é inespecífica, nada eficaz e pouco focada na doença<sup>2</sup>. A descoberta da clorpromazina representa uma enorme mudança, uma revolução que muda o entendimento da doença mental do ponto de vista clínico, humano, social e económico e cujas dependências e influências se estendem por um espectro alargado de ações e situações.

López-Muñoz reflete que:

“De esta forma, siglo y medio después de que Philippe Pinel liberara físicamente a los alienados del parisino Hospital de la Salpêtrière de sus cadenas, los psiquiatras franceses volvieron a liberar a los pacientes psiquiátricos del tormento de la inclusión manicomial, esta vez mediante una herramienta farmacológica; la clorpromazina”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Chast, F. - "La chlorpromazine et les premiers pas de la psychopharmacologie". *Estudos do Século XX*. n.º 5 (2005), p.85.

<sup>2</sup> Cf. López-Muñoz, F.; Álamo, C. e Cuenca, E. - "Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología". *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*. Vol. 2. n.º 1 (2002), pp. 77-107. A propósito da medicação pré-psicofarmacologia cf. López-Muñoz, F. e González, C.A. - "Historia de la Neuropsicofarmacología: Una Nueva Aportación a la Terapéutica Farmacológica de Los Trastornos Del Sistema Nervioso Central". Universidad de Alcalá de Henares. Servicio de Publicaciones: Eurobook, 1998. Para uma história detalhada da entrada em cena da psicofarmacologia e suas implicações cf. por exemplo Shepherd, M. - "Neuroleptics and the psychopharmacological revolution: myth and reality". *History of Psychiatry*. Vol. 5. n.º 17 Pt 1 (1994), pp.86-96; Lehmann, H. e Ban, T. - "The History of the Psychopharmacology of Schizophrenia". *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 42. (1997), p. 152-162; Cancro, R. - "The introduction of neuroleptics: a psychiatric revolution". *Psychiatric Services*. Vol. 51. n.º 3 (2000), pp.333-335.

<sup>3</sup> López-Muñoz, F.; Álamo, C.; González, C.A. e Cuenca, E. - "Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología". *Frenia*. Vol. 2. n.º 1 (2002), p.77.



Edward Shorter acrescenta que “chlorpromazine initiated a revolution in psychiatry, comparable to the introduction of penicillin in general medicine. (...) It was the beginning of ‘the era of psychopharmacology’”<sup>1</sup>.

A revolução está iniciada, e as mudanças são drásticas:

“A partir de entonces, la psiquiatria retornaria al campo de la neuroanatomia, esta vez desde el punto de vista microscópico, y la función sináptica se convertiría en la unidad de conocimiento de la enfermedad mental. Se reformularon las clasificaciones nosológicas, lo que modificó toda la disciplina, tanto en lo que se refiere a la concepción de la enfermedad mental como a los protocolos terapêuticos”<sup>2</sup>.

Outras duas substâncias chave se seguem à clorpromazina, completando a tríade de neurolépticos inovadores da década de 50 – a reserpina e o haloperidol.

A reserpina é um alcalóide isolado da planta *Rauwolfia serpentina*. O uso da raiz da planta, nativa de países como a Índia e a Tailândia, remonta ao início da medicina ayurvédica sendo usada como tranquilizante naqueles que sofrem de *ounmaad*<sup>3</sup>, uma forma de psicose. Entre a década de 30 e 50, os estudos sobre os efeitos da *Rauwolfia* feitos por Gananath Sem, Kartick Chandra Bose e especialmente Ram Nath Chopra confirmam não só um poder sedante, como um poder hipotensor da planta. É como medicamento hipotensivo que a planta primeiro chega ao Ocidente, no fim da década de 40. O isolamento do alcalóide responsável pelas propriedades farmacológicas da *Rauwolfia* é feito pela equipa de Emil Schlittler e Johannes Muller em 1951 e em 1953 a Ciba Pharmaceutical Products comercializa reserpina como medicamento hipotensor com o nome Serpasil. A introdução da reserpina no quadro da psiquiatria dá-se através de Nathan S. Kline do Hospital Rockland State de Nova Iorque que em 1954 publica os resultados de um estudo que efetua com 411 doentes aos quais administra reserpina. A

---

<sup>1</sup> Shorter, E. - "A History of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac". London: John Wiley & Sons, 1997, p. 255.

<sup>2</sup> Clervoy, P. e Rafizadeh-Kabe, J.-D. - "Antipsicóticos (II). La clorpromazina y el origen de los fármacos antipsicóticos: de los antihistamínicos a las fenotiazinas.". In: López-Muñoz e Álamo (eds.) *Historia de la psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos(Tomo II)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007, pp. 646-647.

<sup>3</sup> Cf. Bhatara, W.; López-Munoz, F. e Álamo, C. - "Antipsicóticos (I). Los orígenes de la era antipsicótica: el descubrimiento de las propiedades neurolépticas de la reserpina". In: López-Muñoz e Álamo (eds.) *Historia de la psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos(Tomo II)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.

segunda publicação, também de 1954 é da equipa de Jean Delay. A utilidade da reserpina na prática clínica tem, no entanto, um tempo de vida relativamente curto. Por um lado, a substância não pode ser patenteada, pois é de origem natural. Por outro lado, à medida que as virtudes da reserpina como agente de tratamento de psicoses se vão elevando, os efeitos adversos relacionados com a nova droga são também conhecidos - complicações gástricas, náuseas, congestão nasal e parkinsonismo<sup>1</sup>. A associação entre o uso de reserpina e o aparecimento de depressões é um dos efeitos adversos mais relatados e que maior preocupação causa. A reserpina acaba por ter uma vida curta enquanto fármaco, sendo que com o aparecimento de novas fenotiazinas e do haloperidol, o seu uso acaba por ser cada vez menos frequente<sup>2</sup>.

O aparecimento do haloperidol e o subsequente desenvolvimento das butirofenonas e dos tioxantenos estabelece o terceiro ponto de interesse na história matinal da psicofarmacologia.

O haloperidol é sintetizado em 1958<sup>3</sup>, nos Laboratórios Janssen, na Bélgica pela equipa de Paul Janssen. O objetivo inicial de Janssen é o de encontrar analgésicos mais potentes que a dextromoramida (Palfium), um dos produtos *best-seller* da companhia. Decide sintetizar derivados da fenilpiperidina, eventualmente adicionando uma base de Mannich à petidina, por forma a torná-la mais potente (por sugestão do químico inglês Arnold Beckett). A base de Mannich de petidina prova ser muito potente, pelo que se sintetizam derivados desta base que, no entanto, são muito semelhantes a compostos de outros laboratórios. Assim, a equipa de Janssen adiciona uma cadeia lateral à base de Mannich de peitidina, obtendo a primeira butirofenona, a R 1187. O haloperidol é a

---

<sup>1</sup> A indução de efeitos extrapiramidais acaba exatamente por ser o principal efeito adverso ao uso das fenotiazinas, reserpina e butirofenonas (fármacos da família do haloperidol) e uma das razões de maior preocupação associada ao uso destes antipsicóticos.

<sup>2</sup> Para uma história detalhada da descoberta da reserpina e do seu uso em psiquiatria, cf. López-Muñoz, F.; Bhatara, V.S.; Álamo, C. et al. - "Historical approach to reserpine discovery and its introduction in psychiatry". *Actas Españolas de Psiquiatria*. Vol. 32. n.º 6 (2004), pp.387-395; Noce Rh, W. - "Reserpine (serpasil) in the management of the mentally ill and mentally retarded: Preliminary report". *JAMA*. Vol. 156. n.º 9 (1954), pp.821-824; Brisset, F. - "A propos de la resérpine en thérapeutique psychiatrique. Considérations et théories nouvelles sur l'usage des neuroleptiques". *L'Encephale*. Vol. XLVII. n.º 6 (1958), pp.486-518; Curzon, G. - "How reserpine and chlorpromazine act: the impact of key discoveries on the history of psychopharmacology". *Trends in Pharmacologic Sciences*. Vol. 11. n.º 2 (1990), pp.61-63; Healy, D. e Savage, M. - "Reserpine exhumed". *British Journal of Psychiatry*. Vol. 172. (1998), pp.376-378; Bhatara, V.; López-Muñoz, F. e Álamo, C. - "El papel de la medicina herbal ayurvédica en el descubrimiento de las propiedades neurolépticas de la reserpina: a propósito de la Rauwolfia Serpentina y los orígenes de la era antipsicótica.". *Anales de Psiquiatria*. Vol. 20. n.º 6 (2004), pp.274-281.

<sup>3</sup> Para uma história pormenorizada da descoberta do haloperidol cf. Brandrup E. e Kristjansen, P. - "A Controlled Clinical Test of a New Psycholeptic Drug (Haloperidol)". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 107. n.º 449 (1961), pp.778-782; Ayd Jr., F.J. - "Haloperidol: fifteen years of clinical experience". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 33. n.º 7 (1972), pp.459-469.

quadragésima quinta butirofenona sintetizada por Bert Hermans em fevereiro de 1958, recebendo o código R 1625. Os ensaios em animais provam que o R 1625 provoca um estado catalético e sedação semelhante à clorpromazina. A primeira publicação sobre o uso de haloperidol na prática clínica surge em 1958 e o haloperidol rapidamente ganha uma reputação extremamente positiva, não obstante o facto dos efeitos extrapiramidais que provoca enquanto reações secundárias serem ainda mais frequentes que com a clorpromazina e a reserpina. Ainda assim, o haloperidol “es probablemente el neuroléptico más popular después de la clorpromazina, y há sido el mas utilizado antes de la introducción de los ‘nuevos antipsicóticos’”<sup>1</sup>.

O aparecimento da família dos tioxantenos dá-se na Dinamarca, através dos laboratórios Lundbeck. Povl Viggo Petersen, Niels Lassen e Ivar Moller-Nielsen trabalham com a estrutura da clorpromazina, tentando diminuir alguns dos efeitos secundários associados à terapêutica com este fármaco. Sintetizam o clorprotixeno, um análogo estrutural da clorpromazina em 1958. Apesar de algum sucesso a nível europeu, o clorprotixeno é considerado um antipsicótico menor, de efeitos neurolépticos menos pronunciados, embora tenha dado origem a alguns derivados durante as décadas de 60 e 70.

---

<sup>1</sup> Cf. Granger, B.; Albu, A. e Benyaya, J. - "Antipsicóticos (III). La consolidación de la terapêutica neuroléptica: la introducción clínica del haloperidol y el desarrollo de las butirofenonas y tioxantenos". In: López-Muñoz e Álamo (eds.) *Historia de la psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos(Tomo II)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.

## 2. Hibernação artificial em Portugal – primeiras impressões médicas sobre a clorpromazina

Antes da clorpromazina circunscrever o seu potencial de ação no campo psiquiátrico existe um período de alguns anos em que o medicamento é utilizado e experimentado por várias especialidades médicas e para vários fins terapêuticos.

Uma das primeiras áreas clínicas em que a clorpromazina se reveste de potencial interesse é a disciplina da anestesiologia<sup>1</sup>, através do desenvolvimento da hibernação artificial<sup>2</sup>.

A técnica, que se deve a Henri Laborit, tem como base um mecanismo de adaptação do organismo a agressões a que é sujeito. Numa agressão leve a média, o organismo responde de forma adequada ao desequilíbrio a que é vítima, tentando restabelecer a homeostasia. O que Laborit defende é que, no caso de uma agressão severa, a resposta do organismo pode não ser a adequada – tendo-se neste caso de reduzir ou desacelerar a resposta celular, procurando um hipometabolismo do doente.

Laborit define a técnica da hibernação artificial como:

“Um método farmacodinâmico que reúne num ‘cocktail’ drogas vegetativolíticas e condiciona uma neuroplegia homeostática (...). Obtém-se assim uma vida moderada com hipometabolismo e sono crepuscular; a hipotermia que aparece normalmente mesmo sem refrigeração não é mais que um reflexo deste hipometabolismo”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Sobre uma história da anestesiologia em Portugal confira Tavares, J. - "Histórias da história da anestesiologia portuguesa". *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. Vol. 23. n.º 4 (2013), pp. 127-134.

<sup>2</sup> A hibernação artificial é aplicada pela primeira vez a 24 de fevereiro de 1951 na Clínica Terapêutica Cirúrgica de Vaugirard, portanto ainda antes da descoberta da clorpromazina. Passados 5 anos, esta clínica conta já com a experiência de 216 hibernações artificiais – a maioria destas hibernações (191) é feita depois da descoberta do novo medicamento, que rapidamente se torna o fármaco de eleição para a técnica da hibernação artificial. Cf. Huguenard, P. - "A hibernação artificial em 1955-1956". *Triângulo - jornal Sandoz das ciências médicas*. Vol. II. n.º 6 (1956), pp.217-227. Cf. também Savigny, B. - "Hibernação prolongada". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 576 (1954), p. 380.

<sup>3</sup> Laborit, H. - "Novos caminhos na terapêutica: a neuroplegia". *Terapêutica Vitória*. n.º 31 (1955), p.4. Uma definição de hibernação artificial é dada por Huguenard como “estado de vida amortecido, obtido num

A técnica parte então da premissa de que o organismo poderá reagir de forma exagerada a determinadas situações de choque (por exemplo cirurgia ou doenças infecciosas) – nestes casos o organismo tenta a todo custo manter uma situação de equilíbrio ou homeostasia, que pode colocar em risco a própria vida do doente. Assim pretende-se que o metabolismo humano seja abrandado e controlado, por forma a um melhor controlo da homeostasia interna. Este controlo é conseguido por meio da hibernação. O médico francês tenta assim inibir as reações de defesa do organismo bloqueando o sistema neurovegetativo.

Segundo o próprio Laborit:

“Quando é impossível reparar rapidamente lesões orgânicas determinadas pelo síndrome lesional, como acontece em certas lesões celulares de origem tóxica ou certas alterações biológicas graves do meio interior de origem traumática ou infecciosa, resta uma oportunidade de oferecer ao organismo tão gravemente atingido um espaço de tempo durante o qual possa haver uma restauração indispensável, e isso obtém-se diminuindo a intensidade dos processos vitais. Conseguem-se isso pela hipotermia, com a condição de que as possibilidades reaccionais, neuro-endócrinas em especial, de tal organismo, tenham sido bloqueadas por uma terapêutica farmacodinâmica. A inibição neuro-endócrina foi denominada neuroplegia. A hipotermia num organismo que foi submetido a neuroplegia provoca um estado que se denomina hibernação artificial”<sup>1</sup>.

Sobre a hibernação artificial em cirurgia, Laborit refere que:

“A neuroplegia, que toma a forma de anestesia potencializada em cirurgia, impede o aparecimento das desordens reaccionais à agressão e permite corrigir mais simplesmente as perturbações lesionais. A hibernação

---

organismo todo ele homeotermo, e caracterizado essencialmente por hipometabolismo sem hipermetabolismo nem prévio nem ulterior – acompanhado de excitabilidade celular normal ou aumentada”. Cf. Huguenard, P. - "A hibernação artificial em 1955-1956". *Triângulo - jornal Sandoz das ciências médicas*. Vol. II. n.º 6 (1956), pp. 217-227.

<sup>1</sup> Laborit, H. - "Indicações médicas da hibernação artificial". *Terapêutica Vitória*. n.º 35 (1956), p. 5.

artificial pela redução metabólica que realiza, graças à hipotermia, redução tanto mais importante quanto a hipotermia é mais profunda, origina um retardamento dos processos vitais que pode proporcionar o tempo necessário para corrigir certos síndromas lesionais que noutras circunstâncias poderiam levar à morte”<sup>1</sup>.

O hibernado artificial é, portanto, segundo o mesmo médico:

“Um indivíduo em estado de sono crepuscular, em hipotermia dirigida, com ritmo respiratório e consumo de oxigénio reduzidos e cujo sistema cárdio-vascular se adaptou às necessidades metabólicas. Está em estado de alcalose, conserva o seu anabolismo protídico e tem hipocoagulabilidade sanguínea. A sua hipófise, tiroideia e suprarrenal estão em estado de repouso funcional. Podemos dizer que se encontra num estado análogo ao dos animais hibernantes durante a hibernação fisiológica”<sup>2</sup>.

A neuroplegia do doente far-se-ia, segundo Laborit, recorrendo a um cocktail que denomina de cocktail lítico, composto por um analgésico (normalmente o piridosal ou a petidina), um anti-histamínico (prometazina) e um neuroplégico (clorpromazina). Este cocktail inicial sofre em poucos anos algumas adaptações. Huguenard sugere o uso de um de dois cocktails – um semelhante ao proposto por Laborit, constituído por clorpromazina, petidina e prometazina, e outro com a adoção do Hydergine<sup>3</sup> em substituição da clorpromazina<sup>4</sup>.

Podem-se assim considerar três estádios básicos em que a neuroplegia atua – neuroplegia simples, indicada por exemplo no pré e pós-operatório, em queimaduras ou no tétano; a anestesia potencializada (neuroplegia com narcose), indicada em operações em doentes com mau estado geral e cirurgias ao cérebro e por fim a hibernação artificial

---

<sup>1</sup> Laborit, H. - "Indicações médicas da hibernação artificial". *Terapêutica Vitória*. n.º 35 (1956), p.12.

<sup>2</sup> Laborit, H. - "Novos caminhos na terapêutica: a neuroplegia". *Terapêutica Vitória*. n.º 31 (1955), p. 3.

<sup>3</sup> Hydergine refere-se ao nome comercial do medicamento. A substância ativa é o mesilato de codergocrina, um alcaloide da cravagem do centeio com propriedades simpaticolíticas, sedativas, antifilatórias, bradicárdicas e hipotérmicas.

<sup>4</sup> A principal indicação da substituição da clorpromazina pelo Hydergine diz respeito à possibilidade de taquicardia com a mistura clássica.

(neuroplegia com narcose e refrigeração), indicada para operações torácicas ou para redução do consumo de oxigénio em caso de hemorragia<sup>1</sup>.

Se o foco de utilização da hibernação artificial se concretiza no campo da cirurgia, a técnica não deixa de ser experimentada numa panóplia de outras patologias. A técnica é usada para tratamento de doenças respiratórias, tétano, convulsões, patologia neonatal e até no tratamento de estados psicopáticos<sup>2</sup>.

Depois dos trabalhos de Laborit e Huguenard, a reputação da clorpromazina como um poderoso auxiliar em operações cirúrgicas através da indução de uma hibernação artificial consolida-se e torna-se objeto de experiências um pouco por todo o mundo.

Portugal não é exceção, com o novo medicamento a ser testado e validado por alguns clínicos nacionais<sup>3</sup>. Júlio Costa<sup>4</sup> é um dos primeiros clínicos portugueses a usar a clorpromazina em cirurgias. Seguindo de perto o trabalho de Laborit e Huguenard, e após uma breve explicação do conceito de anestesia potencializada e hibernação artificial, Júlio Costa confirma o uso de Largactil com resultados satisfatórios. O medicamento é obtido através de um envio direto dos laboratórios Specia, uma vez que à data a clorpromazina não tinha sido ainda lançada no mercado português.

Júlio Costa começa por considerar que a grande virtude da anestesia potencializada, tal como preconizada por Laborit é a de:

“Procurar obter uma redução extrema do metabolismo de base, e uma estabilidade neurovegetativa.(...) Ao pretender eliminar das

---

<sup>1</sup> Cf. - "Neuroplegia simples - narcose potencializada - hipotermia controlada". *Triângulo - jornal Sandoz das ciências médicas*. Vol. II. n.º 5 (1956), pp.188-191.

<sup>2</sup> Como se deduz pelo exposto, a hibernação artificial encontra a sua grande aplicação em cirurgias. No entanto é uma técnica amplamente usada noutras patologias que requerem um controlo da resposta do organismo ao agente responsável pela lesão. Em 1965, Lúcio Almeida recomenda o uso de hibernação artificial, primariamente recorrendo ao Largactil, em três situações principais: estado de choque em recém-nascidos, prematuros e em ex-sanguino-transfusados. Admite também a sua utilidade em casos de estado de mal asmático acompanhado de choque, edema pulmonar, hiperpirexias, convulsões e tetanias, encefalites e meningites, poliomielite, tétano, perturbações circulatórias, choque, anafilaxias e reações pós-transfusionais – onde inclui as cirurgias. Cf. Almeida, L.d. - "Hibernação artificial". *Coimbra Médica*. Vol. XII. (1965), pp.291-329. O uso dos neuroplégicos no lactente e na criança havia sido já defendido por vários autores, como por exemplo Lelong, M.; Joseph, R.; Vialatte, J. et al. - "O emprego dos medicamentos neuroplégicos no lactente e na criança". *Terapêutica Vitória*. n.º 32 (1955), pp.20-28. Estes autores, no entanto, não usam a hibernação artificial propriamente dita, pois não utilizam refrigeração. Referem, no entanto, que a capacidade hipotermizante do Largactil, o neuroplégico que empregam, não pode ser desconsiderada.

<sup>3</sup> Destaquem-se os trabalhos de José João Andresen Leitão em Portugal sobre o tema da histamina e a sua influência no organismo. Cf. Leitão, J.J.A. - "O metabolismo da histamina". Lisboa: 1954 ; Leitão, J.J.A. - "A intervenção da histamina no quadro de stress". *Separata Publicações XXIII Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências*. n.º 9 (1957), 14 pp.

<sup>4</sup> Médico do serviço de propedêutica cirúrgica da Faculdade de Medicina do Porto.

anestésias combinadas o chamado anestésico principal pela associação de doses mínimas de diferentes substâncias actuando electivamente em sectores distintos, procurando assim uma anestesia, o menos tóxica possível para o paciente, e uma estabilidade neurovegetativa que permita uma maior ‘adaptação’ ao traumatismo operatório, tendo em vista a profilaxia do «choque»”<sup>1</sup>.

A vantagem desta anestesia será, portanto, dupla – permite a redução/adaptação do metabolismo do doente ao mesmo tempo que reduz a toxicidade dos anestésicos usados. Laborit aliás aconselha o uso de anestésicos fracos nesta técnica, nomeadamente o protóxido de azoto e barbitúricos.

Júlio Costa experimenta assim a clorpromazina, medicamento que considera de eleição pois representa a solução para um dos problemas da hibernação artificial – o uso de demasiados medicamentos. Segundo o médico português:

“Assim, são já numerosos os trabalhos sobre o emprego de ‘Largactil’, quer na anestesia potencializada quer na hibernação artificial, sendo aqui que o emprego é da maior utilidade, pois constitui a droga por excelência, entre os diferentes fármacos usados neste método, para obter o bloqueio neurovegetativo prévio à refrigeração”<sup>2</sup>.

O clínico português considera que a hibernação artificial pode ser dividida em diferentes graus/estádios- anestesia facilitada, anestesia potencializada, hibernação pré-operatória e hibernação tratamento, tendo o médico testado a clorpromazina apenas enquanto agente no segundo estado descrito (anestesia potencializada).

Um caso de anestesia de anestesia potencializada com clorpromazina é descrito da seguinte forma pelo médico:

“M.I.S. – 29 anos, ♀ - Úlcera duodenal. Doente com labilidade neurovegetativa marcada, com elevações térmicas vesperais cuja causa não foi possível descobrir por

---

<sup>1</sup> Costa, J. - "Anestesia potencializada". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 576 (1954), p. 345.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.347.



exame geral apurado, cedendo contudo à administração de ‘Luminal’.

Op. 1.037 – Dr. A. Pulido.

Pré-medicação – ‘Pethidine’ + ‘Largactil’. Perfusão i.v. de soro fisiológico através desta Pentotal (0.5grs.) Tubarine (10 mgrs) entubação oro-traqueal N<sub>2</sub>O+O<sub>2</sub>. Durante a intervenção mais 0.025 grs. De Largactil e 25 mgrs. De Pethidine. Gastro-duodenectomia subtotal tipo Polya com anastomose trans-mesocólica posterior. Temperatura rectal na tarde da intervenção 35°C. Pós-operatório perfeito. Desaparecimento das temperaturas vesperais. Doente calma à saída”<sup>1</sup>.

Outro caso descrito pelo médico:

“A.A. – 34 anos ♀ - Colecistite calculosa. Instabilidade neurovegetativa.

Op. 1034. Prof. J. Bastos.

Pré-medicação ‘Pethidine + Fenegan’. Perfusão i.v. de procaína a 1%, através desta ‘Largactil’ (0.075grs.) Pentotal (0.6 grs.) e Tubarine (12 mgrs.), intubação oro-traqueal N<sub>2</sub>O+O<sub>2</sub>. Incisão subcostal. Vesícula livre, com cálculos. Apendicite crónica. Apendicectomia. Colecistectomia.

Sutura metódica por planos.

O pós-operatório imediato decorreu normalmente mas às 24 h. a doente entrou num período de excitação com taquicardia, palpitações, ansiedade e vômitos abundantes. O quadro cedeu à administração de 0.05 grs. De ‘Largactil’ i.m. e no recobro deste novo período de estabilização neurovegetativa, tudo decorreu normalmente.”<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Costa, J. - "Anestesia potencializada". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 576 (1954), p. 348.

<sup>2</sup> Ibid.

NEUROPLÉGICO

RHÔNE  POULENC

# LARGACTIL

(Clorpromazine) 4560 R. P.

ANTIEMÉTICO - HIPNÓTICO - SEDATIVO

•

INDICAÇÕES MÚLTIPLAS:

CIRURGIA-NEUROPSIQUIATRIA  
OBSTETRÍCIA-PEDIATRIA  
MEDICINA GERAL

•

REPRES.: Sociedade Comercial Carlos Farinha, Lda.  
Rua dos Sapateiros, 30-3.º - LISBOA

**Figura 4.** Publicidade Largactil, com algumas indicações de uso do medicamento. Fonte: "Publicidade Largactil". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII, n.º 587 (1954).

Uma anestesia potencializada com clorpromazina permite, pois, a simplificação do processo através do uso de um menor número de medicamentos acessórios, além da esperada função hipometabolizante e hipotermizante.

O mais interessante será, no entanto, a observação do estado dos doentes no pós-operatório, e é este efeito que levará a clorpromazina a ser testada como medicamento útil no campo da psiquiatria.

Júlio Costa elabora, referindo-se ao caso de anestesia potencializada com a doente M.I.S. :

“Houve já quem considerasse a anestesia potencializada como uma «lobotomia farmacodinâmica»<sup>1</sup> e já nos referimos ao uso que certos A.A. fizeram do «Largactil» numa tentativa de tratamento de determinadas formas de psicose. O seguinte caso parece-nos fornecer um exemplo da acalmia que se pode obter com o «cocktail litique» em certas formas de distonia neurovegetativa.”<sup>2</sup>

Os resultados obtidos pelo clínico português no cômputo geral das anestésias potencializadas com clorpromazina é descrito como “satisfatório”<sup>3</sup>, apesar de se deparar com algumas dificuldades – a aquisição complicada da droga, a adaptação do pessoal de enfermagem à técnica e o aumento de tempo concedido à vigília do doente no pós-operatório.

Note-se ainda que o autor descreve apenas quatro casos de anestésias potencializadas com clorpromazina, facto que atribui ao “receio que tínhamos à aparição de qualquer fracasso de que fôssemos o responsável directo”<sup>4</sup>.

Também Aguiar Nogueira e Manuel de Oliveira do Serviço de Medicina Operatória da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto usam a anestesia

---

<sup>1</sup> Sobre o conceito de lobotomia farmacodinâmica importa conhecer a opinião de Henri Laborit. O cirurgião defende que “o sono do hibernado artificial é também muito particular. É, no conjunto, um estado crepuscular com abolição da consciência, relaxamento muscular generalizado, perda de memória desde a indução de neurólise, a ponto de se ter falado em lobotomia medicamentosa. Os traçados electroencefalográficos confirmam esta particularidade; não são traçados de narcose, nem de sono, nem de coma”. Cf. Laborit, H. - "Novos caminhos na terapêutica: a neuroplegia". *Terapêutica Vitória*. n.º 31 (1955), pp. 5-6.

<sup>2</sup> Costa, J. - "Anestesia potencializada". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 576 (1954), p.347.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

potencializada desde novembro de 1954, com uma mistura lítica predominantemente constituída por Pethidine, Fenegan e Largactil. O agente anestésico usado consiste em barbitúricos de ação rápida e por vezes o recurso ao protóxido de azoto. Num espaço de três anos realizam 350 operações com anestesia potencializada, desde cirurgias gastrointestinais a neurocirurgia cérebro espinal. Os autores apresentam várias conclusões, das quais se destacam o menor número de intoxicações resultantes do uso de anestésicos; a proteção contra o choque operatório com ausência de complicações depois da cirurgia e a calma dos pacientes após a operação. De acordo com os médicos:

“Os pacientes ficaram a seguir ao acto cirúrgico em sono calmo e prolongado, com reflexos de defesa, o que evitava o uso precoce de analgésicos, os quais muitas vezes não chegaram a ser utilizados. (...) Além disso a baixa tensional e a amnésia parecem-nos, na maioria dos casos, úteis para a execução da intervenção e para a tranquilidade de espírito do doente durante o período pós-operatório”<sup>1</sup>.

A mesma opinião não parece, no entanto, ser partilhada por todos os médicos portugueses<sup>2</sup>. Num artigo bastante crítico da técnica da anestesia potencializada, Joaquim Pinto Machado Correia da Silva, Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e interno do Hospital Geral Santo António do Porto, refere-se ao uso da clorpromazina em anestesia e a sua influência no que chama de psiquismo moral. O médico refere que:

“É inegável que actualmente se usa e abusa largamente desta droga<sup>3</sup> e parece-me oportuno focar alguns dos possíveis inconvenientes desta atitude os quais constituirão outras tantas sérias limitações de ordem moral ao seu emprego desmedido. (...). Mas a droga influencia também

---

<sup>1</sup> Nogueira, J.A. e Oliveira, J.M.d. - "Factos observados com a anestesia potencializada em 350 intervenções cirúrgicas". *Portugal Médico*. Vol. XLII. n.º 9-10 (1958), p. 578.

<sup>2</sup> Cf. ainda Guimarães, J.L. - "Aspectos farmacológicos da hibernação artificial". *Separata do Arq. Inst. Farmacologia e Terapêutica Experimental*. Vol. 13. (1960), 57 pp. O autor aponta igualmente resultados positivos com a experiência da hibernação artificial.

<sup>3</sup> Refere-se à clorpromazina.

o psiquismo normal de indivíduos em que é empregada para corrigir perturbações de diversos aparelhos e sistemas”<sup>1</sup>.

A renitência do autor em relação à clorpromazina assenta numa premissa interessante – se o medicamento se revelou eficaz em tratamentos psiquiátricos de certas neuroses e psicoses, o que fará aplicada numa hibernação artificial a um doente ‘normal’? Depois de visitar o conceito já explorado por Júlio Costa de ‘lobotomia farmacodinâmica’, Joaquim da Silva acautela:

“De tudo isto se conclui que estamos, sem dúvida, perante uma droga com um vastíssimo campo de aplicação, cuja notável influência sobre a vida psíquica ainda está mal determinada e cujo mecanismo de acção é obscuro. Estes elementos impõem a todo o médico, e muito particularmente ao médico católico, uma atitude de franca e firme oposição ao uso indiscriminado que se faz deste fármaco o qual, como alguém disse, começa a tornar-se uma panaceia para todos os padecimentos, uma autêntica aspirina prescrita com a maior liberalidade.”<sup>2</sup>

O cunho fortemente religioso da análise da hibernação artificial com clorpromazina feito pelo médico português prossegue, com a crítica aos efeitos do fármaco que provocando uma “indiferença do doente por tudo o que o cerca”<sup>3</sup>, pode levar facilmente o indivíduo a estar em situações de “pecado mortal”<sup>4</sup> - ou seja, em que medida esta alienação psíquica provocada pela clorpromazina permitirá uma quase anulação da consciência ficando o indivíduo mais predisposto a pecar sem sentir remorso. Numa comparação com a eutanásia, o médico alerta para outro perigo, o do uso da clorpromazina em doentes em estado de pré-agonia que assim desenvolvem uma “morte psíquica”<sup>5</sup>.

Note-se que as dúvidas apresentadas por este médico, apesar de contaminadas pelo fervor religioso, encontrarão eco em questões levantadas pelos psiquiatras portugueses,

---

<sup>1</sup> Silva, J.d. - "Limites morais do uso de neuroplegia e da hibernação artificial". *Acção Médica*. Vol. Ano XXI. n.º 82 (1956), p.101. Este artigo diz respeito a uma comunicação feita pelo autor ao VII Congresso Internacional dos Médicos Católicos.

<sup>2</sup> Silva, J.d. - "Limites morais do uso de neuroplegia e da hibernação artificial". *Acção Médica*. Vol. Ano XXI. n.º 82 (1956), p.102.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p.103

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> *Ibid.*, p.104.

que mais tarde irão discutir e avaliar o papel da clorpromazina e dos antipsicóticos em geral na consciência do doente.

O início promissor da clorpromazina enquanto agente potencializador de anestésias não invalida que a molécula seja experimentada, de forma sistemática e organizada, noutros tipos de patologias. Na verdade, a sua descoberta dá origem a uma cornucópia de indicações e experiências em patologias tão díspares que é inevitável indagar a partir de que momento a psiquiatria se apropria da clorpromazina enquanto medicamento do seu arsenal. A resposta não é óbvia nem clara. Como se pode induzir, a clorpromazina encontra a sua primeira grande indicação enquanto neuroplégico na hibernação artificial, mas não se esgota neste único propósito.

A energia potencial do novo medicamento é tão grande que várias são as suas aplicações, constituindo-se como uma espécie de panaceia, um medicamento que pode e é usado em campos tão distantes como a dermatologia e a gastroenterologia. O carácter plural e multidisciplinar do seu uso é acentuado pelos resultados relativamente satisfatórios que providencia em cada um dos campos de aplicação.

Assim, a clorpromazina é usada, por exemplo, como anti-emético<sup>1</sup>, no tratamento de prurido e dermatoses pruriginosas, em casos de neuro-toxicoses e formas malignas de algumas infeções (como a escarlatina maligna), como sedativo central, no tratamento de ictus apopléticos e da coreia de Sydenham, na coqueluche, algias, insónias, em casos de laringites agudas graves da criança e até em úlceras gastroduodenais<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> A entrada da clorpromazina nos Estados Unidos da América é feita com o medicamento tendo a indicação de anti-emético, com o nome comercial de Thorazine.

<sup>2</sup> Cf. - "Aplicações médicas do Largactil. Um novo modificador do sistema nervoso, de efeitos neuroplégicos." *Terapêutica Vitória*. n.º 30 (1955), pp.29-36. Veja-se ainda Flamant, J. - "As aplicações do Largactil na medicina interna". *O Médico*. Vol. III. n.º 200 (1955), pp.670-674. O periódico "Terapêutica Vitória" nos anos de 1955 a 1957 compila um interessante conjunto de artigos sobre a utilização da clorpromazina em diversos campos desde a cardiologia à pediatria.

# LARGACTIL

(LICENÇA RHÔNE-POULENC)

## INDICAÇÕES

**Cirurgia:** Premedicação da anestesia; anestesia potencializada. Prevenção e tratamento do «shock» traumático ou post-operatório. Tratamento das hipertermias post-operatórias. Hipotensão controlada. Hibernação artificial. Solução post-operatório. Vômitos post-anestésicos.

**Medicina interna:** Distonias neuro-vegetativas. Neuroses de órgãos. Insónias rebeldes. Pruridos intensos (diabetes, icterícia, Hodgkin, leucémias, etc.). Vômitos centrais (meningites, urémia, doença das radiações, etc.).

**Obstetria e ginecologia:** Analgesia. Eclâmpsia. Vômitos gravídicos. Dismenorreias essenciais.

**Pediatria:** Neuro-toxicoses do lactente. Encefalites graves post-infecciosas. Vômitos dos lactentes, da tosse convulsa, etc.

**Dermatologia:** Dermatoses pruriginosas: neurodermite, eczemas, eritrodermias, etc.

**Neurologia:** Nevralgias. Estado de mal comicial. Comas por intoxicação oxicarbonada, edema ou compressão do encéfalo.

**Psiquiatria:** Excitação maníaca. Psicoses agudas excito-motoras. Estados confusionais e neuropélicos. Psicoses crônicas alucinatórias ou interpretativas. Melancolia. Estados esquizofrênicos. Curas pelo sono (associado aos barbitúricos).

**Figura 5.** Publicidade Largactil com todas as indicações do medicamento. Fonte: “Publicidade Largactil”. *Terapêutica Vitória*. nº31 (1955).

### **3. Uso da clorpromazina em psiquiatria – primeiras impressões médicas portuguesas**

Em Portugal, a experiência da clorpromazina na área psiquiátrica começa em Lisboa, como descreve Pedro Polónio:

“Fomos os primeiros a experimentar, em Lisboa, a clorpromazina, cedida por Deniker em Paris, na euforia dos seus primeiros sucessos no tratamento das manias”<sup>1</sup>.

Fragoso Mendes e Pistacchini Galvão (1925–2017) pertencem também ao grupo de médicos portugueses que primeiro experimentam a clorpromazina em psiquiatria. Apesar dos melhores resultados da clorpromazina estarem reservados a estados de excitação psicomotriz e acessos maníacos, os médicos referem que as suas indicações se estendem a quase todos os quadros de doença psiquiátrica:

“A clorpromazina tem sido usada no campo psiquiátrico não só nas psicoses agudas, em que predomina o elemento confusional e psicomotor – psicoses maniformes, hipercinéticas e crepusculares, que constituem a grande maioria dos nossos casos – mas também em estados neuróticos ansiosos, hipocondríacos, depressivos e obsessivos, e ainda em esquizofrenias crónicas e psicoses senis”<sup>2</sup>.

Os médicos começam por experimentar a clorpromazina em doentes com acessos maníacos, obtendo bons resultados. No entanto, a administração da clorpromazina nestes doentes é utilizada como forma de os tornar mais acessíveis às terapias convulsivas e não pelo seu potencial farmacológico *per se*.

O passo seguinte é a avaliação do medicamento numa variedade de estados psiquiátricos. Frago Mendes e Pistacchini Galvão usam assim este fármaco em

---

<sup>1</sup> Polónio, P. - "Tratamentos prolongados pelos psicofármacos". *O Médico*. Vol. 112. n.º 1730 (1985), p. 324.

<sup>2</sup> Mendes, F. e Galvão, P. - "Experiência clínica com a clorpromazina (4560 R.P.) em psicoses". *Jornal do Médico*. Vol. XXVI. n.º 624 (1955), p.149.



“maníacos, depressivos, esquizofrénicos, estados crepusculares psicogéneos, incoerentes confusionais nas psicoses sintomáticas, psicoses cicloides, distímias em psicopatas, delírio de ciúme em parkinsoniano e numa cura de desabituação cocaínica”<sup>1</sup>. A maioria dos casos estudados são doentes internados na Clínica Psiquiátrica do Hospital Júlio de Matos, outros são doentes de ambulatório ou internados noutros serviços. Alguns casos são cedidos por Barahona Fernandes e Pedro Polónio, sendo doentes de clínicas privadas.

Os resultados não são uniformes – enquanto um estado de agitação é resolvido de forma clara com a ação da clorpromazina, as depressões têm uma resposta menos óbvia ao medicamento, como se pode avaliar pela casuística de Fragoso Mendes e Pistacchini Galvão:

“Caso 3 – H.J.M. obs. 8560 – A.P.S.- Sexo F. de 54 anos.  
Diagnóstico: Depressão ansiosa.

Esta doente, depois de ter sofrido um traumatismo da coluna vertebral, foi internada num serviço de cirurgia, onde começou a manifestar os primeiros sintomas psicóticos (ideias de tristeza e de ruína). Imediatamente transferida para o nosso serviço, apresentava um quadro de depressão ansiosa com ideias deliriformes de base afectiva de ruína, prejuízo e persecutórias. Durante os primeiros dias de inteiro esboça sintomas de delírio niilista, que rapidamente se esbatem. O que dominava o quadro psicótico era o estado de grande ansiedade e inibição, aquela agravada pela opressão torácica exercida pelo colete de gesso, aplicado para tratamento da fractura de coluna.

A doente foi tratada durante quinze dias com a técnica habitual<sup>2</sup>, não se obtendo resultados muito satisfatórios, antes pelo contrário, deu-se um agravamento dos sintomas. Como neste caso não podíamos recorrer à terapêutica convulsionante, limitámo-nos a associar à clorpromazina hipnóticos (amital) em doses um pouco

---

<sup>1</sup> Mendes, F. e Galvão, P. - "Experiência clínica com a clorpromazina (4560 R.P.) em psicoses". *Jornal do Médico*. Vol. XXVI. n.º 624 (1955), p.150.

<sup>2</sup> A técnica habitual adotada pelos médicos consiste na administração de clorpromazina via intramuscular (reservando-se o uso de comprimidos para os doentes que não suportam a injeção ou para tratamentos de manutenção e de ambulatório). A dose usualmente administrada consiste em 25 miligramas de clorpromazina a cada 6 ou 8 horas, nunca se ultrapassando os 150 mg diários (dose muito inferior aos protocolos estrangeiros, que chegam a aconselhar 250 mg diários).

mais elevadas. Seguindo esta técnica durante um mês aproximadamente, obtivemos uma remissão muito satisfatória dos sintomas, que permitiu a saída da doente em regime de licença de ensaio, com alta bastante precoce”<sup>1</sup>.

Um caso de acesso maníaco é descrito da seguinte forma:

“Caso 17 – A.C.S., sexo M, internado na C.S.T. Diagnóstico: Acesso maníaco.

Doente internado durante algum tempo e submetido às terapêuticas psiquiátricas correntes (electrochoque-insulina) não modificou o seu quadro clínico. Após alguns dias de clorpromazina, na dose de uma ampola de 8 em 8 horas, remitiu espectacularmente, saindo com alta”<sup>2</sup>.

Atente-se agora num caso de esquizofrenia:

“Caso 18 – J.M.P.R., sexo M, internado na C.S.T. Diagnóstico: Esquizofrenia.

Doente com um quadro esquizofrénico grave com oscilações de sintomatologia, períodos de melhoras relativas, alternando com outros de agravamento, foi submetido a um tratamento com clorpromazina (3 ampolas por dia), obtendo-se melhoras com oscilações. Fizemos depois um tratamento insulínico associado à droga, dando-se uma remissão rápida dos sintomas”<sup>3</sup>.

E um último caso:

“Caso 23 – H.J.M., obs. 8555 – M.I.L., sexo F., de 26 anos. Q  
Diagnóstico: Estado crepuscular psicogénio.

Após vários traumas psicológicos mais ou menos braves, a doente cai num estado de grave agitação psicomotriz, com alteração da consciência muito marcada. Na manhã seguinte ao dia do internamento apresentava um quadro hipercinético, agitação ‘sur-

---

<sup>1</sup> Mendes, F. e Galvão, P. - "Experiência clínica com a clorpromazina (4560 R.P.) em psicoses". *Jornal do Médico*. Vol. XXVI. n.º 624 (1955), pp.150-151.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.152.

<sup>3</sup> *Ibid.*

place', logorreia, estereotípias verbais, além dum estreitamento crespuscular da consciência. Trinta e seis horas após a 1º injeção de clorpromazina observámos melhoras espectaculares. A doente saiu com licença de ensaio passados 10 dias. Dois meses depois voltou a ser admitida com um quadro semelhante. A remissão foi conseguida em dois dias, depois de tomar duas ampolas de clorpromazina por dia. Aceitava bem a psicoterapia, deixou a atitude de protesto e recriminação contra o marido, causa das duas reacções sofridas”<sup>1</sup>.

Nos casos que pior respondem à clorpromazina, normalmente as depressões que demoram mais tempo a ter uma resposta, o recurso às terapias convulsivas é usado.

Nos casos de esquizofrenia, os autores apontam que a clorpromazina permite uma acalmia dos doentes, que assim se tornam mais aptos à ergoterapia.

O caso de desabituação de cocaína revelou-se um sucesso, com o doente a referir que “essa droga tirou-me a consciência para poder sofrer”<sup>2</sup>.

Os efeitos secundários mais graves observados por autores estrangeiros não se observam na realidade portuguesa, sendo as reacções adversas mais comuns a secura da boca, picadas na língua, e sonolência.

Embora se assista em muitos casos à associação clorpromazina e electrochoque, os autores referem que:

“Ficámos com a forte convicção de que diminuíram duma forma bastante nítida as necessidades de electrochoque de contensão dos nossos doentes agitados de enfermaria, desde que duma maneira sistemática passámos a usar esta droga em todos os doentes que considerámos indicados”<sup>3</sup>.

Desta experiência inicial, os médicos portugueses defendem o interesse da clorpromazina sobretudo como terapêutica da agitação, sendo especialmente indicada em estados de urgência, o que permite o abandono de substâncias como a morfina e a

---

<sup>1</sup> Mendes, F. e Galvão, P. - "Experiência clínica com a clorpromazina (4560 R.P.) em psicoses". *Jornal do Médico*. Vol. XXVI. n.º 624 (1955), p.152.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 154.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 150.

escopolamina e o uso repetidos de métodos convulsionantes. Da mesma forma, o uso da clorpromazina permite “uma maior acessibilidade dos doentes nas entrevistas psicoterápicas”<sup>1</sup>.

A comunidade portuguesa mostra-se de resto, bastante dinâmica no que respeita à receção e experimentação com a clorpromazina. Apesar de alguma contenção sobre o seu uso indiscriminado, preocupação aliás que se estenderá de forma uniforme a todos os psicofármacos lançados nos anos vindouros, a expectativa de se estar perante uma verdadeira revolução psiquiátrica paira no ar. A clorpromazina é estudada como uma arma válida no combate às doenças mentais, mas nunca esquecendo o papel essencial do psiquiatra e de vários efeitos secundários que são resultantes do tratamento.

O ano de 1955 constitui um ano de ouro no que à clorpromazina concerne. É neste ano que se realiza em Paris o *I Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique*. Organizado por Jean Delay (1907-1987) e Pierre Deniker (1917-1998) no Hospital Sainte-Anne em Paris, decorre de 20 a 22 de outubro de 1955. É neste colóquio que na nota de abertura Jean Delay sugere que a clorpromazina e todas as substâncias que causassem efeitos semelhantes fossem chamadas de neuroléticos. Delay sugere este nome justificando que Pierre Janet criara o vocábulo “psicolepsia” para indicar a queda de tensão psicológica, pelo que neurolepsia indicaria uma queda de tensão nervosa.

Em 1956 o jornal francês *L'Encéphale* dedica um número especial de quase 1000 páginas ao referido colóquio. A edição contém todos os trabalhos comunicados e um apêndice dedicado a comunicações previstas que não foram apresentadas.

O número especial foi dividido nas várias secções do colóquio, permitindo uma melhor distribuição das apresentações em temas chave. Assim: Capítulo I: Ciência de introdução (9 comunicações). Capítulo II: Métodos de administração, posologia e duração das curas – associações terapêuticas (23 Comunicações). Capítulo III: Indicações – contraindicações e resultados (21 comunicações). Capítulo III-A: Tratamento de psicoses crónicas (18 comunicações). Capítulo III-B: Tratamento de afecções neuro-psiquiátricas, epilepsia, psicoses alcoólicas, etc... (10 Comunicações). Capítulo IV: Incidentes e acidentes relacionados com os novos medicamentos (12 comunicações). Capítulo V:

---

<sup>1</sup> Mendes, F. e Galvão, P. - "Experiência clínica com a clorpromazina (4560 R.P.) em psicoses". *Jornal do Médico*. Vol. XXVI. n.º 624 (1955), p.156.

Electroencefalografia (9 Comunicações). Capítulo VI: Efeitos neuro e psico-fisiológicos. Reações biológicas. (13 comunicações). Capítulo VII: Comparação entre a clorpromazina e a reserpina (8 comunicações). Capítulo VIII: Sintomas extrapiramidais relacionados com os novos medicamentos (5 Comunicações). Capítulo IX: Hipóteses que concernem o mecanismo de acção (9 comunicações). Capítulo X: Apêndice (13 comunicações).

Ao todo as comunicações encontram-se distribuídas pelos seguintes países: Alemanha (8 comunicações), Áustria (2), Argentina (1), Brasil (1), Grécia (2), Holanda (4), Bélgica (5), Canadá (3), Espanha (2), Estados Unidos da América (3), Reino Unido (8 comunicações, uma delas em parceria com um investigador francês), Itália (9), México (1 comunicação), Perú (2), Portugal (4), Suécia (3), Suíça (7), Turquia (1), Cuba (1) e França (70 comunicações).

Adicionalmente existem 12 intervenções: 1 portuguesa, 7 francesas, 1 belga, 1 inglesa e 2 italianas. O apêndice é constituído por 3 comunicações italianas, 7 francesas, 1 turca e 2 peruanas. A alocação final é francesa, mais uma vez da autoria de Jean Delay. Mais ainda estão presentes psiquiatras do Luxemburgo e da Venezuela, perfazendo um total de 22 países presentes. A participação portuguesa é composta por 4 comunicações e 1 intervenção apresentadas ao Colóquio.

Barahona Fernandes apresenta uma comunicação intitulada: «Efeitos psicossomáticos da clorpromazina»<sup>1</sup> apresentada na secção I. Na sua comunicação Barahona Fernandes começa por abordar as mudanças que a psiquiatria tem vindo a sofrer, referindo os enormes avanços que ocorreram: a malarioterapia, o choque insulínico, a terapia por electrochoque, a psicocirurgia, as narcoses prolongadas. Falando sobre a clorpromazina e a reserpina, Barahona refere-se ao facto destes novos medicamentos se apresentarem como soluções que destronarão a psicoterapia<sup>2</sup> e a terapia ocupacional tornando as terapias somáticas menos necessárias. O psiquiatra considera esta ideia errada, explicando que a clorpromazina e a reserpina ao não contemplarem a faceta social e humana tornam-se soluções com um *handicap* grave. Para se atingir um completo equilíbrio interior deve

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. – “Efects Psycho-Somatiques de la chlorpromazine”. *L'Encéphale*. Número especial (1956), pp. 28-33.

<sup>2</sup> Note-se a respeito o que Barahona refere em 1957 “O próprio Deniker, propugnador da clorpromazina e outros medimentos neurolépticos faz justiça ao papel da psicoterapia”. Cf. Fernandes, B. - “A esquizofrenia no 2º Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique”. *A Medicina Contemporânea*. n.º 12 (1957), pp. 577-599.

usar-se a psicoterapia e a socioterapia. Barahona Fernandes designa este equilíbrio de terapias como «terapia psicossomática convergente»<sup>1</sup>.

A segunda participação portuguesa é encontrada na Secção III. Intitulada «Clorpromazina na depressão dos hipertensos»<sup>2</sup> é apresentada por Diogo Furtado, sendo centrada nos resultados que o autor apresenta. Furtado debruça-se sobre o efeito da clorpromazina na depressão, sublinhando a existência de autores que apontam resultados positivos enquanto outros reportam efeitos negativos ou inexistentes.

O autor refere que na sua prática clínica obtém ótimos resultados com a clorpromazina, com diminuição da angústia, da inquietação, da instabilidade e do humor depressivo. A associação com resultados positivos da terapia com eletrochoques e clorpromazina é também referida pelo português. Adicionalmente alude ao facto de a hipertensão essencial muitas vezes coexistir com a depressão, sendo que a hipertensão é um fator de contra-indicação para o eletrochoque.

Na secção III-B Furtado faz outra comunicação: «Acção da clorpromazina sobre o estado de mal epilético»<sup>3</sup>. Neste trabalho o neurologista começa por fazer alguma revisão do que até então tem sido trabalhado nesta área. O neurologista refere que a ação epiletogénica da clorpromazina é conhecida. A hipótese que Diogo Furtado postula tem a ver com o facto de a clorpromazina potenciar o efeito dos antiepiléticos, concluindo que a clorpromazina reforça o efeito antiepilético da hidantoína.

Segue-se a apresentação do português Gonçalves Leitão, subordinada ao tema «Sobre os inconvenientes da terapia com clorpromazina»<sup>4</sup>, inserida na secção IV.

Gonçalves Leitão expõe na sua apresentação algum dos efeitos secundários mais comuns com a clorpromazina, nomeadamente as dores e nódulos provocados pela injeção intramuscular de clorpromazina. O autor postula que tal facto se deve ao potencial tóxico do fármaco para a célula. Nos casos que o autor estudou, o aparecimento de nódulos dolorosos é constante. Gonçalves Leitão sugere substituir a via injetável pelas vias oral e rectal sempre que possível.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Efets Psycho-Somatiques de la chlorpromazine", *L'Encéphale*. Número especial (1956), p. 29.

<sup>2</sup> Furtado, D. - "Chlorpromazine dans les dépressions des hypertendus". *L'Encéphale*. Número especial (1956), pp.272-275.

<sup>3</sup> Furtado, D. - "Action de la chlorpromazine sur l'état de mal épileptique". *L'Encéphale*. Número especial (1956), pp.427-429.

<sup>4</sup> Leitão, G. - "Sur les inconvenients de la chlorpromazine-thérapie". *L'Encéphale*. Número especial (1956), pp.508-512.

Nota igualmente a existência de síndromes parkinsónicas, aquele que viria a ser o efeito secundário mais comum com este grupo de medicamentos. Gonçalves Leitão reporta que costumam aparecer em doses elevadas e com terapêuticas prolongadas. Como nota final, o autor defende sempre que possível o uso isolado de clorpromazina.

Uma outra intervenção de Barahona Fernandes, surge na parte final da secção IX<sup>1</sup>. Nesta intervenção, Barahona defende mais uma vez o que já referira na sua comunicação: a clorpromazina e os recém-surgidos neuroplégicos devem ser integrados com as terapias sociais e psicológicas e com os métodos físicos então vigentes.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. – “Intervention”. *L'Encéphale*. Número especial (1956), p. 880.

#### **4. Uso de reserpina em psiquiatria – primeiras impressões médicas portuguesas**

Com a clorpromazina a ser objeto de estudo intenso por parte dos psiquiatras portugueses, a reserpina surge em cena. O valor dado à reserpina em Portugal revela-se mais difícil de avaliar. Se a clorpromazina prova o seu interesse do ponto de vista clínico a partir de vários estudos nacionais, a reserpina é muito menos mencionada, e quando o é, surge normalmente associada à clorpromazina.

Não obstante, Barahona Fernandes é um dos primeiros clínicos portugueses a referir o uso de reserpina, com marcadas vantagens em termos do tratamento facilitado de doentes internados.

H. Gomes D'Araújo, Filho, 1º Assistente no Hospital Conde de Ferreira experimenta a reserpina a partir de dezembro de 1954, sendo o medicamento cedido pela Casa Ciba. O médico tenta esclarecer novos caminhos, usando grupos de doentes com patologias que não tenham sido ainda objeto de estudo internacional ou nacional com o medicamento. Gomes De Araújo, Filho propõe assim “fazer uma previsão das possibilidades da droga.”<sup>1</sup>, usando um total de 34 doentes.

O médico trabalha assim com doentes com psicose maníaco-depressivas, psicoses atípicas e degenerativas, presbiofrenias, esquizofrenias, personalidades psicopáticas e alguns casos estritamente neurológicos (um parkinsonismo, duas coreias de Sydenham e um tremor por intoxicação). As doses que emprega são menores que as habitualmente usadas pelos autores estrangeiros, sendo o fármaco administrado via oral ou intramuscular e os esquemas posológicos bastante variáveis de doente para doente.<sup>2</sup>

Para tentar avaliar corretamente o efeito da reserpina, o clínico limita o uso de outros medicamentos a substâncias cujo efeito foi previamente avaliado e recorre ao eletrochoque em apenas um caso.

---

<sup>1</sup> Gomes de Araújo, F. H. - "Utilização da reserpina (Serpasil) em neuro-psiquiatria". *O Médico*. Vol. III. n.º 200 (1955), p. 656.

<sup>2</sup> Seguindo indicações internacionais, o médico usa doses mais elevadas de reserpina para manifestações agudas e doses mais baixas nas manifestações neuróticas.



Tal como com a clorpromazina, a reserpina revela-se mais eficaz no controlo dos doentes que apresentam agitação, agressividade e aceleração psico-motora. Nestes casos a reserpina “actua inegavelmente como um agente frenador de acção progressiva, capaz de reduzir a pouco e pouco os sintomas e reconduzir o doente a uma situação de razoável equilíbrio”<sup>1</sup>.

No entanto, o médico acrescenta que o valor da reserpina reside meramente no campo de resolução sintomático, e que o uso de terapias somáticas, nomeadamente o eletrochoque, não pode ser dispensado.

Assim, o autor defende que:

“Não nos parece possível que a enfermidade em si mesma possa realmente ser modificada no sentido de cura sob a acção da R. (ou droga congénere), quando tratada logo na sua fase inicial. Supomos mesmo que o vago termo de ‘remissão’ que alguns autores mais entusiastas usaram, referindo-se à acção da R. ou dos extractos de Rauwolfia sobre a esquizofrenia, só poderá interpretar-se, limitadamente, no sentido do controle sintomático que expusemos”<sup>2</sup>.

As vantagens da reserpina residem no facto de “evitar o estado confusional da terapêutica convulsionante e a dismenésia confusional temporária”<sup>3</sup>, permitindo que o doente não seja retirado de forma abrupta das suas atividades usuais, ou que a elas volte de maneira rápida.

A utilidade do tratamento com reserpina nos quadros pontuados pela melancolia e por síndromes psico-motores inibitórios revela-se “menos notória, e até talvez discutível”<sup>4</sup>. Nos casos de neurose, os efeitos da reserpina são caracterizados como “imprevisíveis”<sup>5</sup>, podendo em algumas situações ter uma acção paradoxal, ou seja, estimular um estado de ansiedade neurótica. Assim, “fomos levados pela nossa experiência a crer que é precisamente nos neuróticos que a R.<sup>6</sup> tem um dos seus campos

---

<sup>1</sup> Gomes de Araújo, F.H. - "Utilização da reserpina (Serpasil) em neuro-psiquiatria". *O Médico*. Vol. III. n.º 200 (1955), p. 664.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 663.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> *Ibid.*

<sup>6</sup> Reserpina.

de acção mais restritos e problemáticos”<sup>1</sup>. O médico, no entanto, realça que a reserpina pode ter um papel importante como adjuvante da psicoterapia.

O clínico depara-se igualmente com um número diminuto de reacções adversas e efeitos secundários com a reserpina.

Note-se ainda que o autor reconhece que o efeito da reserpina é marcadamente diferente dos barbitúricos e outras substâncias e métodos usualmente usados no tratamento psiquiátrico desta altura

“O doente aparece numa espécie de «contenção química», mas uma contenção que não o tornou sonolento nem o diminuiu no seu jogo intelectual possível, como acontece em maior ou menor escala com os meios tradicionais de obter tais contenções”<sup>2</sup>.

A reserpina e a clorpromazina são assim terapêuticas que permitem “reduzir as medidas de isolamento que certos doentes impunham, ou o uso reiterado de indicações convulsionantes que outros exigiam”<sup>3</sup>, sendo que a reserpina:

“constitui por certo uma aquisição terapêutica importante. Mas além disso, terá ainda talvez a virtude de preparar o advento de novas fórmulas capazes de seguir a mesma «via» funcional, e de atingir mais ampla eficácia e maior precisão”<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Gomes de Araújo, F.H. - "Utilização da reserpina (Serpasil) em neuro-psiquiatria". *O Médico*. Vol. III. n.º 200 (1955), p. 663. Discorda, portanto, da opinião de Delay e Deniker.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 659.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 667.

<sup>4</sup> *Ibid.*

## 5. Primeiras impressões portuguesas sobre a introdução da psicofarmacologia

Destes primeiros anos de experiência e impressões dos novos fármacos, as conclusões a retirar são de várias ordens. Confirma-se que não existe o abandono declarado das terapias somáticas, antes uma reordenação das necessidades terapêuticas. A leucotomia, por exemplo, continua a existir nomeadamente em “casos de falência da clorpromazina e da reserpina em doentes autistas, com negativismo, ou com delírio residual e impulsos afetivos hostis”<sup>1</sup>. O eletrochoque e as curas de sono e insulínicas são amplamente utilizadas não existindo “sobreposição de efeitos e indicações”<sup>2</sup>, constituindo-se como meios que são usados quer de forma isolada quer de forma preparatória, concomitante ou subsequente ao tratamento farmacológico. Em vez de se assistir a um abandono dos métodos somáticos e psicoterápicos em favor da recém-descoberta psicofarmacologia, observa-se uma acessorização dos novos medicamentos neurolépticos. A inovação e a eficácia destes fármacos nunca são postas em causa – prova disto são os estudos desenvolvidos pelos médicos portugueses. A sua utilização, no entanto, prende-se sempre por um acautelamento clínico. Os meios somáticos não perdem a longo prazo a sua utilidade, antes funcionam como complemento da ação da clorpromazina e vice-versa<sup>3</sup>. Como se verá, mesmo entrando na década de 60, os meios convulsivos e somáticos, bem como a psicoterapia mantêm-se em uso.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Clorpromazina, reserpina e a chamada "farmacopsiquiatria"". *Jornal do Médico*. n.º 680 (1956), pp. 237-243.

<sup>2</sup> *Ibid.* p., 241.

<sup>3</sup> Este fenómeno aliás não é exclusivo da realidade portuguesa. Na Holanda e na Bélgica, observa-se a mesma situação – a entrada em cena da clorpromazina e dos neurolépticos não provoca nenhum corte abrupto com as terapias somáticas. Acontece uma evolução lenta, com imiscuição das duas tendências, sendo que o abandono das terapias somáticas em favor da psicofarmacologia é um processo que leva décadas a concretizar-se, eventualmente acontecendo muito por conta da neurobioquímica. Esta relutância na adoção da clorpromazina deve-se, nos casos holandeses e belgas, a um elevado número de efeitos secundários (o que não parece aplicar-se no caso português), a dúvidas sobre o mecanismo de ação e de eficácia, e ao receio de se provocar uma “máscara química” no doente. Cf. Majerus, B. - "A difficult stabilisation. Chlorpromazine in the fifties in Belgium". *Gesnerus*. Vol. 67. n.º 1 (2010), pp. 57-72; Pieters, T. e Majerus, B. - "The introduction of chlorpromazine in Belgium and the Netherlands (1951-1968); tango between old and new treatment features". *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. Vol. 42. n.º 4 (2011), pp. 443-452.

Também no Brasil se assiste a uma conjugação da clorpromazina e reserpina com as terapias somáticas. Cf. Pereira, L. - "Modelos e finalidades da terapêutica psiquiátrica na primeira metade do século XX - uma história de início do uso dos neurolépticos no estado de São Paulo". In: Mota e Marinho (eds.) *História da Psiquiatria: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica*. São Paulo: Casa de Soluções Editora, 2012. Neste país, a introdução das drogas não veio tirar lugar aos velhos métodos de tratamento

A clorpromazina e a reserpina são testadas numa miríade de problemas psiquiátricos. Nesta fase inicial importa, pois, reconhecer quais as patologias que são mais sensíveis ao tratamento farmacológico e quais os sintomas mais responsivos ao tratamento por estas drogas – os casos de agitação e agressividade respondem de forma melhor que os casos caracterizados por melancolia e apatia. O controlo dos efeitos secundários, nomeadamente os mais graves, descritos pela literatura estrangeira ocupam um papel importante. Da mesma forma, a adaptação de protocolos estrangeiros para o método de aplicação terapêutica das novas drogas é alvo de estudo e adaptação por parte dos médicos portugueses.

O mecanismo de funcionamento das doenças mentais e das próprias drogas psicoativas continua envolto em desconhecimento – é notória uma tentativa de explicação dos mecanismos de ação por parte dos clínicos portugueses, embora as conclusões acabem por ser superficiais e pouco específicas. Barahona Fernandes, por exemplo, refere, falando da clorpromazina e da reserpina que “não se tem, porém, ainda hoje, uma noção clara do seu modo de acção nas doenças mentais. (...) Os efeitos – utilizados em Psiquiatria - exercem-se essencialmente sobre o sistema nervoso central”.<sup>1</sup> Estas questões aplicam-se de igual forma às terapias somáticas – também elas não têm, na sua maioria, uma explicação do seu mecanismo de ação. Mas os anos de uso permitem estabelecer uma reputação de eficácia e segurança que a clorpromazina e o haloperidol (1958) não têm, complicadas ainda mais pelo efeito de “lobotomia farmacológica”, que confunde e de certa forma, amedronta os psiquiatras. Mais ainda a dificuldade de explicação da própria doença mental resulta numa série de incógnitas que não podem ser olvidadas. Será, portanto, irónico que medicamentos sem mecanismo de ação específico, atuando em doenças sem etiopatogenia esclarecida permitam por um lado o seu tratamento (ou atenuação do quadro sintomático) e por outro a era da pesquisa neuroquímica das causas

---

“Nesse sentido, a novidade do remédio não introduz modificação no modo de organizar as estratégias terapêuticas. Longe de liquidar com as terapias de choque, a Clorpromazina aparece como companheira solidária” (p. 250). Refletindo sobre o papel mais geral da ação dos novos fármacos a autora acrescenta “menos que uma rutura epistemológica ou uma mudança paradigmática, o primeiro psicofármaco permite um ajuste conceitual no rastreamento da gênese da doença mental em direção à neurofisiologia. Menos que uma revolução, menos que a cura da doença mental, ele poderá contribuir para a construção de um tratamento mais humanizado - no sentido forte do termo. Certamente, uma tarefa para o campo das políticas públicas de Saúde Mental nas décadas seguintes” (p. 262). É também este fenómeno que se observa em Portugal.

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Clorpromazina, reserpina e a chamada "farmacopsiquiatria"". *Jornal do Médico*. n.º 680 (1956), p. 242.

da doença mental. Será sobre estas premissas que emerge a recém-fundada psicofarmacologia ou farmacopsiquiatria.

Mais revolucionária que a entrada em cena de dois medicamentos novos será a ideia de se poder moldar a doença psiquiátrica, através de fármacos. O conceito *per se*, constitui a verdadeira revolução, que implicará enormes mudanças a vários níveis, como se verá adiante. A possibilidade de cura de doença mental, e não apenas controlo de sintomas é levantada, mas sobre uma matriz de dúvidas e receios.

A introdução da clorpromazina e da reserpina constitui, assim, uma revolução não só por si, mas também pelo papel visionário que desempenha ao alargar os horizontes da terapêutica psiquiátrica e ao permitir a expansão de novas linhas de pensamento, novas políticas sociais, novas questões médico-doutrinárias e de investigação industrial e clínica. A psicofarmacologia encerra em si o potencial de desencadear uma marcha de pensamento que elevará a psiquiatria para um patamar moderno<sup>1</sup>. As sementes lançadas pela clorpromazina e reserpina possibilitam que esta revolução se concretize.

Todas estas questões são abordadas pela comunidade médica portuguesa.

O papel da clorpromazina e da reserpina no início da era da psicofarmacologia é de valor indiscutível. Barahona Fernandes reconhece este facto, indicando que os dois medicamentos possuem um “valor terapêutico indiscutível na prática psiquiátrica”<sup>2</sup> mas lembrando que existe o perigo de se enveredar por uma farmacopsiquiatria desregrada que culminará no esquecimento de uma medicina psiquiátrica personalizada e marcada por uma componente unicamente farmacológica.

Segundo Barahona Fernandes:

“O advento cada vez mais fecundo, de novos fármacos com acção mais benéfica sobre as psicoses e neuroses não se deve degradar numa farmacopsiquiatria de empirismo complexo, expressa na prática em receitas estereotipadas de drogas, administradas sem as adequadas cautelas médicas gerais e de observação clínica rigorosa, e – muito especialmente sem a consideração da

---

<sup>1</sup> Cf. Healy, D. - "The Creation of Psychopharmacology". Massachusetts: Harvard University Press, 2002.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "Clorpromazina, reserpina e a chamada "farmacopsiquiatria"". *Jornal do Médico*. n.º 680 (1956), p. 237.

personalidade do enfermo e da sua situação e sem o imprescindível apoio psicoterápico e ajuda social”<sup>1</sup>.

Ainda assim, o médico português não deixa de notar a enorme novidade que as drogas possibilitam – a da libertação do doente. Barahona Fernandes refere que:

“Nos Pavilhões asilares de vigilância do Hospital Júlio de Matos comparou-se ao advento de ‘um novo Pinel’ a modificação feita por estes medicamentos sobre os doentes agitados. Um novo tipo de libertação – agra já não das cadeias – mas do isolamento, da escopolamina, do electrochoque periódico de manutenção, e, sobretudo, da coacção dos impulsos mórbidos interiores!”<sup>2</sup>

O fulcro da atenção reivindicado por Barahona é a órbita em torno do doente e não do medicamento, evitando cair numa excitação dinamizada pelos psicofármacos e numa farmacopsiquiatria enviesada e totalitária.

Segundo o médico português:

“Todos estes progressos não são motivo para nos deixarmos embalar demasiadamente e proclamar já o advento da ‘farmacopsiquiatria’, olvidando outros métodos físicos, a psicoterapia, a terapêutica ocupacional e social e outros métodos, e sobretudo, as suas relações recíprocas e integração no conjunto da pessoa individual. Como se a Medicina Mental se pudesse assim especializar, subordinando-se a novas possibilidades terapêuticas! Por mais eficazes que sejam os novos fármacos, não nos devem levar a perder a visão do Homem doente, situado no Cosmos e na Sociedade e da exigência de considerar a sua Personalidade como fulcro essencial dos nossos cuidados”<sup>3</sup>.

Este pensamento de Barahona Fernandes sumariza o pensamento psiquiátrico das décadas que se seguem à introdução dos psicofármacos em Portugal, e constitui o tema forte de discussão e elaboração por parte da comunidade clínica portuguesa desta altura.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Clorpromazina, reserpina e a chamada "farmacopsiquiatria"". *Jornal do Médico*. n.º 680 (1956), p. 237.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid., p. 243.

<sup>4</sup> Como se abordará no capítulo seguinte desta tese.

## 6. Uso do haloperidol em psiquiatria – primeiras impressões médicas portuguesas

A “consolidação da terapêutica psiquiátrica”<sup>1</sup> que o haloperidol proporciona também chega a Portugal. Numa altura em que a clorpromazina e a reserpina já têm anos de uso em território nacional, a chegada do haloperidol é encarada de forma mais natural. As questões levantadas pelo uso da psicofarmacologia estão já relativamente sedimentadas e discutidas, encontrando no haloperidol uma continuação óbvia.

Tal como com a clorpromazina e a reserpina, o novo neuroléptico chega rapidamente a Portugal.<sup>2</sup>

Seabra-Dinis e Moreira da Silva realizam um ensaio clínico com o medicamento. Não estando o haloperidol ainda disponível no mercado português, os autores obtêm o fármaco através do representante lisboeta da firma Janssen, o Instituto Luso-Fármaco. O estudo baseia-se na administração do medicamento a 39 doentes nos quais se incluem 23 esquizofrénicos.

O detalhe da administração do medicamento é descrito pelos médicos:

“O R.1625 foi administrado em comprimidos, gotas ou injeção intramuscular, mediante o grau de colaboração do doente e a disponibilidade do medicamento. Administrámos o medicamento duas vezes por dia (raramente 3), com doses quotidianas de 2,4,6,8,10 e até mesmo 12 mmgr ou mais, consoante reacção individual”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>Cf. López-Muñoz, F. e Álamo, C. - "The consolidation of neuroleptic therapy: Janssen, the discovery of haloperidol and its introduction into clinical practice". *Brain Research Bulletin*. Vol. 79. n.º 2 (2009), pp. 130-141.

<sup>2</sup> A primeira publicação internacional sobre o haloperidol surge na revista *Acta Neurologica et Psiquiátrica Belgica* em 1958 Cf. Divry, P.; Bobon, J. e Collard, J. - "R-1625: a new drug for the symptomatic treatment of psychomotor excitation". *Acta Neurologica et Psychiátrica Belgica*. Vol. 58. n.º 10 (1958), pp. 878-888. A segunda publicação surge em 1959, na mesma revista. Cf. Divry, P.; Bobon, J.; Collard, J. et al. - "Study & clinical trial of R 1625 or haloperidol, a new neuroleptic & so-called neurodysleptic agent". *Ibid.* Vol. 59. n.º 3 (1959), pp. 337-366. Daqui se pode concluir que a receção do novo fármaco em Portugal foi feita de forma bastante rápida, uma vez que em 1959 temos as duas primeiras publicações portuguesas sobre o haloperidol.

<sup>3</sup>Seabra-Dinis, J. e. Silva, A.M.d - "L'emploi thérapeutique d'un nouveau médicament non phénothiazinique, le R. 1625 ou halopéridol, chez des malades mentaux d'évolution prolongée". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p. 185.

De notar que todos estes casos tinham sido já sujeitos a terapias anteriores individualizadas na tentativa de cura, incluindo as terapias somáticas (choque insulínico, curas pelo sono, piroterapia, terapia electroconvulsiva, choque por cardiazol e até 6 dos doentes haviam sido leucotomizados) e o emprego de Largactil (clorpromazina).

Os efeitos benéficos notados pelos autores incluem uma diminuição da agitação dos doentes e um sentimento de calma e tranquilidade, referindo que «existe menos agressividade, menos agitação, menos electrochoques»<sup>1</sup>. Os autores escrevem mesmo que «o novo medicamento será mais útil aos enfermeiros do que aos doentes»<sup>2</sup>, referindo-se ao estado tranquilo das enfermarias.

É referida igualmente uma diminuição das alucinações e das ideias delirantes, e em 4 doentes um aumento do apetite, efeito que os autores pensam poder ser secundário.

A síndrome parkinsónica reversível é descrita como o principal dos efeitos indesejáveis. Outros efeitos indesejáveis referidos são a astenia, que chega mesmo a interferir com a ergoterapia efetuada em alguns doentes. Os autores referem que este efeito, bem como o sentimento de entorpecimento geral, pode ser controlado através de uma diminuição da dose administrada de haloperidol. No entanto, um rácio ideal entre a dose administrada e o mínimo de efeitos secundários possíveis não foi conseguido.

Finalizando o relato das observações, é referido que mesmo após 5 ou 6 dias de interrupção do tratamento com haloperidol, a melhoria sintomática dos doentes continua a manifestar-se.

Como conclusão os autores referem que:

“Estamos a lidar com um medicamento novo muito poderoso, cuja utilidade é muito grande para o tratamento dos doentes mentais e, especialmente, para nos ajudar (o que é consistente com as tendências actuais do tratamento em psiquiatria) a melhorar e humanizar a assistência a doentes mentais de evolução prolongada, em particular no que concerne o tratamento sintomático da agitação”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Seabra-Dinis, J. e Silva, A.M.d. - "L'emploi thérapeutique d'un nouveau médicament non phénothiazinique, le R. 1625 ou halopéridol, chez des malades mentaux d'évolution prolongée". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p. 186.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.



Por último resta lembrar que os resultados deste trabalho foram apresentados em Beerse na Bélgica a 5 de setembro de 1959 no *I International Symposium on Haloperidol*.

Também Coimbra de Mattos, Sampaio Ferreira e Suzana Teiga enaltecem a descoberta deste novo neuroléptico:

“O aparecimento, nos últimos anos, de fármacos capazes de influenciar os sintomas maiores das psicoses endógenas, sem alteração do suporte estrutural da vida própria e sem diminuição acentuada das capacidades de análise e síntese mentais – permitindo uma reorientação dinâmica da personalidade em moldes de conduta normal –, revolucionou a terapêutica psiquiátrica, postergando para segundo plano os tratamentos de choque e aumentando o interesse pela psicoterapia. A acção do produto será tanto melhor quanto maior for o efeito sobre a tensão interna e soluções psicóticas, e menor a influência sobre os estados de vigiância – diminuindo a angústia em consciência clara, o doente pode melhor tomar posição e reorganizar a sua personalidade. O haloperidol satisfaz bem estes requisitos, ocupando o lugar de neuroléptico de relevo”<sup>1</sup>.

O trabalho destes clínicos incide sobre a utilidade do haloperidol no “tratamento de urgência da agitação psicomotora, sua acção de fundo em psicoses esquizofrénicas e o seu efeito agudo sobre o traçado electroencefalográfico de epiléticos graves”<sup>2</sup>.

Os autores destacam ainda a originalidade do estudo:

“O tratamento foi dirigido no sentido de recuperar determinados doentes (aos quais dedicámos maior interesse) para a vida social; e não com o fim de apreciar com rigor os efeitos farmacodinâmicos da droga (tal objectivo foi realizado no trabalho de Seabra-Dinis e Moreira da Silva)”<sup>3</sup>.

São apresentados 6 casos detalhados de doentes esquizofrénicos aos quais foi administrado haloperidol. 4 destes casos apresentam remissão completa. O haloperidol é

---

<sup>1</sup> Matos, A.C.; Ferreira, S. e Teiga, S. - "Resultados clínicos com o haloperidol (R 1625)". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 929 (1960), p. 477.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

descrito como “um neuroléptico de valor demonstrado”<sup>1</sup>, sendo que na urgência psiquiátrica é um “produto indispensável”<sup>2</sup>. O seu efeito é descrito como “rápido, intenso e constante sobre as síndromes de agitação psicomotora (de qualquer etiologia)”<sup>3</sup>. Não são referidos nenhuns efeitos secundários significativos excetuando os parkinsónicos que são descritos como ligeiros e necessários para se saber que se usou a dose adequada de haloperidol.

---

<sup>1</sup> Matos, A.C.; Ferreira S. e Teiga, S. - "Resultados clínicos com o haloperidol (R 1625)". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 929 (1960), p.478.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.



**CAPÍTULO III. A PSICOFARMACOLOGIA E AS  
MUDANÇAS NOS CÂNONES DA MEDICINA, DA  
CIÊNCIA E DAS PRÁTICAS DE INVESTIGAÇÃO – O  
CASO PORTUGUÊS**

## **1. A influência da psicofarmacologia no *status quo* da prática médica psiquiátrica em Portugal**

O interesse da introdução da clorpromazina em psiquiatria reside numa análise que pode ser dividida em várias facetas: por um lado, qual o impacto do novo medicamento em termos sociais e de políticas de saúde – ou seja, as consequências que provoca na sociedade e nos órgãos legislativos e decisores. Por outro lado, levanta num plano mais intimista, a questão dos seus efeitos no indivíduo – quais as alterações que provoca no Homem-doente.

A relação do medicamento e dos seus efeitos no plano psíquico e de personalidade de quem dela faz usufruto, os doentes, é tema de debate no meio da comunidade científica portuguesa.

Quando numa entrevista de 1955 se pergunta a Barahona Fernandes quais as conquistas mais importantes da psiquiatria no século XX, o médico responde:

“A insulino-terapia, a convulsoterapia, as recentes terapêuticas neuroplégicas e pelo sono, a leucotomia e, ainda, o espírito psicoterápico que nos inspira em todas as intervenções terapêuticas”<sup>1</sup>.

Será sem dúvida nesta dualidade medicamento/espírito psicoterápico que o cerne da discussão sobre a clorpromazina e os novos medicamentos se centra na comunidade médica portuguesa.

As questões levantadas pelo uso e eficácia das terapias somáticas mantêm-se e agudizam-se com a entrada em cena dos novos medicamentos. Assim presente-se nos médicos portugueses o medo de uma desvalorização do papel do psiquiatra enquanto agente de auxílio ao doente, a banalização da doença psiquiátrica, os excessos que poderão advir de uma medicação inconsciente, os perigos de uma farmacopsiquiatria que ameaça controlar e dominar por completo a disciplina médica.

Barahona Fernandes escreve que:

---

<sup>1</sup> - "Entrevista a Barahona Fernandes". *Jornal do Médico*. n.º 658 (1955), p. 234.

“O advento cada vez mais fecundo, de novos fármacos com acção mais benéfica sobre as psicoses e as neuroses não se deve degradar numa ‘farmacopsiquiatria’ de empirismo simplista, expressa na prática em receitas estereotipadas de drogas, administradas sem as adequadas cautelas médicas gerais e de observação clínica e rigorosa e – muito especialmente – sem a consideração da personalidade do enfermo e da sua situação e sem o imprescindível apoio psicoterápico e ajuda social”<sup>1</sup>.

Se por um lado Barahona Fernandes critica de forma explícita um certo automatismo médico que não deve existir apenas e só pelo aparecimento de uma farmacopsiquiatria, por outro lado realça a necessidade da integração da personalidade do doente com a terapêutica.

Barahona Fernandes refere mesmo que a administração de um medicamento como a clorpromazina não é isenta de perigos. A mudança operada pelo medicamento na patologia pode ser entendida pelo doente com estranheza ou como uma ameaça, sendo necessária a atuação do médico para situar e comandar a compreensão deste novo estado e fazer a integração de todas as dimensões do indivíduo. Barahona Fernandes refere-se à percepção das alterações provocadas pela droga<sup>2</sup> num doente que pode não estar preparado para entender as consequências duma quimioterapia no seu estado patológico, daqui resultando muitas vezes reações desagradáveis e não esperadas e mesmo a negação de qualquer melhoria observável – uma elaboração negativa por parte do doente de um efeito marcadamente positivo provocado por uma farmacopsiquiatria. Entra em cena, o papel essencial do médico-psiquiatra. Segundo o médico:

“Nestas condições torna-se imprescindível encarar a acção farmacológica no âmbito de todas estas circunstâncias e relacioná-las com as outras dimensões do indivíduo – as funções anímicas e todo o dinamismo psicológico e social por um lado, a constituição e vitalidade por outro, na sua integração na personalidade em

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Clorpromazina, reserpina e a chamada "farmacopsiquiatria"". Ibid.n.º 680 (1956), p. 237.

<sup>2</sup>Por exemplo, é conhecida a possibilidade da clorpromazina provocar reações de taquicardia e consequentemente palpitações. Estes efeitos podem ser interpretados pelo doente como um agravamento da sua condição ou podem desencadear ansiedade, agravando o estado do doente.

situação – o Homem doente – o homem que sofre e a sua circunstância parafraseando Ortega y Gasset”<sup>1</sup>.

A humanização da terapêutica medicamentosa e a sua integração e dinamização num quadro mais abrangente do doente são temas comuns na obra de Barahona Fernandes. Esta possibilidade é concretizada sobretudo na compreensão do médico psiquiatra das consequências de uma terapia medicamentosa não só nos aspetos biológicos e patológicos relacionados com o doente, mas também numa relação estruturada e modificada da componente da personalidade e sociabilidade do doente para com o médico e com a circunstância que o rodeia.

O medicamento atua, assim, estimulando várias frentes, que abrem caminho a uma intervenção adequada do médico, que deve estar preparado para a humanização da terapêutica e deve aproveitar a oportunidade assim apresentada por uma modificação química.

O “pensar terapêutico tornou-se, assim, essencialmente dinâmico, correlacionador, globalista”.<sup>2</sup> Entra aqui a noção de transferência vital, aliás já explorada em capítulo anterior, e que Barahona Fernandes define como:

“Deslocação ou transversão afectiva do enfermo para o médico – um processo de interconsciência comparável ao que se dá na psicoterapia de base analítica. Com a diferença, aliás essencial, de se passar num nível mais elementar – e por esse motivo lhe chamamos ‘vital – e de se estabelecer de uma forma mais imediata e directa, através do acto concreto materializado – e não apenas ideativo simbólico – da intervenção terapêutica do médico, por meio de um medicamento injectado pelo próprio”<sup>3</sup>.

A ideia subjacente a esta transferência vital<sup>4</sup> envolve no processo curativo do doente não só o próprio Homem-doente, mas o médico, enfermeiros e todo o ambiente que rodeia o indivíduo.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Clorpromazina, reserpina e a chamada "farmacopsiquiatria"". *Jornal do Médico*. n.º 680 (1956), p. 237.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "Dos medicamentos à personalidade. Integração psicossomática da terapêutica.". *Jornal do Médico*. n.º 717 (1956), p. 294.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Cf. Fernandes, B. - "Drugs, Psychotherapy and Vital transference". *American Journal of Psychotherapy*. Vol. XII. n.º 2 (1958), pp. 243-252.

Especificamente falando da clorpromazina, Barahona Fernandes considera que esta droga:

“Age sobre a base vital da actividade psíquica, inactivando os impulsos instintivo-emocionais anteriores. Baixa a ressonância e a iniciativa de acção, sem produzir directamente sonolência ou confusão mental”<sup>1</sup>.

No entanto, ao mesmo tempo que provoca estas ações desejáveis, pode provocar taquicardia ou hipotensão. Dependendo do doente, este pode interpretar a variedade de efeitos que sofre com a administração da droga de um modo positivo ou pelo contrário, vivê-los com ansiedade e rejeitar a terapêutica. É a atitude do doente perante a multiplicidade de efeitos consequentes que deve ser manejada e orientada pelo médico psiquiatra.

Segundo Barahona Fernandes:

“Obtêm-se assim efeitos terapêuticos díspares, favoráveis ou desfavoráveis, por divergência dos efeitos farmacológicos sobre a personalidade e sobre a situação médico-doente e a conduta em geral. A transferência vital, facultada pelo medicamento, pode ser negativa (de rejeição, resistência, crítica à acção e à pessoa do clínico) ou positiva (aceitação, apreço, confiança) ... - conforme o sentido que tomarem as forças interpersonais desencadeadas”<sup>2</sup>.

O círculo médico-doente - a resposta do doente ao medicamento e consequentemente a resposta do médico ao doente medicado – depende não só personalidade intervencionada, mas também das ações do terapeuta. De certo modo, interessa também a personalidade do médico e o modo como este vai orientar a resposta do doente, quase sempre numa vertente de intervenção psicoterápica. Uma total integração de todas as variáveis é o que se deseja para uma terapêutica eficaz:

“O efeito das drogas atarácicas (clorpromazina, reserpina, etc.) repercutindo-se na personalidade, abre novas possibilidades de influência psicoterápica até então vedadas. Nas mesmas condições,

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Dos medicamentos à personalidade. Integração psicossomática da terapêutica.". *Jornal do Médico*. n.º 717 (1956), pp. 294-295.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 295.



a clorpromazina age mais rápida e intensamente sobre a actividade pessoal que as terapêuticas ambientais. É um efeito mais forte mas menos definido e menos diferenciado: a sua repercussão ao nível psíquico superior pode variar conforme as condições próprias: a atitude do Eu, a situação, as relações com o médico e os outros indivíduos”<sup>1</sup>.

Esta necessidade de atenção por parte do médico psiquiatra para que Barahona Fernandes alerta terá a sua origem num possível automatismo e abuso dos novos medicamentos com domínio completo sobre as terapias até então usadas:

“Os abusos do electrochoque e dos medicamentos, administrados em más condições psicológicas, mostram certas acções desfavoráveis sobre a vida mental do doente e sobre as suas relações com o terapeuta. Desenvolvem-se então transferências negativas (ansiedade e repúdio) sobre o próprio tratamento que vem prejudicar a sua acção farmacológica”<sup>2</sup>.

Não é isto que deseja Barahona Fernandes, que rejeita qualquer tipo de dualismo ou holismo. O que interessa ao médico é uma conjugação de todos os meios disponíveis ao psiquiatra para exercer uma cura o mais eficaz possível. Não faz sentido um apoio exclusivo em terapias somáticas, psicoterapia ou terapia medicamentosa, mas sim uma conjugação de todo o arsenal à disposição da psiquiatria.

Barahona Fernandes dá como exemplos a integração ergoterápica que pode ser feita em doentes aos quais foi administrada clorpromazina e que assim se apresentam mais acessíveis ao efeito terapêutico do trabalho:

“Certos doentes só se conseguem ‘ocupar’ e dessa forma ‘socializar-se’ quando se atenuaram determinados sintomas perturbadores pela acção do electrochoque ou dos novos fármacos. Assim, por exemplo, a exaltação afectiva atenua-se nitidamente sob a acção da clorpromazina ou hidroxizina, tornando possível a integração na ocupação colectiva e os contactos humanos “<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B.; Seabra-Dinis, J.; Costa, N.d. et al. - "Síntese dos tratamentos somáticos e psicoterápicos na esquizofrenia". Ibid.Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 780.

<sup>2</sup> Ibid., p. 788.

<sup>3</sup> Ibid., p. 787.

Se a ergoterapia não existir, o médico defende que o doente sofrerá uma descompensação, independentemente da manutenção do tratamento farmacológico.

Presente no II Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique, Barahona Fernandes debate sobre o papel das terapias somáticas e da nova farmacologia psiquiátrica, referindo que no congresso se chega a uma conclusão, a da aceitação da combinação de métodos. O problema será a sua importância relativa, sendo que a tendência geral é a de dar primazia à terapêutica farmacológica. Apesar de Barahona Fernandes reconhecer o valor da clorpromazina e da reserpina, o médico realça que:

“Os investigadores mais críticos da matéria concordaram, porém, que as novas drogas não vieram por de lado nenhuma das terapêuticas acreditadas na esquizofrenia – em especial o choque insulínico, o qual deve ser usado quando as curas neurolépticas não dão resultados estáveis nas fases agudas hebefreno-catatónicas e paranoides e noutras indicações já seguramente experimentadas. (...) O mesmo se dirá para o electrochoque e o cardiazol em certas manifestações. (...) Queríamos acentuar ainda que, embora a generalização da farmacoterapia tenha limitado o uso da leucotomia, esta intervenção mantém as suas indicações nos casos em que aquelas terapêuticas falharam e há probabilidades de reduzir certas formas de actividade patológica”<sup>1</sup>.

Aliado ao aparecimento da farmacopsiquiatria com a clorpromazina, outras áreas de interesse vão surgindo, relacionadas com a dinâmica dos medicamentos e o doente. Surgem a farmacopsicologia e a farmacopsicopatologia. Barahona Fernandes designa a era da quimioterapia em psiquiatria como farmacopsicoterapia<sup>2</sup>. Esta era é marcada pelo elevado número de medicamentos que vão surgindo, levantando ao mesmo tempo problemas decorrentes do seu uso.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "A participação portuguesa no II Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique ". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), p. 22.

<sup>2</sup> Cf. sobre este tema Fernandes, B. e Mendes, F. - "Experiência farmacopsicoterápica numa consulta de neuroses". *O Médico*. n.º 484 (1960), pp.21-37; Fernandes, B. - "Farmacopsicoterapia da angústia". *Jornal do Médico*. Vol. XXXXV. n.º 968 (1961), pp.731-738; Fernandes, B. - "Relação médico-doente e a psicofarmacologia". *O Médico*. n.º 758 (1966), pp. 45-68.

Referindo-se aos progressos da última década em matéria de medicamentos em psiquiatria como um verdadeiro “surto químico”<sup>1</sup>, o médico refere que a ordenação categorial de terapêuticas que havia feito em 1950<sup>2</sup> sofreu uma enorme modificação de hierarquias, com os fármacos a ascenderem a um lugar de destaque a partir da descoberta da clorpromazina. No entanto, a premissa básica do uso de novos fármacos continua a ser orientada pelo que já foi disposto anteriormente:

“A droga deve incidir no conjunto da situação terapêutica, enlaçando-se nas relações da Personalidade, do Médico e do Doente e no contexto do ambiente – num sentido integrativo que denominamos como «farmacopsicoterápico»”<sup>3</sup>.

No entanto, Barahona realça que tal como o interesse nos fármacos aumenta, também o interesse nos métodos psicoterápicos se deve elevar. Os psicofármacos atuarão num plano endotímico-vital enquanto a psicoterapia atuará sobre as superestruturas pessoais dos doentes, não se podendo perceber que entre estes dois polos exista qualquer tipo de dualidade. Por outro lado, o cuidado de Barahona é a perceção de que apesar de não se encontrar nenhuma oposição entre fármacos e psicoterapia, os dois conceitos não são equivalentes ou “intersubstituíveis”<sup>4</sup>. Segundo o psiquiatra:

“Não há pois equivalência ‘monista’ entre psicoterapia e farmacoterapia. A explicação causal desta e a compreensão motivacional daquela não implicam também qualquer ‘dualismo’ ou oposição. Pelo contrário há que fazer a integração estrutural de ambas no conjunto da Personalidade – uma autêntica farmacopsicoterapia”<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Personalidade e terapêutica - a farmacopsicoterapia como experiência psicológica". *Jornal do Médico*. Vol. XLVIII. n.º 1008 (1962), p.125.

<sup>2</sup> Refere-se aqui á ordenação categorial que faz dos diferentes métodos de tratamento dos doentes mentais no artigo Fernandes, B. - "Organicismo e psicologismo à luz da terapêutica. Ponto de vista convergente.". *A Medicina Contemporânea*. Vol. 69. n.º 1 (1950), pp.1-23. Neste artigo, o autor defende que “os vários métodos terapêuticos não se excluem. O que se torna necessário é encontrar o seu valor relativo, adentro das características da personalidade do doente e das condições causais da doença, e aplicar cada um dos agentes terapêuticos indicados na própria altura e em relação à indicação própria.” (p.7). Uma ordenação hierárquica dos métodos terapêuticos pode ser consultada em forma de tabela na página 16 do artigo referido.

<sup>3</sup> Fernandes, B. - "Personalidade e terapêutica - a farmacopsicoterapia como experiência psicológica". *Jornal do Médico*. Vol. XLVIII. n.º 1008 (1962), p.125.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid. p.126.

Por outro lado, o médico realça o carácter único de cada doente. Há que considerar que a resposta de um determinado indivíduo a uma droga estará pré-determinada por um conjunto de interações biológicas específicas e próprias de cada um, não se podendo prever o resultado final de uma terapêutica. Os fármacos atuam em determinadas camadas da personalidade, desencadeando processos únicos e mudanças fundamentais noutras estruturas vitais que podem e devem ser aproveitadas pela psicoterapia. Assiste-se, assim, a uma espécie de causa-efeito entre alterações num estrato biológico e o resultado que estas produzem nas funções psicológicas do indivíduo. Como refere Barahona:

“O fulcro de encontro do fármaco com a Pessoa está na afinidade bioquímica de certas formações nervosas profundas (sistema reticular, diencéfalo, etc.) cuja actividade está na base das funções psicológicas ‘de fundo’ da personalidade. A resposta final: fármaco – Pessoa do doente envolve o conjunto dos sistemas de regulação orgânica do sistema nervoso central, vegetativo e endócrino-humoral, bem como os processos de organização da Personalidade e a sua reactividade psicodinâmica ao ambiente (o médico, outras pessoas...)”<sup>1</sup>.

Será exatamente com o termo “dinâmica” que Barahona descreve a relação do medicamento com o doente, agora já em 1971. A farmacopsicodinâmica não difere muito dos conceitos já explanados. A importância do aspeto social é enaltecida, englobando as relações pessoais e interpessoais do doente – família, médico, pessoal auxiliar e grupo social de inserção. A dinâmica será, portanto, psicológica, biológica e social.

Mas um facto curioso pode ser observado. A importância atribuída às modificações da personalidade operadas pelos medicamentos é realçada pelo clínico português que alerta para a necessidade de não se negligenciar os efeitos da ação dos fármacos.

Barahona nota que:

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Farmaco-psicodinâmica e relação terapêutica". *Actas Luso-Espanholas de Neurologia y Psiquiatria*. Vol. XXX. n.º 1 (1971), p.16. Cf. ainda Fernandes, B. - "Estruturas da personalidade e farmacopsicoterapia". *Arquivos Portugueses de Psiquiatria*. n.º 1 (1967), pp. 32-43.

“Apesar da eficácia demonstrada de muitos dos actuais tratamentos biológicos e farmacológicos, há a tendência para atribuir muitos dos seus efeitos às circunstâncias psicológicas da sua aplicação”<sup>1</sup>.

Pode parecer irónico este apelo ao não esquecimento da componente farmacológica do tratamento, mas a verdade é que em nada desmente a premissa já dispostas por Barahona Fernandes – a integração convergente não intersubstituível de meios. Se na década de 50 e 60 o medo do clínico português é o de um domínio da componente farmacológica sobre a componente psicoterapêutica, nos anos 70 acontece o inverso – o domínio de modelos psicodinâmicos sobre a dinâmica biológica. A intenção integrativa, no entanto, continua a ser atual e necessária, como realça o médico:

“Os agentes terapêuticos não psicológicos intervêm também na dinâmica pessoal e interpessoal. Em relação às drogas há um processo peculiar de interacção que propuzemos chamar fármaco-psicodinâmica<sup>2,3</sup>.

Barahona acrescenta ainda que:

“A utilização quasi exclusiva de modelos psicodinâmicos, em especial psicanalíticos, no estudo deste problema, tem dificultado a apreensão dos processos biodinâmicos que não podem deixar de estar em causa quando usamos drogas activas que modificam, de forma directa e efectiva os síndromos psicopatológicos e as suas relações com a personalidade e não agem apenas como placebos nem como símbolos”<sup>4</sup>.

A farmacopsicodinâmica refere-se pois à ação do fármaco em estruturas biopsicológicas que se repercute em processamentos psicológicos modificados causalmente pela ação “neuro-bio-psíquica”<sup>5</sup> do medicamento. A partir deste momento, o doente está pronto para uma transferência vital positiva que se traduzirá em

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Farmaco-psicodinâmica e relação terapêutica". *Actas Luso-Espanôlas de Neurologia y Psiquiatria*. Vol. XXX. n.º 1 (1971), p. 3.

<sup>2</sup> Este conceito, o de farmacopsicodinâmica tinha já sido proposto por Barahona Fernandes. Vide Fernandes, B. - "Psychopharmacodynamie des neuroleptiques: effects d'organisation sur les syndromes paranoïdes". *International Pharmacopsychiatry*. n.º 3 (1970), pp.94-118.

<sup>3</sup> Fernandes, B. - "Farmaco-psicodinâmica e relação terapêutica". *Actas Luso-Espanôlas de Neurologia y Psiquiatria*. Vol. XXX. n.º 1 (1971), p.4.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p.5.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p.6.

determinados “sinais sociais”<sup>1</sup> que serão captados pelo médico que com uma atitude adequada conseguirá progredir numa intervenção psicoterapêutica e ajuste farmacológico<sup>2</sup>. As relações sociais do doente assumem-se, assim, fulcrais para uma terapêutica eficaz.

O discurso dos clínicos portugueses da altura confirma os mesmos postulados de Barahona Fernandes.

No entanto se passarmos em revisão casos práticos de tratamento que são descritos por clínicos portugueses em variadas casuísticas pessoais, nomeadamente quando se descrevem ensaios realizados com novos medicamentos em doentes portugueses, é raro encontrar a menção do uso de psicoterapia concomitantemente com o tratamento farmacológico instaurado.

A explicação pode estar nas palavras de Sarmiento Pimentel Neves. Quando o médico trabalha com a iproniazida, em 1959, dá conta de vários casos práticos. Os casos são detalhados a nível de posologia, protocolo de tratamento, meios acessórios e dados pessoais dos doentes. Será de estranhar que não venha a menção a nenhum apoio psicoterápico por parte do médico em nenhum dos casos retratados? Sarmiento Pimentel Neves esclarece que a psicoterapia é usada, ainda que não venha detalhada nos exemplos de casos práticos que elenca. O médico refere que:

“(…) A acção da iproniazida nestes casos é difícil de valorizar<sup>3</sup> pois há que ter em linha de conta outra terapêutica concomitante

---

<sup>1</sup> A expressão “sinais sociais” é do próprio Barahona Fernandes, que se refere a comportamentos de comunicação por parte do doente após o processo de transferência vital positivo.

<sup>2</sup> Barahona Fernandes exemplifica esta farmacopsicodinâmica com vários exemplos práticos. Num deles, um caso de síndrome paranoide, o médico detalha o processo num total de 14 passos. Encontramos assim um doente antes do tratamento desconfiado e com uma atitude de animosidade para com o médico. O médico, ainda que com uma atitude simpática e acolhedora, não consegue uma resposta positiva por parte do doente. Ao receitar um neuroléptico, existe um passo ativo por parte do médico para uma ação sobre a personalidade do doente, que com a diminuição da angústia e ansiedade se torna mais receptivo à comunicação. O médico aproveita esta abertura por parte do doente para estabelecer uma relação verbal – a transferência vital. O médico deve aqui ter uma atitude de apoio e de compreensão por forma a esta transferência se tornar positiva. O médico ajusta então as suas atitudes e os fármacos ao doente e à sua situação terapêutica. De acordo com a dinâmica da situação, estabelecem-se então oportunidades para um acompanhamento psicoterápico. Cf. Fernandes, B. - "Farmaco-psicodinâmica e relação terapêutica". *Actas Luso-Espanôlas de Neurologia y Psiquiatria*. Vol. XXX. n.º 1 (1971), pp.3-16. Para um aprofundamento sobre o tema da psicofarmacodinâmica cf. Fernandes, B. - "A farmacopsicodinamia (elo de ligação entre os medicamentos e a psicoterapia)". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVII. n.º 1639 (1975), pp.5-12.

<sup>3</sup> Sarmiento Pimentel Neves refere-se aqui a casos em que emprega a iproniazida com outros medicamentos.

(sedativos, etc) e, sobretudo, a psicoterapia que, mesmo sem propósito de sistemática, está implícita em todo o acto médico”<sup>1</sup>.

E a verdade é que, a tempos esparsos, se encontram casos práticos em que o uso de psicoterapia vem explicitado<sup>2</sup>.

Também Diogo Furtado, quando trabalha com a imipramina, refere que:

“Evidentemente a associação com a psicoterapia é indispensável, mas é opinião nossa, desde há muito, que todo o psiquiatra digno desse nome, seja qual for o método terapêutico que utilize, emprega sempre associadamente uma psicoterapia adequada. Pode esta ser orientada por princípios de escola ou de filosofia pessoal ou simplesmente ser a psicoterapia intuitiva de acompanhamento de todo o psiquiatra carinhoso e cuidadoso com os seus enfermos, mas tal associação é sempre, quanto a nós, indubitável e forçosa”<sup>3</sup>.

Fernando Lopes da Silva, quando trabalha com a imipramina, refere que:

“É de notar também que a Imipramina permite um melhor contacto entre o médico e o doente depressivo, e portanto uma maior acessibilidade à psicoterapia”<sup>4</sup>.

Fragoso Mendes refere-se à psicofarmacologia como uma arma extremamente eficaz, desde que seja tida em linha de conta a relação do médico com o doente. Segundo o médico:

“Não devemos esquecer que, em numerosos casos, se não na maioria, aos efeitos verdadeiramente farmacológicos outros de associam, reforçando-os. Referimo-nos, muito particularmente, á psicoterapia, á atitude do médico perante

---

<sup>1</sup> Neves, F.S.P. - "A iproniazida nos síndromes depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. n.º 852 (1959), p. 179.

<sup>2</sup> Cf. o último caso apresentado em Gomes de Araújo, F. H. - "Uso da iproniazida nos síndromes depressivos". *O Médico*. Vol. X. n.º 394 (1959), pp.606-616.

<sup>3</sup> Furtado, D. - "Ensaio clínicos e experimentais com imipramina (Tofranil)". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 920 (1960), p.46.

<sup>4</sup> Silva, F.L.d. - "Resultados da terapêutica das depressões com imipramina". *Ibid.* Vol. XLII. n.º 912, p. 556.

a droga e o doente e sobretudo, às relações médico-doente”<sup>1</sup>.

O médico consubstancia igualmente a psicodinâmica de Barahona Fernandes, rejeitando a ideia de que os fármacos não conseguem agir no equilíbrio psíquico do doente:

“Quanto a nós, os efeitos farmacológicos manifestam-se nas funções psíquicas elementares nas estruturas básicas da personalidade, sobretudo nas infra-estruturas biológicas”<sup>2</sup>.

O processo estabelecido entre o médico e o doente é chamado por Frágoso Mendes de “contratransferência”<sup>3</sup>, sendo que o médico, tal como Barahona Fernandes, defende a inutilidade de se usar exclusivamente a psicoterapia ou a farmacoterapia no tratamento de neuroses rejeitando uma visão puramente analítica ou organicista. Segundo o médico:

“Aconselha-se a integração das duas terapêuticas, para que, de uma forma convergente, se encontre uma solução harmónica para a doença. Deste modo julgamos que a psicoterapia deve estar sempre associada à farmacoterapia no tratamento de neuroses; farmacoterapia com apoio psicoterápico, ou psicoterapia profunda com ajuda farmacológica”<sup>4</sup>.

No entanto, o médico admite que o uso de fármacos pode ser dispensado se apenas houver alteração ao nível das superestruturas da personalidade, caso em que o uso de psicoterapia ou socioterapia é suficiente.

Oliveira e Silva defende que com o aparecimento dos novos psicotrópicos, a aproximação da psicologia à psiquiatria<sup>5</sup> deve ser feita de forma íntima, no fundo reafirmando o que já foi defendido:

---

<sup>1</sup> Mendes, F. - "Novas drogas psicotrópicas". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LIX. n.º 1201 (1966), p.4.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Mendes, F. - "Terapêutica clínica das neuroses". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LX. n.º 1216 (1966), p.4.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Interessante ler a opinião de Pedro Polónio sobre o papel do orientador do jovem estudante de medicina. Este professor deve alertar o psiquiatra em início de carreira para o papel fundamental de unir a psicologia à psiquiatria, moldando assim uma atitude que se deseja no clínico logo desde o início profissional. Cf. Polónio, P. - "A posição actual da psicologia e da psiquiatria no currículo médico e na actividade clínica". *O Médico*. Vol. III. n.º 210 (1955), pp. 899-901.



“Julgamos, por isso, que se os notáveis resultados conseguidos nas doenças mentais com os medicamentos chamados psicotrópos estreitaram como nunca, a Psiquiatria e a Farmacologia, eles não interessam menos à Psicologia, uma vez que se encontrou uma via de acesso nova que permitirá chegar às profundidades da psicogênese. Que os psicólogos ocupem, então, o seu lugar ao lado dos psiquiatras, debruçados os dois grupos de cientistas sobre os fenómenos provocados pela experimentação farmacológica e que parecem susceptíveis de modificar os lineamentos estruturais das disciplinas que professam”<sup>1</sup>.

A preocupação crescente do tratamento adequado aos doentes psiquiátricos traduz-se por uma necessidade de formação e atualização completa por parte dos praticantes de medicina. A questão do grande número de doentes psiquiátricos que consultam médicos generalistas - ou médicos de família, torna-se fulcral.

A discussão do papel dos médicos de família no tratamento das afeções psiquiátricas assenta na necessidade do reconhecimento da limitação destes profissionais no tratamento de certos doentes e na necessidade do reencaminhamento de casos específicos para especialistas (psiquiatras/neurologistas).

Enquanto o papel do médico generalista é sobejamente reconhecido e valorizado, lacunas de formação inerentes aos progressos científicos e médicos são apontadas no currículo destes profissionais, como afirma Biron:

“De há vinte anos para cá, o generalista vê progredir incessantemente o número de doentes psíquicos que vão à sua consulta. Ora, acontece que o médico prático da minha idade não recebeu instrução psiquiátrica, porque o ciclo normal dos seus estudos não a compreendia. E ele tem de interessar-se por estes novos problemas que se lhe apresentam, o que quer dizer que tem de actualizar-se para fazer face às perguntas da sua clientela. A

---

<sup>1</sup> Silva J.d.O.e. - "A neuropsicofarmacologia e os novos rumos da psiquiatria". *Arquivos do Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental*. Vol. 13. (1959), p. 16.

psiquiatria é, certamente, de todas as especialidades médicas, a que o clínico geral conhece pior”<sup>1</sup>.

Esta questão é de importância maior. Como se tem vindo a expor, a conceptualização do doente psiquiátrico, situando-o em complexas matrizes de relações interpessoais e intrapessoais traduz-se numa necessidade obrigatória de capacitação profissional por parte do médico. O surgimento de novos tratamentos farmacológicos para as doenças psiquiátricas não se pode substanciar numa mera aprendizagem mecânica de “x comprimidos por dia”, mas antes numa integração totalitária de compreensão complexa, a qual muitas vezes pode não estar disponível ao médico generalista, por falta de formação ou atualização de conhecimentos.

Corre-se, assim, o risco de uma grande percentagem de doentes psiquiátricos não beneficiar de todos os progressos que estão a ser atingidos por via de uma deficiente referenciação ou de um diagnóstico ou tratamento incompleto ou desadequado por parte do clínico geral.<sup>2</sup>

Neste campo, o consenso geral é de que o médico generalista está capacitado para lidar com determinadas situações psiquiátricas, sendo que certos doentes beneficiam de uma proximidade mais frequente e mais íntima com estes profissionais. Como nota Rimbaud:

“Enfim, a histeria, a neurastenia, a psicastenia são ainda, por uma grande parte das suas manifestações, da competência do clínico geral.

Nestes doentes psíquicos, com pequenas perturbações mentais, a acção do médico de família é absolutamente necessária. A sua presença no meio familiar do doente, o conhecimento do seu modo de vida, a ajuda que ele encontra junto dos seus familiares, ou por vezes, infelizmente, a má vontade e a incompreensão destes, facilitam a sua tarefa”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Biron, A. - "O médico generalista e a elevada percentagem de doentes psíquicos que o consultam". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1430 (1970), p. 454.

<sup>2</sup> Os médicos de família constituem muitas vezes os profissionais de primeira linha que contactam com os doentes psiquiátricos, sendo de relevar a importância destes profissionais para o diagnóstico das patologias do campo mental. Cf. Baets, P.d. - "A importância do diagnóstico precoce das esquizofrenias pelo médico de família". *Ibid.* Vol. XXXIII. n.º 754 (1957), pp. 506-507.

<sup>3</sup> Rimbaud, L. - "O papel do médico de família perante os doentes nervosos". *Ibid.* Vol. XXXIV. n.º 768, p. 256.

A importância desta interação não pode ser considerada um pormenor de menor importância. A familiaridade que o doente sente ter com o médico generalista é um fator benéfico no quadro geral de tratamento, sendo que muitas vezes com um médico especialista o doente se retrai e se sente mais fragilizado, como consequência de consultar um “desconhecido” que. Rimbaud refere que:

“não o vê senão de longe a longe, durante o tempo de consulta, com um ambiente e um protocolo que põem em jogo a emotividade do doente, despertam os seus receios, aumentando a sua angústia e modificando o seu comportamento”<sup>1</sup>.

O médico generalista pode e deve, assim, intervir em determinados casos, sendo que o papel da psicoterapia não é esquecido neste contexto, sendo o clínico capaz de integrar (mesmo que inconscientemente) esta corrente de modo normal na sua prática clínica. Novamente Rimbaud nota que:

“Na maior parte dos nervosos orgânicos, o clínico geral que conhece os seus doentes, o seu passado patológico, a sua hereditariedade, o seu modo de vida – nos casos em que não se impõem processos terapêuticos especiais – pode tratá-los ele mesmo. Tem o direito de aconselhar os tónicos nervosos, os anticonvulsivos, os sedativos (prudentemente os opiáceos e os ganglioplégicos). Pode prescrever medicações para as artrites cerebrais, para as infecções meningo-encéfalo-medulares, para a sífilis nervosa, para as nevrites periféricas, para as nevralgias, para a enxaqueca, etc... Enfim, pela sua acção atenta e constante ele faz, sem o saber, uma psicoterapia benfazeja”<sup>2</sup>.

No entanto, é necessário o médico generalista reconhecer e identificar as situações em que pode intervir e aquelas em que tem de reencaminhar o doente para um especialista (neurologista/psiquiatra):

“Mas aos estados nervosos mais graves, complexos evolutivos, as terapêuticas especiais são necessárias. Nos doentes orgânicos são aplicáveis diversos tratamentos:

---

<sup>1</sup> Rimbaud, L. – “O papel do médico de família perante os doentes nervosos”. *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 768 (1957), p. 257.

<sup>2</sup> Ibid.

electroterapia, cinesiterapia, radioterapia, injeções paranervosas, injeções epidurais, infiltrações simpáticas, etc.

Devem ser aplicados pelo especialista respectivo, de acordo com o neurologista, pertencendo mesmo alguns destes tratamentos ao campo dos neurocirurgiões, como acontece, claro está, nas intervenções intracranianas (ablação tumoral, leucotomia, lobotomia) ou raquidianas (cordotomia, radicotomia, meniscectomia).

Enfim, alguns métodos de aplicação delicada, e de indicação por vezes discutível, podem ser justificados, mesmo nos doentes com «pequenas perturbações mentais», desde a psicanálise ou a narcoanálise, se for preciso, até à cura pelo sono, electronarcole, electrochoque e cura de Sakel.

Nestes casos, o clínico geral não deve tomar a responsabilidade de os prescrever; de resto ele nem mesmo os pode aplicar. A colaboração de um neurologista e, por vezes, do psiquiatra, em geral com internamento numa clínica, é absolutamente necessária”<sup>1</sup>.

Ademais, a necessidade de formação adequada durante o curso de Medicina, com a “formação psicológica do estudante”<sup>2</sup> assume um papel de destaque que deve ser explorado e ativamente reforçado. Logo desde a formação inicial, o jovem estudante de medicina deve ser guiado para o exercício de uma psiquiatria que tente traduzir os enquadramentos e pressupostos que a psicofarmacologia prevê, sob pena de se fazer uma medicina desumana e pouco centrada no doente e nas suas necessidades.

O que a psicofarmacologia traz de novo á psiquiatria e às suas praticas é de um modo resumido a capacidade de reflexão sobre si própria. Com este advento, o psiquiatra tem a opção de se posicionar e de questionar o seu papel na dinâmica da terapia – deve e

---

<sup>1</sup> Rimbaud, L. – “O papel do médico de família perante os doentes nervosos”. *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 768 (1957), p. 257.

<sup>2</sup> Biron, A. - "O médico generalista e a elevada percentagem de doentes psíquicos que o consultam". *Ibid.* Vol. 72. n.º 1430 (1970), p. 456.

tem de ser um agente ativo, mais ainda que os novos fármacos. A relação médico-doente ganha um virtuosismo que deve ser descoberto e praticado sem se manter à margem da inovação científica

## 2. A psicofarmacologia e as mudanças nos saberes científicos e de investigação

O aproximar da farmacologia à psiquiatria, com a formação da psicofarmacologia tem inevitavelmente consequências visíveis ao nível da indústria e da pesquisa farmacêuticas<sup>1</sup>. O aparecimento de novas disciplinas e de novos medicamentos desencadeia uma pesquisa por medicamentos mais específicos, com menos efeitos secundários, mais potentes e mais seguros e com alvos de ação mais descritivos. Estes novos medicamentos, na sua maior parte derivativos de moléculas pré-existentes, são testados e validados dentro de novos parâmetros que emergem com o desenvolvimento da psicofarmacologia - uma das consequências imediatas do aparecimento dos anti psicóticos é o desenvolvimento da farmacologia humana que Frago Mendes atribui à psicofarmacologia. Assim, inicia-se o uso de métodos quantitativos na pesquisa farmacológica e a introdução de ensaios controlados, passando-se da era da “experimentação farmacológica animal para a experimentação humana”<sup>2</sup>.

O modo relativamente fortuito de descoberta da clorpromazina, que muitas vezes é atribuída a uma importante serendipidade, é substituído por esquemas mais rigorosos, mais académicos, de aproximação protocolada.

A emergência (e a urgência) de uma psicofarmacologia torna-se um trunfo da psiquiatria – pela primeira vez na história da especialidade existe uma intenção coordenada de investigação e experimentação medicamentosa com o objetivo de se obterem benefícios óbvios e quantificáveis. De certo modo, a psicofarmacologia permite uma validação da psiquiatria enquanto ciência clínica e médica.

As alterações que surgem de modo subsequente ao estabelecimento de uma nova disciplina concreta traduzem-se em experimentações clínicas e de indústria, em categorização das novas moléculas e em formação dos especialistas que vão usufruir, pesquisar, investigar e prescrever os psicofármacos.

---

<sup>1</sup> Inegavelmente graças à clorpromazina. Cf. Chast, F. - "Histoire contemporaine des médicaments". Paris: Editions La Découverte, 1995 ; Chast, F. - "La Chlorpromazine et les premier pas de la psychopharmacologie". *Estudos do Século XX*. n.º 5 (2005), pp.83-103.

<sup>2</sup> Mendes, F. - "Psicofarmacologia clínica". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LVIII. n.º 1195 (1965), p. 3.

As técnicas que surgem como consequência da exploração farmacêutica são numerosas.

De entre os novos métodos de exploração psicofarmacológica estuda-se a ação geral sedativa, não específica; a ação sobre o comportamento instintivo, não aprendido; a ação sobre o comportamento modificado por diversos agentes; a ação sobre animais condicionados; as reações eletrofisiológicas; as ações chamadas secundárias e as ações bioquímicas.<sup>1</sup> Estas pesquisas partem de uma base experimental feita com animais. Por exemplo, para analisar o comportamento individual (dentro da categoria sobre o comportamento instintivo não aprendido), usam-se ratos e analisa-se a construção que estes fazem dos seus ninhos. Para a análise da ação sobre o comportamento modificado por agentes, usam-se gatos, ratos ou murganhos aos quais se administra mescalina e se analisam as alterações de comportamento<sup>2</sup>.

O principal problema destes métodos é a dificuldade da extrapolação dos resultados em animais para os resultados em humanos. A dificuldade desta extrapolação está presente noutros tipos de fármacos, mas assume nos psicofármacos uma importância fulcral, tendo em conta todas as influências e ligações que estes têm com a personalidade do doente. Como se discute, um medicamento que atua em níveis profundos de personalidade, que altera aquilo que é, no mais íntimo da “alma” o ser humano, não pode ser encarado com a ligeireza de medicamentos que atuam a níveis mais somáticos, fisiológicos e biológicos do homem. Não se pode falar neste caso de uma atuação medicamentosa a nível de um tecido, de um órgão ou de um sistema. Estas implicações existem, mas os *outcomes* de tal atuação não se esgotam numa cicatrização, numa erradicação infecciosa ou numa modulação metabólica. Perceber os efeitos das novas drogas psicotrópicas através de modelos animais reveste-se de particularidades que se agudizam na psiquiatria de modo indelével – os animais são organismos “sem alma” logo

---

<sup>1</sup> Cf. Alves, M.M. - "Farmacologia dos medicamentos psicotrópicos". Ibid.Vol. LIX. n.º 1203 (1966), 27 pp.

<sup>2</sup> A título de curiosidade, assinala-se o trabalho de Frago Mendez com o LSD 25 ou ácido lisérgico. Este agente alucinogénio provoca um grande interesse nos clínicos da época graças à sua capacidade de provocar psicoses em indivíduos normais. Frago Mendez testa o LSD 25 em quatro “voluntárias” da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa no Hospital Júlio de Matos (e no artigo original, o termo voluntárias aparece exatamente escrito entre aspas). Estas voluntárias são descritas como “indivíduos sãos” e a ideia do médico é a de relacionar a psicose observada com características anteriores do voluntário. Os resultados que o médico obtém acabam por afastar a ideia de que as psicoses provocadas pelo LSD 25 se aproximam do tipo esquizofrénico, sendo enquadradas dentro de fenómeno de intoxicação. Cf. Mendez, F. - "Nota prévio sobre o emprego do L.S.D. 25 na produção de psicoses experimentais". *A Medicina Contemporânea*. n.º 74 (1956), pp.565-570. O próprio LSD25 acaba por se constituir como uma molécula de interesse para o estudo das psicoses, por ser um agente que induz este estado em indivíduos saudáveis.

as conclusões que se podem retirar destes estudos experimentais podem não ser válidas para o animal-homem, imbuído de consciência, de sociedade, de personalidade.

Mais ainda, as equivalências de efeitos que se obtêm de modo experimental podem muitas vezes estar em dissonância com as efetivamente verificadas – as dosagens, os efeitos reais podem não corresponder ao que se verifica em laboratório, o que de resto não é caso único da psiquiatria. Por último, a existência da maioria dos psicofármacos chave, como a clorpromazina, não resultaram de nenhuma experimentação animal, surgindo numa espécie de serendipidade feliz – o acaso feliz, oportuno, mas de certo modo enigmático.

Assim, a psicofarmacologia caracteriza-se por ter os seus próprios métodos de investigação. Estes dividem-se, segundo Fragoso Mendes em:

“Farmacológicos, estudando experimentalmente a acção específica das drogas nos animais de laboratório; psicológicos e de psiquiatria experimental, procurando no homem, de forma experimental, o mesmo que nos animais; e, ainda, métodos próprios da clínica humana, utilizando também as chamadas escalas sintomatológicas ou «rating-scales<sup>1,2</sup>».

Deste modo surgem novas questões prementes no contexto de trabalho. De que modo é que a personalidade é afetada pelos medicamentos? Como atuam as novas drogas nos quadros íntimos do Homem?

Fragoso Mendes esclarece que:

“Na clínica, as drogas actuam modificando os síndromas, não interferindo geralmente, sobre o processo. Não só nas psicoses, como nas neuroses, fazem acalmar as alucinações, a angústia, a inquietação, sem modificarem os problemas de ordem pessoal que estão na base de conflitos inconscientes, que provocam os sintomas; há apenas nestes casos a sua inactivação, um silêncio,

---

<sup>1</sup> Estas escalas são normalmente adaptadas de outras já existentes para a realidade portuguesa. A Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa é uma das instituições que trabalha com adaptações destes questionários/escalas.

<sup>2</sup> Mendes, F. - "Psicofarmacologia clínica". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LVIII. n.º 1195 (1965), p.4.



uma acalmia. Compreende-se, assim, que a acção de um agente psicofarmacológico possa manifestar-se em cada nível, tendo quer um efeito inibitório, quer estimulante”<sup>1</sup>.

Conclui-se que os fármacos atuam a um nível mais superficial do que modificador de grandes processos. Os sintomas e síndromas são alterados, mas a patologia de fundo permanece – uma noção clara de cronicidade, ou da inevitabilidade de não cura.

Barahona Fernandes sugere uma classificação das novas drogas em quatro grupos, consoante o efeito dos fármacos a diferentes níveis da personalidade do doente. Mais uma vez surge a noção de que a ação do fármaco está dependente da personalidade do doente e não de uma fisiopatologia comum a todos os seres humanos. A classificação de Barahona é aliás original, baseando-se o médico nos seus próprios trabalhos sobre a teoria da personalidade. O psiquiatra português defende que as classificações dos novos psicotrópicos devem ter o seu foco sobre os efeitos na personalidade e sobre os síndromos psicopatológicos, devendo os fármacos atuar predominantemente nos síndromos e não em sintomas.

Assim, as quatro classes principais de psicotrópicos propostas por Barahona Fernandes (por volta dos anos 60), são os hipnóticos e estimulantes (com efeitos sobre a vigiância); os neurolépticos, timoanalépticos e eutimizantes (sedativos e antidepressivos) com efeitos sobre o fundo endotímico-vital; os reguladores neurovegetativos, tranquilizantes atarácicos e ansiolíticos (como o meprobamato), o ópio e certos estimulantes com efeitos sobre a corporalidade e por último os desorganizadores e organizadores das funções centrais da personalidade (alguns neurolépticos como a tioproperazina ou o LSD 25)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Mendes, F. - "Psicofarmacologia clínica". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LVIII. n.º 1195 (1965), p.14.

<sup>2</sup> Cf. Fernandes, B. - "Classement des effets psychopharmacodynamiques sur la personnalité et sur les syndromes psychopathologiques". *Encephale*. Vol. 2. (1965), pp. 155-173. Note-se que a classificação de psicofármacos estabelecida por Delay é uma das mais clássicas e importantes dos anos 60. Delay classifica os psicofármacos em psicolépticos ou psico-inibidores (que diminuem o estado de vigiância e a actividade mental) que por sua vez se subdividem em hipnóticos (indutores de sono, como os barbitúricos), neurolépticos (fenotiazinas, reserpina e butirofenonas) e tranquilizantes (como o meprobamato). A segunda classe da classificação de Delay são os psicoanalépticos ou psico-estimulantes que aumentam o tono emocional e a actividade psíquica. Dentro deste grupo incluem-se três subgrupos: os estimulantes da vigiância (de certo modo antagonistas dos hipnóticos), os estimulantes do humor ou timoanalépticos que actuam sobre o estado endotímico vital e outros estimulantes como a vitamina C, de efeito estimulante metabólico. O terceiro grupo diz respeito aos psicodislépticos ou psico-miméticos, como o LSD25 que mimetizam psicoses e que têm uma função sobretudo de utilidade na investigação de mecanismos de ação. Barahona Fernandes considera a classificação de Delay demasiado simplista, uma vez que se limita a dividir duas grandes categorias de fármacos, os estimulantes e os inibidores, sem grande referência às estruturas

Deste modo, a maioria dos fármacos atua sobre estruturas mais elementares da personalidade e da função psíquica, tendo uma atividade de modulação endotímica reguladora e de estabilização de instintos. Nas camadas mais profundas e elevadas, ou intelectuais, os efeitos serão menores ou pelo menos serão sentidos de forma indireta, não existindo uma modificação profunda. Esta é uma visão verdadeiramente utilitária dos efeitos dos medicamentos psicotrópicos – estes atuam camuflando ou normalizando síndromos anormais, mas a personalidade parece manter-se inalterada. É interessante concluir que o chamado efeito de “lobotomia química” (aliás já discutido pelo próprio Barahona Fernandes) não se aplica de todo a estes medicamentos, uma vez que não existe uma perturbação física de estruturas aberrantes do cérebro, mas antes uma influência positiva num conjunto de sintomas que advêm destas mesmas estruturas e processos. A psicofarmacologia assume de modo implícito ser uma farmacodinamia, que se estabelece de modo intrínseco com a personalidade.

Esta necessidade de experimentação humana com os psicofármacos levanta por seu turno outras questões – a da preparação técnica dos médicos e o aprimoramento dos ensaios nomeadamente através do uso de ensaios duplamente cegos. A seleção de grupos de teste e controlo é de importância vital neste processo.

Quanto à necessidade de educação médica para estes temas, Frago Mendez realça a ineficiência em termos de recursos humanos disponíveis:

“Muitos médicos não possuem a necessária experiência psicofarmacológica, clínica e terapêutica, sobretudo no que se refere à atitude crítica quanto à selecção dos novos fármacos. Julgamos que existe entre nós uma acentuada desproporção entre a enorme quantidade de drogas a ser estudadas e o número restrito de médicos habilitados a fazer uma apreciação correcta dos seus efeitos. (...) Quanto a nós, deve ser estimulada a participação dos estagiários de

---

de personalidade. Refira-se ainda a classificação de Henry Ey, que divide os psicofármacos em neuropsicodpressores (como os sedativos tradicionais, alcaloides, anticonvulsivos...), psicoanalépticos e antidepressores (que divide em timoanalépticos, estimulantes da vigília, psicotónicos, tónicos...). Sobre o assunto das diferentes classificações dos psicofármacos durante as décadas de 60 e 70 cf. Lopes, J.S - "Psicofármacos: sua classificação e características gerais". *Médico Policlínico*. n.º 8 (1978), pp. 38-44.

medicina na investigação dos novos fármacos dentro dos métodos actuais, com controle duplamente cego e outros”<sup>1</sup>.

A inovação dos laboratórios farmacêuticos neste período consiste também em sintetizar derivados das moléculas que provam ser eficazes. Assim, em pouco tempo surgem a procloropemazina, a proclorofenazina, a perfenazina, a mepazina e a sulfamidofenotiazina – todas substâncias derivadas da clorpromazina<sup>2</sup>. A estas novas moléculas juntam-se a tioridazina, a levomepromazina<sup>3</sup>, TPN<sub>12</sub><sup>4</sup>, butirilpiperazina, tioproperazina, trifluoperazina ou dixirazina.

Os derivados que surgem tentam minimizar aspetos nocivos do fármaco de base ao mesmo tempo que procuram efeitos novos e um maior poder terapêutico. Alguns deles acabam mesmo por ter uma longa vida de utilização, como a levomepromazina.

Com a crescente curiosidade em torno da nova disciplina, o interesse pela orgânica dos mecanismos de ação destes fármacos é inevitável. De uma forma natural, a psicofarmacologia torna-se, pelo menos em termos bioquímicos, em neuro-psicofarmacologia - a ideia de que os fármacos recentemente introduzidos exercem a sua ação através de modificações baseadas na transmissão ou concentração de mediadores neuroquímicos, os neurotransmissores. Está aberto o caminho para uma compreensão da etiopatogenia da doença mental.

Como refere Oliveira e Silva:

“O conhecimento dos resultados conseguidos com os medicamentos ‘psicótropos’, e o lugar de relevo que, em Psicofarmacologia, se atribuem às particularidades da estrutura química do córtex cerebral nos mecanismos de acção de tais compostos, constituem circunstâncias que

---

<sup>1</sup> Mendes, F. - "Psicofarmacologia clínica". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LVIII. n.º 1195 (1965), p. 4.

<sup>2</sup> Silva, J.d. - "A neuropsicofarmacologia e os novos rumos da psiquiatria". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 13. (1959), pp. 11-43.

<sup>3</sup> A levomepromazina, um derivado com elevado poder hipnótico, é bastante usada nas curas de sono.

<sup>4</sup> Molécula experimentada por Fragoso Mendes e Nunes Ferreira em 25 casos de esquizofrenia da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa, com resultados positivos em 23 dos esquizofrénicos. Cf. Mendes, F. - "Novas drogas psicotrópicas". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LIX. n.º 1201 (1966), 22 pp.

seriam de molde a tomarmos detido contacto com este aspecto do problema”<sup>1</sup>.

À data de descoberta dos novos fármacos, existem cinco substâncias neurotransmissoras conhecidas: a serotonina ou 5-hidroxitriptamina, acetilcolina, noradrenalina, o ácido  $\gamma$ -aminobutírico ou GABA e a substância P.

O antagonismo entre a serotonina e o LSD<sub>25</sub> está também estabelecido, bem como a demonstração de que unicamente os alcaloides da *Rauwolfia* que provocam uma depleção de serotonina no encéfalo produzem uma ação tranquilizante<sup>2</sup>. A invenção do espectrofotofluorómetro a meio da década de 50, um aparelho que permite a deteção de níveis de neurotransmissores e seus metabolitos no cérebro, assume igualmente um papel de destaque e abre um conjunto de possibilidades de investigação neurofarmacológica.

Será com a introdução dos neurolépticos e muito em particular da iproniazida e da imipramina, que o papel dos neurotransmissores ganha destaque, sendo que é a partir de estudos com estas novas drogas, que se formulam as primeiras teorias etiopatogénicas da doença mental, no início dos anos 60<sup>3</sup>:

“Thus, it could finally be demonstrated that psychotropic agents had the capacity to modify altered mental states, and that psychiatric disorders should no longer be filed under ‘Philosophy: alterations of the soul’<sup>4</sup>.

Através do antagonismo entre a serotonina e o LSD, a depleção de serotonina provocada pela reserpina e a observação de que os psicotrópicos provocam alterações em pessoas com doença mental, mas não em pessoas saudáveis abre caminho para o estabelecimento duma ponte que define que os efeitos dos psicotrópicos se processam a nível sináptico, modulando níveis de neurotransmissores.

---

<sup>1</sup> Silva, J.d. - "A neuropsicofarmacologia e os novos rumos da psiquiatria". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 13. (1959), p. 17.

<sup>2</sup> Cf. Brodie, B.A.; Shore, P.A. e Pletscher, A. - "Serotonin-releasing activity limited to Rauwolfia alkaloids with tranquilizing action". *Science*. Vol. 123. n.º 3205 (1956), pp. 992-993.

<sup>3</sup> Cf. López-Muñoz, F.; Assionb, H.; Álamo, C. et al. - "Contribución de la iproniazida y la imipramina al desarrollo de la psiquiatria biológica: primeras hipótesis etiopatogénicas de los trastornos afectivos". *Psiquiatria Biologica*. Vol. 14. n.º 6 (2007), pp. 217-229; López-Muñoz, F. e Álamo, C. - "Monoaminergic neurotransmission: the history of the discovery of antidepressants from 1950s until today". *Current Pharmaceutical Design*. Vol. 15. n.º 14 (2009), pp.1563-1586; F. López-Muñoz e C. Álamo - "Historical evolution of the neurotransmission concept". *Journal of Neural Transmission*. Vol. 116. n.º 5 (2009), pp.515-533.

<sup>4</sup> López-Muñoz, F. e Álamo, C. - "Monoaminergic neurotransmission: the history of the discovery of antidepressants from 1950s until today". *Current Pharmaceutical Design*. Vol. 15. n.º 14 (2009), p. 1573.

Com a entrada em cena da iproniazida, consegue-se estabelecer que este medicamento tem um efeito oposto ao da reserpina – a administração de reserpina reduz os níveis de serotonina e noradrenalina (premissa já estabelecida), enquanto que a iproniazida aumenta estes níveis.

A observação de que doentes tuberculosos tratados com iproniazida se apresentam eufóricos e que doentes hipertensos medicados com reserpina podiam desenvolver depressão, permite a dedução de que a inibição da monoaminoxidase provocada pela iproniazida produz um aumento de serotonina e noradrenalina que por sua vez resulta em euforia – está aberto o caminho para um entendimento da etiopatogenia da depressão através deste fluxo de neurotransmissores.

Os efeitos da imipramina e da reserpina são também estudados, embora neste caso os resultados não elucidem o mecanismo de ação de fármaco nem a sua influência na química cerebral<sup>1</sup>. No entanto, levam ao desenvolvimento de um derivado da imipramina, a desipramina, um metabolito desmetilado do fármaco original. Com a desipramina descobre-se que a reversão dos efeitos causados pela reserpina não ocorre em animais com uma depleção de catecolaminas (das quais a noradrenalina é um exemplo) causada pela administração de  $\alpha$ -metilparatirosina (AMPT), um antagonista da enzima tirosina-hidroxilase. No entanto, a prova posterior de que a administração de AMPT em doentes depressivos tratados com imipramina não anulava os efeitos do fármaco, provoca ainda mais confusão no mecanismo de ação do fármaco.

Surgem então duas teorias que tentam explicar o mecanismo de ação destes fármacos, e subseqüentemente o papel da química neuronal na gênese da depressão.

A hipótese catecolaminérgica, postulada por Joseph Jacob Schildkraut e publicada em 1965 defende que a depressão se origina numa diminuição de catecolaminas, especialmente a noradrenalina, na fenda sináptica. A hipótese serotoninérgica, postulada

---

<sup>1</sup> A imipramina na verdade antagoniza algumas das ações da reserpina, mas a extensão dos seus efeitos não pode ser verdadeiramente apreciada devido a algumas características da reserpina. “Mientras se buscaba una orientación para explicar la acción que desarrollaba el efecto de la imipramina, se observo que ésta antagonizaba y revertía la sedación, la hipotermia, la ptosis y la diarrea inducidas por la reserpina en la rata. Como la acción farmacológica de la reserpina no se limitaba a la depleción de noradrenalina y serotonina, sino también incluía efectos colinomiméticos, el efecto de la imipramina sobre el comportamiento inducido por la reserpina no contribuyó a desentrañar el mecanismo de acción del fármaco”. Ban, T. - “Psicofarmacología: el nacimiento de una nueva disciplina”. In: López-Muñoz e Álamo (eds.) *Historia de la psicofarmacología (Tomo II) - La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos*. Madrid: Editorial médica panamaericana, 2007. p. 592.

por Izyaslav P. Lapin e Gregory F. Oxenkrug em 1970<sup>1</sup> defende que a depressão é causada por um défice de serotonina em determinadas zonas do cérebro. Será também confirmado que tanto os antidepressivos tricíclicos como a terapia electroconvulsiva aumentam a eficiência da transmissão serotoninérgica.

Estas hipóteses abrem o caminho para a investigação e desenvolvimento de fármacos que, ao contrário da imipramina e da iproniazida, partem de premissas testadas e confirmadas e têm uma base de formulação direcionada e objetiva. Dá-se início ao “triunfo da política de desenho racional de psicofármacos”<sup>2</sup> – ao invés de surgirem novos medicamentos por serendipidade ou fortuita sorte, os novos antidepressivos são planeados extensivamente. A sistematização de linhas de investigação marcadas, impulsionada pelas descobertas neuroanatómicas e neurobiológicas, permite que o caminho de descoberta de novas moléculas seja feito de forma organizada e direcionada.

O primeiro destes antidepressivos é a fluoxetina<sup>3</sup>, um ISRS – inibidor seletivo de recaptção de serotonina. Desenvolvido pela farmacêutica Eli Lilly (de Indianapolis, EUA), tem a sua primeira publicação em 1974, chegando ao mercado em 1986 (na Bélgica), e sendo aprovada pela Food and Drug Administration em 1987. A descoberta da fluoxetina começa com a demonstração de que a clomipramina, um derivado da imipramina, consegue uma inibição bastante forte da recaptção da serotonina a nível cerebral, o que suporta a teoria serotoninérgica da depressão. Começa, assim, a pesquisa por moléculas capazes de inibir a recaptção da serotonina, mas sem os efeitos secundários dos antidepressivos tricíclicos (como a cardiotoxicidade). A 24 de Julho de 1972, o cloridrato de fluoxetina (nome de trabalho LY-110140) prova ser o mais potente dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina, numa série de compostos estudados por uma equipa da Eli Lilly. Apesar de um começo difícil, com alguma literatura a apontar efeitos secundários frequentes com o fármaco, a expansão da fluoxetina torna-se impressionante<sup>4</sup>, e por volta do início da década de 90 é um dos fármacos mais prescritos a nível mundial.

---

<sup>1</sup> No seguimento do trabalho da equipa de Arvid Carlsson, que em 1968 comprova pela primeira vez que os antidepressivos tricíclicos bloqueiam o *reuptake* de serotonina no cérebro.

<sup>2</sup> Cf. Engleman, E.; Wong, D. e Bymaster, F. - "Antidepressivos (III). El triunfo de la política de diseño racional de psicofármacos: descubrimiento de la fluoxetina e intrpducción clínica de los ISRS". In: López-Muñoz (ed.) *Historia de la psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos(Tomo II)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.

<sup>3</sup> Nome comercial Prozac.

<sup>4</sup> Sobre o impacto da fluoxetina na psiquiatria, indústria e sociedade em geral cf. Healy, D. - "Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression". New York University Press, 2004.

No seguimento da fluoxetina, inúmeros ISRSs aparecem no mercado, todos fruto de investigação de farmacêuticas – citalopram<sup>1</sup> (da Lundbeck, comercializado pela primeira vez em 1989), a fluvoxamina<sup>2</sup> (da Solvay, comercializado pela primeira vez em 1983), a paroxetina<sup>3</sup> (da AS Ferrosan, Novo Nordisk, comercializado pela primeira vez em 1991) e a sertralina<sup>4</sup> (da Pfizer, comercializado pela primeira vez em 1990). A partir dos anos 90, a pesquisa de novos antidepressivos pauta-se por linhas de investigação precisas, na tentativa de obter tempos de tratamento mais curtos e efeitos em doentes que não respondem aos antidepressivos existentes. No entanto, mesmo estes novos antidepressivos baseiam-se nas hipóteses catecolinérgicas e serotoninérgicas postuladas nos anos 60 e 70.

As novas famílias de antidepressivos são resumidas em 4 novas classes de medicamentos – os moduladores de recetores (como a nefazodona e a mirtazapina), os inibidores mistos de recaptção (como a venlafaxina), os inibidores seletivos de recaptção de noradrenalina (como a reboxetina) e os estimulantes seletivos da recaptção (como a tianeptina).

Também no caso dos antipsicóticos a química cerebral entra em discussão, embora mais tarde do que com os antidepressivos. Em 1957 Arvid Carlsson e a sua equipa da Universidade de Lund na Suécia, descobrem que a dopamina é um neurotransmissor cerebral. Em 1963, Carlsson e Margit Lindqvist demonstram que as concentrações cerebrais de dopamina variam com a administração de neurolépticos, nomeadamente a clorpromazina e o haloperidol – estes medicamentos bloqueiam os recetores de monoaminas, aumentando a concentração de metabolitos destas monoaminas. Por esta altura, comprova-se também que as anfetaminas, que pioram a sintomatologia psicótica, potenciam a ação da dopamina enquanto que a reserpina produz sintomas extrapiramidais através de uma depleção pré-sináptica. Em 1967, Van Rossum postula que os antipsicóticos atuam através da sua ação nos recetores da dopamina, e posteriormente estes recetores são identificados e claramente ligados à resposta antipsicótica. Em 1974, Solomon Snyder da Universidade Johns Hopkins propõe a teoria dopaminérgica da esquizofrenia. A teoria assenta em três pilares:

---

<sup>1</sup> Em Portugal, nome comercial Cipralex.

<sup>2</sup> Em Portugal, nome comercial Dumyrox.

<sup>3</sup> Em Portugal, nome comercial Seroxat.

<sup>4</sup> Nome comercial Zoloft.

“(a) excessive dopamine in the brain through the use of dopamine agonists (such as amphetamine) causes psychotic symptoms, (b) the blockage of dopamine receptors in the postsynaptic neurons through the use of antipsychotics (such as haloperidol) can improve psychotic symptoms, and (c) the brain of a schizophrenic patient has more dopamine receptors to bind dopamine ligand as compared to that of the normal control”<sup>1</sup>.

A teoria dopaminérgica da esquizofrenia também define que é o bloqueio dos recetores de dopamina<sup>2</sup> meso límbica que é responsável pelo efeito antipsicótico, enquanto que o bloqueio de outras vias específicas da dopamina é responsável pelo agravamento dos sintomas negativos e pelos graves efeitos secundários dos neurolépticos.

Surge a hipótese dopaminérgica “de la psicosis en general y de la esquizofrenia en particular”<sup>3</sup>.

Note-se que durante este tempo, a pesquisa por novos neurolépticos nunca parou, sempre na procura de um antipsicótico que pudesse resolver os constrangimentos da clorpromazina e do haloperidol.

E os constrangimentos são vários - eficácia parcial, percentagem significativa de doentes que não respondem ao tratamento, atuação dos fármacos sobretudo sobre os sintomas positivos da doença, recaídas, não prevenção ou reversão da doença e aqueles que serão os mais importantes - os graves efeitos extrapiramidais. Estes efeitos extrapiramidais, observáveis em quase todos os doentes sujeitos a medicação constituem-se como um dos mais poderosos efeitos negativos das novas drogas, incluindo acatasia aguda e crónica, distonia aguda e tardia, discinesia tardia e parkinsonismo.

Assim, do grupo das fenotiazinas surge a promazina ou a flufenazina, que pouco diferem da clorpromazina. A partir do haloperidol surgem inúmeros derivados de tioxantenos, difenilbutilpiperadinas e benzamidas, mas nenhum deles resolve o problema dos efeitos motores extrapiramidais.

---

<sup>1</sup> López-Muñoz, F.; Álamo, C.; Cuenca, E. et al. - "History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine". *Annals of Clinical Psychiatry*. Vol. 17. n.º 3 (2005), pp. 130-131.

<sup>2</sup> Comprovar-se-ia mais tarde que o bloqueio acontece a nível dos recetores D<sub>2</sub> dopaminérgicos. Todos os antipsicóticos bloqueiam este recetor.

<sup>3</sup> Meyer, J. e Leckband, S. - "Antipsicóticos (IV). El desarrollo de la clozapina y su papel en la conceptualización de la atipicidade antipsicótica: antipsicóticos atípicos.". In: López-Muñoz (ed.) *Historia de la psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos (Tomo II)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007, p.670.



Em 1958, a equipa de J. Schmutz e E. Eichenberger, da farmacêutica Wander, sintetizam uma série de compostos que esperam ter atividade antidepressiva. Alguns destes compostos têm efetivamente a atividade pretendida, mas uma série deles prova ter efeitos antipsicóticos. Um destes compostos é a clozapina (HF-1854).

A clozapina, um fármaco relativamente semelhante á clorpromazina, com atividade sedativa e adrenérgica difere desta num ponto muito importante – não parece provocar os efeitos extrapiramidais. No entanto, o seu uso fica seriamente comprometido, uma vez que a classe médica não parece particularmente deslumbrada pela eficácia deste medicamento e o relato de casos severos de agranulocitose como efeito secundário da administração de clozapina, relegam o novo fármaco para um papel secundário. No entanto o estudo deste medicamento prossegue, principalmente na Europa, com ensaios clínicos a mostrarem cada vez resultados mais promissores. Finalmente, o medicamento é lançado para o mercado em 1972, com o nome comercial de Leponex.

A clozapina torna-se, assim, o primeiro antipsicótico atípico (e seguindo a mesma lógica, a clorpromazina é o primeiro antipsicótico típico) <sup>1</sup>.

Os antipsicóticos atípicos diferem dos típicos em vários aspectos. No entanto a grande vantagem reside em três pontos chave – reduzida capacidade de provocar efeitos extrapiramidais, atuam sobre os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia e são eficazes em doentes que não respondem aos antipsicóticos típicos.

A atipicidade da clozapina não é facilmente compreendida, embora nas décadas de 70, 80 e muito especialmente 90, se tenham entendido as características deste medicamento em termos de afinidade para uma multiplicidade de recetores de vários neurotransmissores cerebrais que explicam o seu carácter atípico<sup>2</sup>. A seguir à entrada da clozapina, surge, portanto, uma variedade de antipsicóticos atípicos nos quais se incluem a olanzapina, a risperidona ou a quetiapina.

---

<sup>1</sup> Assim, os antipsicóticos típicos, também chamados de clássicos incluem por exemplo a clorpromazina, o haloperidol, a levomepromazina ou a flufenazina.

<sup>2</sup> No entanto, o a própria definição de atipicidade é discutida, muitas vezes sendo difícil chegar à conclusão sobre o que é um antipsicótico atípico. Cf. Meyer, J.M. e. Simpson, G.M - "From chlorpromazine to olanzapine: a brief history of antipsychotics". *Psychiatric Services*. Vol. 48. n.º 9 (1997), pp.1137-1139 e Crilly, J. - "The history of clozapine and its emergence in the US market: a review and analysis". *History of Psychiatry*. Vol. 18. n.º 1 (2007), pp.39-60.

A questão central da bioquímica dos neurotransmissores no mecanismo de ação dos fármacos e na etiopatogenia da doença mental não passa despercebida à comunidade médica portuguesa.

Já em 1955 em Portugal, os neurotransmissores começam a ser considerados como um dos elementos cruciais no tratamento e génese das doenças mentais. Segundo Afonso Guimarães:

“Uma outra intervenção nos fenómenos da actividade nervosa, na transmissão das mensagens nervosas, que começa a revestir aspectos de grande significado para a interpretação dos processos cerebrais, é a dos mediadores químicos do influxo nervoso, cujo estudo tem contribuído muito valiosamente para o esclarecimento de numerosas questões de ordem fisiológica, farmacológica, neurológica e patológica, e para a orientação terapêutica de variadas afecções, especialmente do foro nervoso”<sup>1</sup>.

Afonso Guimarães refere a importância das “adrenalinas” e da acetilcolina, cuja libertação vai “provocar os efeitos, quer de excitação, quer de inibição observados nos órgãos efectores, nas células reagente”<sup>2</sup>.

Também João José Guimarães se debruça sobre o mecanismo de ação dos novos fármacos, e a sua relação com os “mediadores químicos”, referindo que:

“A transmissão do influxo nervoso faz-se por mediação química, hoje aceite por quase todos, embora seja ainda um problema muito debatido. Os mediadores químico são considerados como sendo a acetilcolina para o parassimpático e a adrenalina (se bem que subsistam algumas dúvidas para esta) para o simpático”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Guimarães, J.A. - "Hormonas e mediadores químicos na actividade psíquica". *Imprensa Médica*. Vol. Ano XIX. n.º 9 (1955), p. 518. Cf. Ainda M. Guerra - "Fisiologia das emoções". *A Medicina Contemporânea*. n.º 71 (1953), p. 83.

<sup>2</sup> Guimarães, J.A. - "Hormonas e mediadores químicos na actividade psíquica". *Imprensa Médica*. Vol. Ano XIX. n.º 9 (1955), p. 518.

<sup>3</sup> Guimarães, J.L. - "Ganglioplégicos". *Arquivos do Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental*. Vol. 12. (1955), p. 166.

Elucidando ainda questões importantes sobre o modo como estes mediadores químicos intervêm numa transmissão sináptica que terá consequências posteriores, o autor evidencia que:

“Admitiu-se que a clorpromazina origina uma interrupção sináptica entre a cortical e o diencéfalo fazendo uma lobotomia farmacológica. Esta acção é contudo discutível”<sup>1</sup>.

No entanto, será esta interrupção do fluxo de mediadores que é responsável pelos vários efeitos do medicamento – “hipnóticos, anticonvulsionantes, antieméticos, antipiréticos, hipotermisantes e potencializadores dos analgésicos, dos anestésicos, dos hipnóticos e dos ganglioplégicos”<sup>2</sup>– sendo que sobre o sistema nervoso central a clorpromazina é claramente um agente depressor<sup>3</sup>.

Fragoso Mendes e Lopes do Rosário estudam o papel da serotonina em psicoses. A premissa que seguem, que de resto é a mesma que a comunidade internacional também estuda, é a de que variações na concentração de serotonina pode ser responsável pelo aparecimento de psicoses:

“O facto do LSD<sub>25</sub><sup>4</sup> dar transtornos psicóticos e ser, ao mesmo tempo, antagonista da serotonina, levou a pensar que as variações da sua concentração cerebral, podiam causar perturbações mentais que nas psicoses experimentais seriam devidas à diminuição e interferência das suas actividades”<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Guimarães, J.L. - "Ganglioplégicos". *Arquivos do Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental*. Vol. 12. (1955), p. 183.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Cf. ainda Silva, J.d.O.e. - "A neuropsicofarmacologia e os novos rumos da psiquiatria". Ibid. Vol. 13. (1959), pp. 11-43.

<sup>4</sup> Relembre-se que Fragoso Mendes já tinha, por esta altura, estudado o papel do LSD<sub>25</sub> nas psicoses. Cf. Mendes, F. - "Nota prévio sobre o emprego do L.S.D. 25 na produção de psicoses experimentais". *A Medicina Contemporânea*. n.º 74 (1956), pp. 565-570.

<sup>5</sup> Mendes, F. - "Papel da serotonina nas psicoses - apreciação crítica do seu significado". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), p. 49. Este estudo é precedido por um trabalho publicado em 1959 pelos mesmos autores e seguindo os mesmos parâmetros. Trabalham com 10 indivíduos normais, 19 esquizofrénicos, 8 maníaco depressivos, 6 alcoólicos e 10 doentes que padecem de psicose exógena. A excreção urinária do metabolito apresenta variações pouco significativas entre os grupos, levando os autores a afirmar que a relação entre a concentração de serotonina e as perturbações mentais não existe “L'examen des résultats obtenus dans chaque groupe nous révèle des petites altérations qui ne nous permettent pas d'être d'accord avec les auteurs qui affirment l'existence de différences significatives entre les valeurs obtenues chez des individus normaux et chez des individus souffrant de psychoses. Basés sur nos résultats il nous semble possible de conclure qu'il n'existe pas de relations étroites entre serotonine et perturbations mentales”. Cf.

Trabalham com 30 indivíduos normais e 70 psicóticos e estudam a eliminação do 5-hidroxiindolacético (produto de metabolização da serotonina). Dos 70 doentes psicóticos, 10 são tratados com um inibidor da monoaminoxidase (enzima que degrada a serotonina em 5-hidroxiindolacético). Os clínicos portugueses não encontram diferenças significativas na excreção do produto de degradação entre os dois grupos (normais e psicóticos), contrariando alguma da experiência obtida no estrangeiro.

No grupo de doentes tratados com o inibidor da enzima, observam, em alguns casos, um aumento de excreção do metabolito. Os resultados inconclusivos servem para guiar investigações futuras sobre a serotonina, defendem os autores.

Lopes da Silva assinala em 1963 que os “constituintes farmacologicamente activos do S.N.C.” incluem a acetilcolina, as catecolaminas e a 5-HT<sup>1</sup> (realçando também o papel de várias enzimas envolvidas na metabolização destas substâncias, como a monoaminoxidase) e outras substâncias, como o GABA. Ainda no campo de substâncias não confirmadas de forma indelével o autor elenca a substância P, a histamina e o ATP.

As relações entre estas aminas cerebrais e as doenças mentais são realçadas pelo autor:

“Foi sugerido que as propriedades psicomiméticas do LSD seriam derivadas do seu antagonismo no cérebro em relação ao 5-HT: e que portanto certos síndromes psiquiátricos que tinham alguma semelhança com o síndrome causado pelo LSD seriam também determinados por alterações da 5-HT ou substâncias do mesmo tipo; destas premissas concluiu-se que seria possível sintetizar drogas com estrutura química relacionadas com a daquelas substâncias, as quais poderiam ser agentes terapêuticos eficazes em psiquiatria”<sup>2</sup>.

No entanto o médico mostra-se cauteloso com esta postulação, defendendo que:

“Aquelas premissas não obtiveram até agora confirmação experimental e, deste modo, a hipótese serotoninica

---

Mendes, F. e Rosário, J.A.L.d. - "Signification et importance de la sérotonine en psychiatrie (quelques résultats)". *L'Encephale*. Vol. XLVIII. n.º 6 (1959), p. 507

<sup>1</sup> Serotonina – 5-hidroxitriptamina.

<sup>2</sup> Silva, F.H.L.d. - "Alguns aspectos da neurofarmacologia experimental". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LII. n.º 1082 (1963), p. 16.

explicativa de diversas anomalias psíquicas não se fundamenta de forma suficiente”<sup>1</sup>.

Seguindo o raciocínio anterior, o autor explica que, fruto de provas experimentais em laboratório, está confirmado que “a sedação causada pela reserpina está relacionada com a diminuição de 5-HT no cérebro”<sup>2</sup>.

O que o médico propõe é que se estude então “a que corresponde, sob o ponto de vista do comportamento, um excesso de 5-HT no cérebro”<sup>3</sup>. Para este estudo, o autor considera que as novas drogas, muito especialmente os IMAOs, são umas das melhores armas de que a psiquiatria dispõe. No entanto Lopes da Silva alerta para muitas experiências com resultados contraditórios, e muitas teorias que surgem para imediatamente depois serem obliteradas, lembrando que:

“Julgamos ser possível concluir que o desenvolvimento da neurofarmacologia tem tido o mérito de estimular a perspectiva biológica em psiquiatria. Muitas contradições que se têm levantado neste campo provêm, em nossa opinião, da incompreensão mostrada por investigadores de especialidade diversas – desde a psiquiatria à química orgânica – pelos métodos uns dos outros. Nota-se também que uma certa impaciência por encontrar teorias interpretativas tem prejudicado a análise segura e rigorosa dos dados experimentais”<sup>4</sup>.

Fragoso Mendes realça o aspeto dos inúmeros derivados que vão surgindo a partir das drogas originais. O médico destaca o papel dos derivados das fenotiazinas – a

---

<sup>1</sup> Silva, F.H.L.d. - "Alguns aspectos da neurofarmacologia experimental". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LII. n.º 1082 (1963), p. 16.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 17.

<sup>3</sup> Silva, F.H.L.d. - "Alguns aspectos da neurofarmacologia experimental". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LII. n.º 1082 (1963), p. 16.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 20.

tioridazina<sup>1</sup>, a levomepromazina, o TPN<sub>12</sub><sup>2</sup>, a butilpiperazina<sup>3</sup>, a tioproperazina e a trifluoperazina. Também refere o haloperidol e o triperidol. Quanto aos fármacos antidepressivos, refere que os que têm usado com mais frequência na sua experiência na Clínica Psiquiátrica incluem a iproniazida, a nialamina, a fenalzina, a amitriptilina, a nortriptilina, a trimepramina e a desmitilimipramina<sup>4</sup>.

É também Frago Mendes que se debruça sobre a questão da etiopatogenia bioquímica da esquizofrenia, definindo três hipóteses para a mesma. O autor realça, no entanto, que nenhuma destas três teorias pode ser considerada definitiva, pois os estudos que suportam as teorias, alguns internacionais, outras realizados na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, não trazem esclarecimentos concretos face ao problema de estudo.

Ainda assim, o autor elenca então três possibilidades da etiopatogenia da esquizofrenia – a hipótese indolamínica, a hipótese catecolamínica (dependente do

---

<sup>1</sup> O autor refere que a tioridazina é o medicamento mais usado em Portugal nas curas de sono por esta altura.

<sup>2</sup> Este medicamento parece ser dos mais estudados a nível nacional, dentro da vaga das substâncias derivadas da clorpromazina. Sobre este medicamento, Frago Mendes refere que já o experimentou, juntamente com Nunes Ferreira, em 25 casos de esquizofrenia da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa. O autor refere que o fármaco apresenta uma atividade bastante boa, com poucos efeitos secundários, obtendo 18 casos de remissão, 5 melhorias e 2 doentes em que não foi observado qualquer efeito. Cf. também Mello, M.L.M.d.; Mendonça, M.M. e Gomes, F. - "Ensaio clínico dum novo neuroléptico: TPN<sub>12</sub>". *Jornal do Médico*. Vol. LXIV. n.º 1301 (1967), pp. 961-969. Os autores ensaiam o TPN<sub>12</sub> em 50 doentes internados no Hospital de Sobral Cid. As suas experiências começam em 1965. Usam o medicamento quer sobre a forma de comprimidos quer sobre a forma de ampolas para injeção intramuscular. Obtêm resultados muito bons em 35 doentes, sem nenhum agravamento e apenas com 3 doentes que não respondem ao medicamento. Observam, no entanto, efeitos secundários em 37 dos doentes, incluindo 8 com acatisia e taquicínésia. No entanto, o medicamento prova o seu valor, uma vez que atua em doentes que não tinham previamente respondido a outros tratamentos com neurolépticos, eletrochoque e insulinoterapia. Cf. ainda Mendes, F. e Ferreira, T. - "Étude comparée de l'action du TPN<sub>12</sub> et du KS33 dans le traitement des psychoses endogènes". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. XIX. n.º 16 (1967), pp.71-75.

<sup>3</sup> O autor refere que pela sua experiência, a butilpiperazina permite remissões espetaculares em doentes muitas vezes internados já há anos, alertando, no entanto, para os frequentes efeitos secundários da droga.

<sup>4</sup> A desmitilimipramina já tinha sido aliás estudada em Portugal. Barahona Fernandes e José Maia experimentam com o novo fármaco referindo que a psicofarmacologia permitiu abrir novos horizontes na terapêutica psiquiátrica. Falando das depressões endógenas, os médicos referem que "a psicoterapia, qualquer que fosse, só a muito custo e lentamente – a favor de evolução espontânea para a remissão – conseguia penetrar nestes estados de tipo endógeno" sendo que os novos fármacos têm nestes casos "o papel mais forte e basilar; a acção psicológica e espiritual é, porém, fecho imprescindível da abóbada terapêutica". Os médicos experimentam a desmitilimipramina em dois ensaios – um ensaio clínico piloto com 12 doentes e um ensaio controlado com placebo em 18 doentes. A desmitilimipramina revela ter uma ação mais rápida, mas menos eficaz que a imipramina, sendo que os médicos recomendam o seu uso eletivo, em determinados casos, podendo associar-se com terapias convulsivas. Recomendam ainda que a desmitilimipramina deve ser chamada de eutimizante e não timoléptico, pelo seu efeito regulador do humor. Cf. Maia, J. e Fernandes, B. - "Terapêutica das depressões: experiência clínica com a desmetilimipramina". *O Médico*. Vol. XXIX. n.º 643 (1963), pp. 766-780.

metabolismo da epinefrina e norepinefrina) e a hipótese da esquizofrenia ser uma doença autoimune<sup>1</sup>.

Também a etiopatogénese da depressão é revista, sendo que Mário de Jesus Augusto conclui, já perto da década de 90, que:

“As hipóteses bioquímicas precursoras, como a da noradrenalina e da serotonina, revelaram-se demasiado simplistas à luz da investigação mais recente, tendo sido substituídas por hipóteses mais complexas – de igual modo controversas – que envolvem interacções de neurotransmissores e mecanismos dinâmicos ao nível dos receptores sinápticos”<sup>2</sup>.

A produção científica portuguesa não se fica apenas pelo campo mais teórico das novas possibilidades neuroquímicas conquistadas pelos medicamentos. A experiência com os novos derivados e medicamentos que vão surgindo fruto da investigação laboratorial e clínica são alvo de extensos estudos por parte dos clínicos portugueses. Nota-se que os clínicos portugueses estão excitados com os novos fármacos e ao mesmo tempo pretendem estabelecer premissas essenciais: em que doentes atuam? Quais os efeitos secundários encontrados? Onde existe maior benefício? Será que os novos fármacos podem substituir os velhos métodos de tratamento?

As questões são muitas, mas os trabalhos de pesquisa e investigação dos médicos portugueses parecem ser ainda mais.

---

<sup>1</sup> Cf. Mendes, F. - "Algumas hipóteses bioquímicas da esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVIII. n.º 1664 (1975), pp.435-441. Cf. ainda Polónio, P. - "Tratamentos prolongados pelos psicofármacos". *O Médico*. Vol. 112. n.º 1730 (1985), pp. 324-330; Polónio, P. - "Metodologia dos tratamentos pelos psicofármacos e interferências dos neurotransmissores e psicofármacos". *O Médico*. Vol. 119. n.º 1909 (1988), pp. 552-558; Vieira, R.X. - "Breve revisão sobre aspectos bioquímicos na esquizofrenia". *Ibid.* Vol. 127. n.º 2072 (1992), pp. 36-42.

<sup>2</sup> Augusto, M.d.J. - "Etiopatogénese da depressão (mecanismos psicológicos e personalidade)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXVI. n.º 2294 (1989), p. 32. Cf. ainda Droux, A. - "Depressão e neurotransmissão serotoninérgica". *Espaço Médico*. n.º 41 (1983), pp. 2-8.

Destaquem-se as investigações relativas aos derivados das fenotiazinas<sup>1</sup>, ao NC123<sup>2</sup>, ao Adumbran<sup>3</sup>, ao Luvatrène (metilperidol, um derivado do haloperidol)<sup>4</sup>, ao Sulpiride<sup>5</sup>, à clorimipramina (um derivado da imipramina)<sup>6</sup>, à maprotilina<sup>7</sup>, ao viloxazine<sup>8</sup>, ao Lorazepam<sup>9</sup>, ao Oxazepam<sup>10</sup>, à fluvoxamina<sup>11</sup> e à clozapina<sup>12</sup>.

---

<sup>1</sup> Cf. Leitão, J.G. - "Des résultats de l'application de quelques drogues récentes". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), pp. 68-79; Seabra-Dinis, J. e Branco, M.H.C. - "Essai clinique de quelques nouveaux médicaments en psychiatrie". *Ibid.* pp. 80-88.

<sup>2</sup> Cf. Silva, P.S.e. - "Um ensaio clínico com o NC 123". *Coimbra Médica*. Vol. XIV. (1967), pp. 691-696.

<sup>3</sup> Cf. Gomes, J.B. - "A angústia e seu tratamento. Ensaio clínico com o Adumbran". *Jornal do Médico*. Vol. 75. n.º 1470 (1971), pp. 214-216.

<sup>4</sup> Cf. Fernandes, B. - "Síntese do colóquio - O Luvatrène como neuroléptico". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4 e 5 (1968), pp. 306-320; Figueiredo, A.B.d. - "Duas observações clínicas a propósito do Luvatrène". *Ibid.* pp. 266-270; Meireles, A.C. - "Haloperidol e metilperidol (Luvatrène). Suas diferenças a propósito dum caso clínico". *Ibid.* pp. 302-305; Tabora, M. - "O "Metilperidol" (Luvatrène) em neuropsiquiatria infantil". *Ibid.* pp. 271-274.

<sup>5</sup> Cf. Diniz, R. e Rocha, J.P.d. - "O Sulpiride, novo psicofármaco no tratamento das psicoses e das neuroses". *Ibid.* Vol. XXI. n.º 2 (1971), pp. 87-101; - "O sulpiride no 5º Congresso Mundial de psiquiatria". *Ibid.* Vol. XXII. n.º 1 (1972), pp. 63-69.

<sup>6</sup> Cf. Fonseca, A.F.d. e Rodrigues, C. - "Clorimipramina e funções psicológicas". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1575 (1973), pp. 953-954; Gil M.T. - "Observações psicopatológicas com clorimipramina". *Ibid.* n.º 1576 pp. 1019-1025; Sousa, M.P.d.; Lopes, J.S. e Cardoso, J.N. - "A clorimipramina no tratamento das depressões". *Ibid.* n.º 1577 pp.1073-1085.

<sup>7</sup> Cf. Sousa, M.P.d.; Lopes, J.S.; Figueira, L. et al. - "Análise da sintomatologia depressiva e sua evolução sob efeito da Maprotilina". *Ibid.* Vol. XCIII. n.º 1733 (1977), pp.153-160; Sousa, M.P.d.; Lopes, J.S.; Vieira, C.R. et al. - "Avaliação dos efeitos terapêuticos de uma dose única diária de Maprotilina". *Ibid.* Vol. XCVII. n.º 1805 (1978), pp.804-808; Serra, A.V.; Ponciano, E.; Relvas, J. et al. - "Análise da acção da mianserina e da maprotilina na condutibilidade cardíaca". *Psiquiatria Clínica*. n.º Suplemento 2 (1982), pp.256-261; Serra, A.V.; Ponciano, E.; Relvas, J. et al. - "Comparação do efeito anti-depressor da mianserina com a maprotilina: resultado de um ensaio duplamente cego". *Ibid.* n.º Suplemento 2 (1982) pp.243-255.

<sup>8</sup> Cf. Mendes, F. e Figueira, M.L. - "Novo psicótropo (viloxazine) no tratamento dos síndromos depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XCII. n.º 1722 (1976), pp.293-295.

<sup>9</sup> Cf. Fernandes, B.; Caldeira, C.; Baptista, F. et al. - "Estudo clínico do Lorazepam". *Revista Portuguesa de clínica e terapêutica*. Vol. I. n.º Suplemento ao número 3 (1975), 19 pp.

<sup>10</sup> Cf. D'Almeida, J.A.B.; Machado, M.A. e Bessa, J.S. - "Estudo clínico controlado dos efeitos terapêuticos da associação oxazepam-brometo de ambutónio (Sedioton)". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVIII. n.º 1661 (1975), pp. 344-346.

<sup>11</sup> Cf. Palha, A.P.; Droux, A.; Peixoto, B. et al. - "Ensaio aberto de Fluvoxamina em doentes depressivos com queixas psicossomáticas (estudo clínico multicêntrico)". *Ibid.* Vol. CXXXV. n.º 2291 (1988), pp. 656-659.

<sup>12</sup> Cf. Mendes, F. - "Efeito antipsicótico do HF 1854 (Clozapina) em doentes do grupo da esquizofrenia - Nota preliminar". *Ibid.* Vol. LXXXVIII. n.º 1660 (1975), pp. 305-307.



Destaquem-se também os trabalhos laboratoriais subordinados à quantificação e doseamento de clorpromazina e reserpina<sup>1</sup> e à observação de efeitos secundários com os neurolépticos<sup>2</sup>.

A clorimipramina e a clozapina parecem em particular ter despertado o interesse dos médicos e clínicos portugueses.

A clorimipramina é um derivado da imipramina desenvolvido em 1964 pela Ciba-Geigy.

Prova ser um dos antidepressivos tricíclicos mais resistentes e de maior utilidade – a OMS inclui-a na lista de medicamentos essenciais.

Em Portugal, Paes de Sousa, Souto Lopes e Neves Cardoso experimentam o novo fármaco, sem antes dedicarem algumas linhas à confusão nosológica que existe na classificação das depressões<sup>3</sup> e sobre importância da nova farmacologia na relação doente e médico:

“Mas não foram só os critérios nosológicos que constituíram dificuldade. A apreciação correcta de um psicofármaco esbarra com o facto de indubitavelmente, a pessoa-médico constituir-se como terapêutica, assumida como mais ou menos conscientemente, pelo doente; por outro lado, esse doente está em relação dinâmica com o médico e, portanto, com tudo o que de tal figura lhe vem, o que implica reacções psicopatológicas que não serão as objectiváveis do próprio medicamento; ainda que assim não fosse ao tomar a droga, a personalidade do doente entra necessariamente

---

<sup>1</sup> Cf. Lopes, M. e Leal, A.M. - "Alguns métodos novos de doseamento da clorpromazina em preparados farmacêuticos". *Revista Portuguesa de Farmácia*. Vol. VIII. n.º 1 (1958), pp. 14-18; - "Solução injectável de cloridrato de clorpromazina a 0.5% (Ficha Galénica)". *Boletim da Faculdade de Farmácia - Notícias Farmacêuticas*. Vol. Ano XXXVIII. n.º Fascículo I-II-II (1972), 2 pp; - "Elixir de reserpina (Ficha Galénica)". *Boletim da Faculdade de Farmácia - Notícias Farmacêuticas*. Vol. Ano XXXVIII. n.º Fascículo IV-V (1972), 2 pp; - "Xarope de prometazina (Ficha Galénica)". *Boletim da Faculdade de Farmácia - Notícias Farmacêuticas*. Vol. Ano XXXIX (1973). n.º Fascículo I-II-III-IV-V (1973-1974), 1 p.

<sup>2</sup> Cf. Araújo, F.d.C. - "Um caso de intoxicação pela clorpromazina durante o tratamento de um doente com tétano grave". *Jornal do Médico*. Vol. XLIX. n.º 1035 (1962), pp.676-679; Azevedo, J.J.F.A.d. - "Um caso de síndrome maligno dos neurolépticos (algumas considerações sobre diagnóstico, etiopatogenia e terapêutica)". *Ibid.* Vol. CXII. n.º 2034 (1983), pp. 776-787.

<sup>3</sup> A questão nosológica pós-farmacologia será discutida em capítulo posterior, no entanto é conveniente indicar que apesar dos médicos referirem a recente classificação proposta por Barahona Fernandes, Pedro Polónio e Seabra Dinis, que adapta o ICD-8 a Portugal, optam por trabalhar com a nosologia correntemente empregue para a depressões na clínica Psiquiátrica do Hospital de Santa Maria, onde realizam o estudo que se descreve.

em jogo, de modo tal que, aos efeitos respeitantes e específicos do psicofármaco vão-se somar os modos como o doente vivencia tais efeitos”<sup>1</sup>.

Os médicos experimentam a clorimipramina em 26 doentes: 9 casos de depressão endógena, 7 de depressão reativa, 3 de depressão sintomática, 3 de depressão neurótica, 3 de depressão de involução e 1 caso de depressão com fundo de neurose obsessiva. Todos os doentes haviam já sido medicados com outros antidepressivos, mas sem sucesso terapêutico. Na maioria dos casos a clorimipramina é administrada de modo isolado, em perfusão (nos casos urgentes) ou em forma oral. No entanto, casos mais graves têm a associação de ansiolíticos e hipnóticos.

Os autores concluem elogiando a eficácia do novo fármaco:

“Se tivermos em consideração o modelo teórico da personalidade em situação proposto por Barahona Fernandes<sup>2</sup>, somos levados a concluir que a clorimipramina actua incisivamente e com rapidez de acção nos sintomas que estão relacionados com as instâncias da corporalidade e do fundo endotímico-vital(...). Como já dissemos, a acção da clorimipramina sobre a actividade, nas suas várias formas, é bastante positiva, tanto no que respeita a eficácia como no que respeita a rapidez e chamamos mesmo a atenção para o facto de termos observado, após algumas semanas de terapêutica, doentes eufóricos, mas nunca maniformes”<sup>3</sup>.

Num outro estudo sobre a clorimipramina, Teresa Gil apresenta a sua experiência com 60 casos. A nosologia de classificação das depressões é diferente da apresentada anteriormente, sendo que a médica usa a clorimipramina também em casos de ansiedade, psiconeurose senil, epilepsia com depressão e doença obsessiva leucotomizada. As terapêuticas, em perfusão, duram em média 15 dias, com casos a chegarem aos dois meses. Os resultados no geral são bons, mas admite-se que numa maioria dos casos existe terapêutica concomitante, como ansiolíticos, neurolépticos e outros antidepressivos. 6 dos

---

<sup>1</sup> Sousa, M.P.d.; Lopes, J.S. e Cardoso, J.N. - "A clorimipramina no tratamento das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1577 (1973), p. 1073.

<sup>2</sup>Cf. Fernandes, B. - "Um modelo teórico da personalidade em situação como ordenador da psiquiatria clínica". *Ibid.* Vol. LXI. n.º 1243 (1966), pp. 625-644.

<sup>3</sup> Sousa, M.P.d.; Lopes, J.S. e Cardoso, J.N. - "A clorimipramina no tratamento das depressões". *Ibid.* Vol. LXXXII. n.º 1577 (1973), p. 1085.

casos não respondem à terapêutica e outros 3 têm de interromper o tratamento por efeitos secundários, nomeadamente retenção urinária. Um dos casos em que não houve resposta terapêutica é exatamente o do doente leucotomizado<sup>1</sup>.

Um dos estudos mais interessantes feitos com a clorimipramina é o realizado por Fernandes da Fonseca e Custódio Rodrigues. Os médicos comparam dois grupos de 6 doentes cada: um grupo sujeito a terapêutica com electrochoques (a que chama de clássica), sob anestesia com tiopental e relaxamento muscular pela succinilcolina e outro grupo tratado com clorimipramina em doses de 50 a 100 miligrama diários, associada a piridozina. A finalidade do estudo é a de avaliar funções psicológicas em doentes deprimidos, neste caso, a memória a curto prazo, memória a longo prazo, aprendizagem espacial e psicomotricidade.

Mais uma vez, a nosologia empregue é diferente das referidas até agora, com os médicos a dividirem as depressões em simples, hipocondríacas, ansiosas ou endoreactivas.

Os resultados são promissores. Os médicos admitem que:

“Resumindo, poderíamos concluir que a observação destes resultados sugere que o tratamento com clorimipramina poderá apresentar alguma vantagem sobre o tratamento com electrochoque no que respeita às varias fases da memoria, tornando-se essa vantagem muito evidente se atentarmos nos efeitos da terapêutica sobre a aprendizagem espacial.(...)Por outro lado, os resultados clínicos deste limitado grupo de doentes mostram-se a favor de que a indicação terapêutica do electrochoque parece continuar a ser mais vantajosa naquelas situações clínicas em que à depressão se associa uma marcada componente ansiosa”<sup>2</sup>.

Já sobre a clozapina, o novo antipsicótico atípico, Fragoso Mendes experimenta-a (ainda sobre o nome HF 1854) num grupo de doentes esquizofrénicos. Sobre o novo medicamento, o médico reconhece ser uma inovação, referindo que:

“Trata-se de uma substância muito diferente, do ponto de vista químico, de todos os outros neurolépticos, um derivado da

---

<sup>1</sup> Cf. Gil, M.T. - "Observações psicopatológicas com clorimipramina". Ibid.n.º 1576 pp. 1019-1025.

<sup>2</sup> Fonseca, A.F.d. e Rodrigues, C. - "Clorimipramina e funções psicológicas". Ibid.n.º 157, p. 954.

dibenzodiazepina, com uma cadeia lateral do metilpiperazinilo. (...). Resumindo, podemos considerar este fármaco como um sedativo de acção hipnagógica, que produz redução da excitação emocional e psicomotora, quando utilizado em doses elevadas e, simultaneamente, uma forte acção anti-psicótica”<sup>1</sup>.

O médico trabalha com um grupo de 30 doentes, com diagnósticos de esquizofrenia, psicose delirante aguda e reacções paranoides. Administra-lhes clozapina numa dose diária de 100 mg (em média) durante 40 dias, reduzindo-se posteriormente a dose para 50 mg até se perfazerem 60 dias.

Os resultados são promissores. Frago Mendes refere que o fármaco parece ser extremamente benéfico mesmo nos casos de esquizofrenia crónica, atuando de forma abrangente num grande espectro de doenças, salientando a possibilidade dos doentes, mesmo aqueles confinados a um internamento hospitalar poderem voltar a casa e à sua adaptação social, profissional e familiar.

---

<sup>1</sup> Mendes, F. - "Efeito antipsicótico do HF 1854 (Clozapina) em doentes do grupo da esquizofrenia - Nota preliminar". Ibid. Vol. LXXXVIII. n.º 1660 (1975), p. 305.



## **CAPÍTULO IV. EFEITOS SÓCIO-INSTITUCIONAIS DA PSICOFARMACOLOGIA - O CASO PORTUGUÊS**

## **1. Mudanças ideo-sociais face à psicofarmacologia**

A introdução dos psicofármacos não provoca unicamente mudanças visíveis a nível clínico, de tratamento ou de investigação. Uma das questões mais prementes levantadas pela introdução da psicofarmacologia reside, num plano mais abrangente, na introdução de novas questões sociais e de debate entre clínicos, órgãos legislativos, prestadores de saúde e sociedade em geral.

Não será a psicofarmacologia a única causa para um conjunto de mudanças que se operam na psiquiatria dos anos 60 e 70 do século XX, como aliás se discute neste capítulo. No entanto, as consequências da medicalização da psiquiatria constituem-se por certo como motores da mudança que se observa na transição de uma psiquiatria moldada no tratamento para uma psiquiatria preventiva, integradora e recuperadora de várias camadas do indivíduo e da sociedade. Subordinada a constrangimentos políticos, económicos, históricos e sociais, a psiquiatria portuguesa encontra nas recém-descobertas moléculas, razão para evoluir e se transmutar a um nível mais abrangente, com consequências reais mais ou menos imediatas.

A psiquiatria ganha por alturas da década de 50 e 60 uma componente notoriamente social. As discussões centradas na semiologia médica psiquiátrica adquirem uma componente mais abrangente, que pretende englobar a sociedade não só como causadora de doença mental, mas como ambiente proveta de soluções e possibilidades que podem e devem ser integradas e estudadas para uma melhor compreensão do papel do homem no mundo. Será a forma mais ou menos harmoniosa de integração social, profissional e económica do homem na sociedade que dita a sua paz de espírito, que guia a sua espiritualidade e consequentemente a sua saúde mental.

A questão da saúde mental é aliás um tema de debate aceso e profícuo em matéria de novidades e novas questões que se colocam.

A crescente industrialização moderna, os papéis da família, da carreira, do ambiente são apontados como fatores chave que definem o papel do homem moderno e que são agentes provocadores de mudança e de desequilíbrio.

É interessante pois que as fronteiras da psiquiatria, confinadas de forma implícita ao “manicómio”, aos “loucos”, aos que não encontram “paz de espírito” se esbatam de

forma clara quando se entra em meados do século passado. O processo aliás começa muito antes, mas uma verdadeira discussão articulada de como o meio ambiente se declara de forma ostensiva enquanto agente causal de saúde (ou falta dela) na psiquiatria toma forma nestas décadas. De certo modo, surge a clara noção de que a doença mental não tem como característica fundamental um qualquer fado que de forma inevitável se abate sobre uma pessoa. Pelo contrário, adquire-se a noção de que qualquer pessoa pode sofrer um revés social, ambiental ou profissional que implique a saúde mental. Deste modo, a atuação do psiquiatra não se deve centrar de modo único no tratamento – deve centrar-se na prevenção.

Conhecendo-se os agentes causais que rodeiam o homem – o seu trabalho, a escola, a família, a economia, as migrações, a tecnologia – pode e deve-se atuar de forma a prevenir que este conjunto de elementos potencialmente nocivos se harmonizem e não provoquem uma quebra na homeostasia pessoal.

A sociedade é, pois, um *pool* de problemas, mas ao mesmo tempo de hipóteses de intervenção que devem ter no cerne o indivíduo, guiado pelo psiquiatra e por uma equipa de especialistas que primam pela manutenção de um estado de saúde.

A psiquiatria torna-se uma disciplina médica de intervenção pública. Como tal, a legislação muda e os hospitais psiquiátricos integram-se numa continuidade com outras especialidades médicas surgindo a psiquiatria de sector e a psiquiatria de ligação ou mais recentemente a psiquiatria comunitária. Discute-se de forma acesa questões ligadas ao problema da assistência aos doentes mentais – de que forma a sociedade deve atuar para acudir àqueles que mais necessitam de ajuda? Torna-se, assim, necessário conhecer o cenário de assistência a estes doentes até este ponto.



## 2. O valor da Lei Flores (1945) à luz de meio século de assistência psiquiátrica em Portugal

É comumente descrito que o movimento de assistência psiquiátrica em Portugal tenha começado por volta do ano de 1539<sup>1</sup>, sendo os “loucos” admitidos no Hospital de Todos os Santos<sup>2</sup>. O tratamento destes doentes fica ao encargo do padre Pedro Fernandes Gouveia, capelão do rei D. João III:

“O Padre Gouvêa, além do encargo de tratar os doidos, passava a desempenhar as funções de cura do Hospital, o que não é de admirar, conhecido o carácter absolutamente religioso das instituições hospitalares destas épocas”<sup>3</sup>.

Passar-se-iam vários séculos até à fundação do primeiro hospital de alienados, o Hospital de Rilhafoles, em 1848. A primeira metade do século XX constituiu-se, assim, como um ponto de viragem no que à psiquiatria portuguesa concerne. Após anos de desfazamento em relação ao estado de arte internacional, as primeiras décadas do século passado são uma altura de fervilhantes novidades e avanços.

A assistência psiquiátrica aos doentes mentais torna-se um assunto de primeira importância, assistindo-se à publicação de várias leis que visam a organização, o melhoramento, a reabilitação e a atualização de um campo até então relativamente ostracizado.

Legislações publicadas em 1851, 1889, 1896 e 1911 vêm trazer algumas alterações necessárias á vida assistencial psiquiátrica do país, no entanto como nota Almeida Amaral:

---

<sup>1</sup> Cf. Polónio, P. - "A Ordem de S. João de Deus na assistência psiquiátrica". *Acção Médica*. Vol. Ano XV. n.º 58-59 (1950-51), pp.355-368. Pedro Polónio aponta o ano de 1409 como o início da assistência psiquiátrica na Europa. Muito por obra do português S. João de Deus, surge em Espanha o manicómio de Valença, o primeiro fundado no mundo.

<sup>2</sup> Ao Hospital de Todos os Santos sucede o Hospital de S. José. Neste hospital os doentes mentais eram acomodados em camas de palha, apesar de o espírito que imbuía o tratamento ter um fundo de caridade e amor pelo próximo, contrastando com o que se passava noutros países. A este respeito Cf. Amaral - "Assistência psiquiátrica. Princípios e realizações". *Separata do Boletim da Assistência Social*. n.º 107-110 (1953), 31 pp.

<sup>3</sup> Santos, C. - "A primeira notícia sobre tratamento de alienados em Portugal". *Arquivos da História da Medicina Portuguesa*. n.º 1 (1920), pp. 49-56.

“Elas não corresponderam aos bons desejos que as inspiraram, e assim a assistência aos doentes mentais havia chegado a uma situação de apavorante inferioridade, em contraste com a situação verificada noutros sectores, como consequência da obra de valorização nacional desenvolvida nos últimos anos”<sup>1</sup>.

A incapacidade destas leis em produzir os bons resultados notados por Almeida Amaral não inviabiliza a importância simbólica e catalisadora que representam. A Lei de 4 de julho de 1889 institui a construção de novos estabelecimentos e de um fundo de beneficência pública dos alienados<sup>2</sup>. O decreto de 11 de maio de 1911<sup>3</sup> proporciona à “assistência psiquiátrica a sua verdadeira impulsão”<sup>4</sup>, materializando-se numa reforma que acentua a regulação de internamento de doentes mentais e institui a criação de cadeiras de psiquiatria em Lisboa, Porto e Coimbra<sup>5</sup>.

Será com a Lei 2006, a chamada Lei Flores<sup>6</sup> ou Lei da assistência psiquiátrica que Portugal apresenta um verdadeiro progresso na matéria em questão. Aprovada a 11 de

---

<sup>1</sup> Amaral, A. - "Assistência psiquiátrica. Princípios e realizações". *Separata do Boletim da Assistência Social*. n.º 107-110 (1953), p.4.

<sup>2</sup> Cf. Pichot, P. e Fernandes, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984. António Maria de Senna (1845-1890) é uma figura incontornável da psiquiatria portuguesa. Foi o primeiro diretor do Hospital Conde de Ferreira, sendo o seu trabalho responsável pela lei de 1889, a primeira lei portuguesa sobre a assistência psiquiátrica, também conhecida, justamente, como Lei Senna.

<sup>3</sup> Júlio Xavier de Matos (1856-1922) é o principal responsável pela promulgação do decreto de 1911. Um dos mais importantes psiquiatras portugueses do século passado, é responsável pela publicação de “Manual de Doenças Mentais”, primeira obra direcionada ao ensino da psiquiatria em Portugal. Foi diretor do Hospital Conde de Ferreira e de Rilhafoles (que em 1911 se passa a designar de Manicómio Bombarda), cargo que começa a exercer em 1911. Foi igualmente o primeiro professor da cadeira de psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

<sup>4</sup> Fernandez-Zoila, A.- "L'assistance psychiatrique au Portugal". *L'evolution psychiatrique*. n.º 1 (1959), p. 157.

<sup>5</sup> O ensino de psiquiatria inicia-se assim no Manicómio Bombarda (Lisboa), no Hospital do Conde de Ferreira (Porto) e no Hospital da Universidade de Coimbra (Coimbra).

<sup>6</sup> António José Pereira Flores (1883-1957) foi o principal reformador da assistência psiquiátrica em Portugal durante a primeira metade do século XX. Ocupou a cátedra de psiquiatria e de neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. O envolvimento com o Hospital Júlio de Matos data de 1933, enquanto membro da comissão de obras. Em 1941 torna-se o presidente da comissão instaladora e administrativa e em 1945 é o primeiro diretor do Hospital Júlio de Matos. Foi, juntamente com Barahona Fernandes, diretor dos “Anais Portugueses de Psiquiatria”. Barahona Fernandes descreve-o como “o neurologista sabedor e metucioso, o perito curioso em construções hospitalares, o reformador da legislação portuguesa da assistência aos doentes mentais, o chefe prudente e bem avisado, e acima de tudo, o médico”. Ver Fernandes, B. - "Professor António Flores". *Jornal do Médico*. Vol. XXI. n.º 521 (1953), pp. 192-194. O seu papel enquanto reformador psiquiátrico pode traçar-se pela sua biografia pessoal. Após cinco anos de estadia em França e na Alemanha, em clínicas neuropsiquiátricas, é enviado para França durante a primeira grande guerra, enquanto neuropsiquiatra do corpo expedicionário. O comando português nomeia-o encarregue de instalar e dirigir o Hospital de base nº1, destinado às forças militares portuguesas. Este cargo implica uma enorme componente de administração hospitalar. Cf. Flores, A. - "Orientação do Hospital Júlio de Matos". *Ibid.* pp. 183-189.

abril de 1945<sup>1</sup> esta lei é não só uma verdadeira revolução assistencial em Portugal, mas também um marco legislativo em todo o mundo. Paul Sivadon, psiquiatra francês da OMS denota que esta lei se mostra das mais progressivas e compreensivas do mundo. A Lei é também objeto de elogios por parte da comunidade internacional: no I Congresso Mundial de Psiquiatria (Paris, 1950) é a única Lei da Assistência publicada no Jornal do Congresso<sup>2</sup>.

A Lei Flores é acima de tudo uma lei que aposta na profilaxia ao invés de uma ação curativa, facto que a torna pioneira na legislação portuguesa. Almeida Amaral atribui à lei, então redigida pelo subsecretário de Estado, Dr. Trigo Negreiros<sup>3</sup> uma ação profilática, terapêutica, pedagógica e social, que coloca sob a orientação, coordenação e fiscalização de Centros de Assistência Psiquiátrica, designando-a como a lei “mais científica, a mais dinâmica, a mais revolucionária e mais útil que em favor dos alienados se publicou em Portugal, desde que em 1848 o Marechal Saldanha criou pela primeira vez um hospital de alienados”<sup>4</sup>.

A Lei Flores resulta igualmente de uma articulação cuidada e precisa entre órgão político-decisores e profissionais da classe médica, como refere Barahona Fernandes:

“A substância da nova lei é o fruto de uma obra, vivida pessoalmente, e que encontrou a sua legítima expressão jurídica. Foi aliás algo modificada, na sua forma final, por intervenção das instâncias legislativas (Câmara Corporativa e Assembleia Nacional) mas na sua génese e no seu significado mantém-se essencialmente médica e baseada na experiência directa da organização e funcionamento do novo Hospital.”<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Lei n.º 2006, de 11 de abril de 1945, emitida pela Presidência da República, Diário do Governo n.º 77/1945, Série I de 1945-04-11. Esta lei pode ser consultada no anexo 1.

<sup>2</sup> Para um relato do próprio António Flores, que representou Portugal neste congresso ver Flores, A. - "O 1.º Congresso Mundial de Psiquiatria". *A Medicina Contemporânea*. n.º 2 (1951), pp.55-88.

<sup>3</sup> Foi Trigo Negreiros quem elaborou a proposta de lei da reforma da legislação psiquiátrica e a levou à Assembleia Nacional e quem, depois dela aprovada, redigiu os decretos regulamentares.

<sup>4</sup> Amaral, A. - "Assistência psiquiátrica. Princípios e realizações". *Separata do Boletim da Assistência Social*. n.º 107-110 (1953), p. 5.

<sup>5</sup> Fernandes, B. - "Nota sobre a legislação psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XXIV. n.º 605 (1954). O Hospital a que Barahona Fernandes se refere é o Hospital Júlio de Matos. Foi através do trabalho e experiência exercidos por profissionais neste Hospital durante três anos, que a Lei Flores se materializa. Barahona refere como colaboradores chave os nomes de Pedro Polónio, Navarro Soeiro, Seabra-Dinis, Nunes da Costa e R. Pegado. Das práticas inovadoras destes profissionais, quer a nível clínico, quer a nível assistencial, fruíram trabalhos e reuniões, que em última instância e com a ajuda das autoridades governativas deram origem à Lei Flores.

Entre as modificações previstas pela Lei, conta-se a divisão do país em três zonas (Norte, Centro e Sul) por forma a garantir uma maior cobertura dos doentes mentais do país. Três centros de assistência psiquiátrica foram criados nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra<sup>1</sup>. De igual forma, foram fundados mais de quatro dezenas de dispensários e postos de consulta (sob direcção dos centros), a atuar nas principais cidades e vilas de cada zona<sup>2</sup>. Desta forma o país passa a dispor de uma organização estabelecida e controlada, capaz de cobrir as necessidades de grande parte do seu território.

A Lei Flores é também inovadora em muitos outros aspetos: cria um regime de internamento aberto; reforça a importância da ergoterapia nas instituições psiquiátricas, impondo-a legalmente; abre caminho para a integração de serviços sociais hospitalares; reforça a necessidade de uma especialização no ensino para a enfermagem e medicina da saúde mental<sup>3</sup>, autonomia administrativa dos hospitais<sup>4</sup> e aponta um caminho de

---

<sup>1</sup> É da responsabilidade dos Centros de Assistência no Porto, Coimbra e Lisboa a coordenação e orientação centralizada de todos os processos inerentes a cada zona, sendo os dispensários e os postos de consulta espaços destinados ao tratamento, acompanhamento e esclarecimento de doentes. Esta estrutura organizativa é reforçada pela existência de brigadas móveis, que se deslocam a zonas remotas prestando ajuda aos doentes destas povoações mais distantes ou isoladas. Cf. - "Centro de assistência psiquiátrica da zona norte". *Ibid.* Vol. XXII. n.º 546 (1953), p.103.

<sup>2</sup> Uma estatística pormenorizada das percentagens de doentes internados, doentes em ergoterapia, mortalidade, internamento (antes e após a Lei Flores) e de atividades dos diferentes centros de assistência pode ser consultada em Amaral, A. - "Assistência psiquiátrica. Princípios e realizações". *Separata do Boletim da Assistência Social*. n.º 107-110 (1953), pp. 9-14. Para uma estatística do Hospital do Conde de Ferreira, esta já de 1962, ver Barros, M.d. - "Relatório da direcção clínica do Hospital do Conde de Ferreira". Porto: Hospital do Conde de Ferreira, 1963

<sup>3</sup> Até 1945 funcionavam no país duas escolas de enfermagem, uma no Manicómio Bombarda e outra no Hospital do Conde de Ferreira. Depois da Lei Flores foram fundadas três escolas de enfermagem, distribuídas pelos três centros de ação. A formação dos profissionais foi um assunto de importância maior, com bolsas de estudo a serem dadas para enfermeiros e médicos estagiarem no estrangeiro, por forma a terem contacto com as novidades científicas que iam surgindo. A importância destes estágios reflete-se também na mecânica hospitalar. Em 1956, Fragoso Mendes (na altura assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa), Fernandes da Fonseca (assistente da Faculdade de Medicina do Porto) e Luís Cortesão (assistente do Hospital Miguel Bombarda), deslocam-se à Grã-Bretanha, estudando os moldes britânicos de estruturação e organização dos hospitais de dia. Quando regressam, Barahona Fernandes incumbem a Fragoso Mendes a tarefa de organizar um hospital de dia no Hospital Júlio de Matos. Fragoso Mendes adapta um pavilhão de consultas ao modelo inglês, nomeadamente a unidades clínicas de Londres e Birmingham. O hospital de dia do Júlio de Matos entra em funcionamento a 2 de abril de 1957. A 1 de julho de 1959 inaugura-se outro hospital de dia este o da clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa, no hospital de Santa Marta – um hospital de dia num hospital geral. Ver, a este respeito Mendes, F.; Fonseca, F. e Cortesão, E. - "Hospitais de dia em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 796-798, e ainda Graça, A. - "O hospital de dia num hospital geral". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 20-23. Note-se ainda que o inverso também sucede, ou seja, há psiquiatras estrangeiros a virem estagiar a Portugal, para perceber a organização e técnicas hospitalares nacionais. A este respeito ver Prado, F.N. - "Aspectos gerais sobre a psiquiatria em Portugal". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. IX. n.º 4 (1960), pp. 345-354. Para uma pormenorizada história sobre a clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa ver Fernandes, B. - "A clínica psiquiátrica universitária de Lisboa". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 28-43.

<sup>4</sup> Sobre a importância dos administradores hospitalares e no caso concreto, para um correto funcionamento orgânico de um hospital psiquiátrico ver Fernandes, B. - "O caso especial dos hospitais psiquiátricos". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VII. n.º 12 (1958), pp. 845-863. Sobre a importância da organização

prevenção da doença mental – a chamada higiene mental ganha um aliado crucial sob a forma desta lei<sup>1</sup>.

A somatização imediata destas alterações legislativas é uma reforma infraestrutural há muito necessária. Ao Hospital de Rilhafoles (em Lisboa, propriedade do Estado, que data de 1848, e a partir de 1911 designado de Manicómio Bombarda<sup>2</sup>) e ao Hospital Conde de Ferreira (no Porto, privado, data de 1882)<sup>3</sup> junta-se em 1942 o Hospital de Júlio de Matos (Lisboa), em 1943 o Hospital Sena (Coimbra) e em 1946 o Hospital Sobral Cid (Coimbra). Em 1957 existem em Portugal dezoito estabelecimentos destinados ao tratamento dos doentes mentais<sup>4</sup>, sendo o Hospital Júlio de Matos descrito por Fernandez-Zoila, como “le centre d’avant garde de la psychiatrie portugaise, tant sur le plan architectural que par la qualité de soins pratiques et l’importance des recherches scientifiques poursuivies”<sup>5</sup>.

No entanto e apesar de todas as boas intenções da Lei Flores, os resultados ficam aquém do esperado. Barahona Fernandes aponta que as principais razões para a lei não ter singrado de forma mais evidente se relacionam com a superpopulação das instituições,

---

hospitalar e da informação e envolvimento da comunidade nas questões de saúde mental ver Seabra-Dinis, J. - "A revolução psiquiátrica contemporânea". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), pp. 50-60. Para se ter a tradução do benefício das políticas de reestruturação e organização hospitalar passadas mais de duas décadas da Lei Flores ver Matos, A.C.d. - "Do funcionamento duma clínica psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. LXV. n.º 1308 (1968), pp. 369-372.

<sup>1</sup> Para aprofundar o tema do papel desta lei na instituição e reforço da importância de políticas de higiene mental cf. Fernandes, B. - "A higiene mental: nova utopia ou via de aperfeiçoamento humano?". *Ibid.* Vol. XIX. n.º 467 (1952), pp. 6-14; Fernandes, B. - "Nota sobre a legislação psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XXIV. n.º 605 (1954), pp. 921-924; Santos, F.A.d. - "Higiene mental na juventude universitária". *O Médico*. Vol. XI. n.º 403 (1959), pp. 374-379; Fernandes, A. - "Higiene mental do trabalho". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 900 (1960), pp. 906-910; Santos, J.d. - "A higiene mental na escola". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 50-55. Fernandes, B. - "O problema da saúde mental". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), pp. 61-92.

<sup>2</sup> Em 1948, o Hospital de Miguel Bombarda é fruto de reconstrução e modernização. A este respeito ver Amaral, A. - "A remodelação do Hospital Miguel Bombarda e a assistência psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XXII. n.º 565 (1953), pp. 1102-1104.

<sup>3</sup> Note-se ainda a existência da Casa de Saúde do Telhal (1893, Sintra) e da Casa de Saúde de Idanha (1895), casas de saúde das ordens religiosas hospitaleiras. Em 1950, a ordem de S. João de Deus dispunha de um total de sete hospitais, com cerca de duas mil camas, distribuídas pela Casa de Saúde do Telhal, casa de Saúde de Trapiche (Funchal), Casa de Saúde de S. Rafael (Angra do Heroísmo), Casa de Saúde de S. João de Deus (Barcelos), Casa de Saúde de S. Miguel (Ponta Delgada), e o Hospital Psiquiátrico de Marracuene (Lourenço Marques).

<sup>4</sup> A propósito da construção de hospitais psiquiátricos, atente-se no caso do Hospital Magalhães Lemos. Situado no Porto e inaugurado em outubro de 1962, os planos da sua construção refletem já os valores introduzidos pela Lei Flores. Ver - "Assistência psiquiátrica do norte - construção do Hospital Magalhães Lemos". *O Médico*. Vol. IV. n.º 231 (suplemento) (1956), pp.88-91.

<sup>5</sup> Fernandez-Zoila, A. - "L'assistance psychiatrique au Portugal". *L'évolution psychiatrique*. n.º 1 (1959), p. 161. Ainda em relação ao aspeto pioneiro do Hospital Júlio de Matos, a 21 de maio de 1959 esta instituição torna-se o primeiro hospital português a dispor de um banco psiquiátrico, destinado a auxiliar doentes que necessitassem de auxílio a qualquer hora do dia. Ver a este respeito J.J.d.P. Corrêa - "O primeiro banco psiquiátrico em Portugal". *Hospital Júlio de Matos*. (1962), p.4

muito por culpa de escassez de número de camas, infraestruturas que não foram criadas ou que são construídas de modo muito lento, a burocracia exagerada e a falta de financiamento.

### 3. Os esforços da saúde mental e as lutas por uma higiene mental

A noção de saúde mental, como um direito que assiste a todos, surge expressa numa vertente preventiva e de tratamento – chamada por Barahona Fernandes de “assistência aos doentes para a Saúde Mental”<sup>1</sup>. O tema não passa despercebido a nenhum nível – o ano de 1960 é o ano mundial da saúde mental<sup>2</sup>.

O interesse que se gera à volta da questão da saúde mental é muito mais que um mero *affair* com a psicofarmacologia. A doença mental começa a adquirir um estatuto que lhe permite por si só ser um polo de variadas discussões, de amplos quadros clínico-epistemológicos e de circunstâncias que necessitam de ser declaradas. A saúde mental sai dos asilos, hospitais e consultórios e torna-se um assunto social, possivelmente mais exposto que qualquer outro tema clínico até então. A sensibilização para o tema é uma necessidade urgente.

Segundo Seabra-Dinis:

“Quais os objectivos que se propõe alcançar o Ano Mundial da Saúde Mental? O programa internacional, já comunicado pela Federação Mundial para a Saúde Mental aos quatro cantos do globo, foi concebido de maneira a despertar o interesse particular de todos os países, incluindo por isso temas que vão desde o estudo da evolução infantil e juvenil, base considerada indispensável para qualquer intervenção educativa, até ao melhor conhecimento das causas das doenças mentais e da sua distribuição nosológica e topográfica. Não foi esquecida também a inclusão dum capítulo que permita melhorar a ministração das principais normas de saúde mental nas diferentes escolas, em particular nas médicas e de enfermagem. Foi aberto igualmente outro capítulo, chamado das

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "O problema da saúde mental". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p. 61. Cf ainda Fernandes, B. - "Da Assistência psiquiátrica para a a saúde mental". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VIII. n.º 10 (1959), pp.603-633.

<sup>2</sup> O ano mundial da saúde mental destina-se a discutir as mais prementes questões sociais relacionadas com a doença mental. Em Portugal a celebração deste ano traduz-se sobretudo através da organização de sessões solenes, artigos de jornal e palestras radiofónicas. Cf. Meng, H. - "Reflexões a propósito do ano mundial de saúde mental 1960". *Serviço bibliográfico Roche*. n.º 2 (1961), pp. 5-8. A Organização Mundial de Saúde tem aqui um papel de dinamização fundamental, referida por vários autores. Já no início da década de 50, o assunto era de importância para esta organização. Cf. Furtado, D. - "A saúde mental e a O.M.S.". *Jornal do Médico*. Vol. XXII. n.º 550 (1953), pp.318-319.

relações humanas, para desenvolver o estudo e os melhores meios de solução das dificuldades psicológicas que aparecem nas diferentes profissões, e, em especial as decorrentes dessas magnas questões da nossa época levantadas com os progressos da industrialização e mecanização das sociedades. Finalmente foi também deixado o campo em aberto para fomentar os estudos dos problemas psicológicos criados ou avolumados pelas migrações humanas”<sup>1</sup>.

A saúde mental elabora-se, assim, em questões sociais – o homem moderno, o homem tecnológico, o homem industrial deve conseguir manter o seu equilíbrio. As questões que a saúde mental enfrenta em meados do século passado têm e devem ser revistas à luz de novos paradigmas fruto da evolução humana. A questão premente poderá então ser encarada como uma questão de fundo adaptativo – o homem deve adaptar-se a uma nova sociedade emergente de desafios, sob pena da adaptação se tornar uma lesão. Por outro prisma, a sociedade deve fornecer elementos e apoios por forma a suavizar esta mesma adaptação. A sociedade é ao mesmo tempo causa e cura de transtornos.

Aquilo que se discute nestas décadas, as questões da higiene mental, não são novas questões. Mas são questões que se tornam prementes e que se traduzem em publicações extensas por parte dos clínicos portugueses. Os conceitos de higiene mental aprofundam-se. A higiene da criança, do jovem, do homem, do velho, do trabalho. É a sociedade a abraçar uma faceta de prevenção e ao mesmo tempo a discutir questões sociais próprias do seu tempo. E é ao mesmo tempo a aceitação incondicional da suscetibilidade do indivíduo saudável à patogenia invisível de fundo social idiopático. O reconhecimento da fragilidade humana face à tecnocracia crescente, a caracterização de indivíduos em posição vulnerável e a posição do ambiente social, enquanto agente etiogénico de maleita psíquica tornam-se, assim, em questões chave da nova psiquiatria portuguesa.

A atenção foca-se no conceito de higiene mental. Segundo Barahona Fernandes:

“Pelo que diz respeito à terapêutica, o contraste entre certas possibilidades da ciência actual e a impossibilidade da sua aplicação, em benefício da maioria, é um sério motivo de preocupação –

---

<sup>1</sup> Seabra-Dinis, J. - "Editorial: ano mundial da saúde mental". Ibid. Vol. XXXIX. (1959), p. 3.



dificuldades e desigualdades tamanhas que, por si só, constituem um problema de higiene mental!”<sup>1</sup>

A higiene mental propõe uma articulação minuciosa entre os vários componentes sociais que rodeiam o indivíduo, por forma a alcançar-se um equilíbrio perfeito que previna, trate ou corrija possíveis problemas relacionados com a saúde mental, sempre tendo em vista alcançar a totalidade da sociedade. Talvez inerente a este espírito de tema esteja implícito o facto de o homem não estar preparado para se enquadrar numa realidade que ele próprio foi construindo e desconstruindo.

Nas palavras de Barahona Fernandes:

“A personalidade do homem moderno integra-se mal nas formas de vida que teceu e, em especial, nas normas que idealmente vai concebendo. Acima de tudo sente-se mal articulado com o semelhante, incapaz de estruturar os interesses do Eu e do não Eu, do indivíduo e do grupo colectivo, incapaz de conceber justamente e, sobretudo, incapaz de realizar o social, sem perder a sua própria individualidade”<sup>2</sup>.

A questão da (des)adaptação do homem face à realidade exterior e das demandas sociais cada vez maiores que exigem flexibilidade é por si só um dos fatores maiores que se traduzem em questões de doença mental.

Segundo Ferreira da Rosa:

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "O problema da saúde mental". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p. 63. A questão da higiene mental aliás será abordada por vários clínicos portugueses. Cf., por exemplo Fernandes, B. - "A higiene mental: nova utopia ou via de aperfeiçoamento humano?". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 467 (1952), pp.6-14; - "Higiene mental e energia atómica". *Ibid.* Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp.819-821; Santos, J. - "Higiene mental na juventude universitária". *O Médico*. Vol. XI. n.º 403 (1959), pp.374-379; Fernandes, B. - "Higiene mental do trabalho". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 900 (1960), pp.906-910; Santos, J. - "A higiene mental na escola". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp.50-55. Releve-se também a criação da Liga Portuguesa de Higiene Mental, com estatutos publicados em 1955. Durante o início da década de 60 nota-se nos clínicos portugueses um interesse especial sobre a temática da eugenia e da hereditariedade, que de certo modo se relaciona com uma espécie de higiene mental da sociedade – como lidar com as “párias” e prevenir o seu aparecimento. As questões da homossexualidade ou da procriação dos doentes esquizofrénicos e oligofrénicos são abordadas. Dê-se especial atenção à obra de Fernandes da Fonseca. Cf. Fonseca, A.F.d. - "Hereditariedade das neuroses e das psicopatias". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1149 (1965), pp.237-244; Fonseca, A.F.d. - "Genética das perturbações afectivas". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1151 (1965), pp.349-355;. Fonseca, A.F.d. - "Hereditariedade na esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1153 (1965), pp.461-468; Fonseca, A.F.d. - "Hereditariedade na epilepsia e nas psicoses orgânicas". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1156 (1965), pp. 645-652; Fonseca, A.F.d. - "Editorial: Psiquiatria e genética". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1147 (1965), p. 1; Fonseca, A.F.d. - "Eugenia em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. LVIII. n.º 1191 (1965), pp.661-672.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "A higiene mental: nova utopia ou via de aperfeiçoamento humano?". *Ibid.* Vol. XIX. n.º 467 (1952), p.6.

“É que as doenças mentais têm atingido ultimamente uma acuidade cuja explicação escapa a toda a observação, apesar dos progressos verificados no estudo das suas causas endógenas e exógenas bem como na incidência dum certo número de factores. Dentro destes, quero destacar o factor ambiente considerado na sua mais ampla aceção, pois, como é do conhecimento de todos, as psicoses aumentam nos grandes centros, nas grandes metrópoles civilizadas donde, como diz Laves Garcia, «poder-se-ia inferir que a civilização seria um factor de perturbação mental», o que de facto não é verdade. O que se verifica, é que, como diz aquele autor, representando a civilização progresso, aquisições materiais e morais, só uma pequena elite está preparada para acompanhar esse esforço criador, enquanto que a mole imensa tem somente que «adaptar-se às criações novas, o que nem sempre é possível dado que a vida moderna evolui vertiginosamente». Ora a psicose, em muitas circunstâncias, resulta deste fenómeno de desadaptação o que não é mais que desajustamentos sociais, económicos, morais e culturais e para os quais contribuem deficiências de educação cívica, moral e religiosa ou, por vezes, um mau ambiente familiar, ou mesmo uma sensação de frustração devida à não realização de ambições novas que a civilização impõe”<sup>1</sup>.

Deste modo, a higiene mental, que de certa forma é uma apropriação profilática e psicológica da higiene do espírito deve assentar em pilares essenciais. Segundo Barahona Fernandes estes pilares são:

“a) Prevenir as causas determinantes das doenças mentais, das anomalias da personalidade, das deficiências da inteligência e das reacções anormais e penosas do indivíduo.

b) Condicionar o desenvolvimento da criança antes da formação do Homem, em todos os seus aspectos, em particular do carácter e das aptidões pessoais, de modo a obter a sua melhor adaptação e eficiência na vida social.

---

<sup>1</sup> Rosa, J.S.F.d. - "Grandes síndromas psiquiátricos". *Coimbra Médica*. Vol. XI. (1964), pp. 211-212.

c) Esclarecer a mente e o espírito acerca dos elementos nocivos, que o podem perturbar, contribuindo para a melhor harmonia interior e mais perfeitas relações inter-individuais.

d) E por último, em alevantada aspiração, tentar ainda o melhoramento da natureza humana, superando os defeitos e ímpetos da bestia, em atitudes e actos de maior valor moral e social (p. ex.: a agressividade, os impulsos jocosos) em actividades construtivas, de simpatia e cooperação humanas e progressivo valor cultural”<sup>1</sup>.

A questão da higiene mental assume-se, assim, e antes de mais, uma questão de educação das populações visando um bem maior, o da construção de uma sociedade moralmente e mentalmente sã.

Por exemplo, na década de 50, a etiologia da paralisia geral está já estabelecida como uma complicação da sífilis, uma doença sexualmente transmissível. Interessa, pois, a higiene sexual, a educação para condutas moralmente glorificáveis, ao invés da promiscuidade e descuido caracteristicamente animais. Quer-se que a atuação médica seja feita ao nível da profilaxia, e não do tratamento – se se educar a população para condutas sexuais de acordo com os valores morais vigentes, a doença não aparecerá. Não existe aqui uma culpabilidade centrada no indivíduo, nem sequer uma política de acusação. Existe sim, o ímpeto reformista de uma visão educadora e conciliadora do papel da sociedade no indivíduo. Assim, o esforço deve não ser só individual, mas também conjunto.

Apesar de toda a sociedade poder estar implicada neste esforço reformista, há elementos desta mesma cultura que desempenham um papel mais preponderante que outros. Barahona Fernandes propõe que:

“se delimite o âmbito de acção dos médicos psiquiatras, coordenando os seus esforços com os pais, educadores, professores, sacerdotes, juristas, economistas, etc., no campo do que se poderá chamar a Higiene do Espírito, envolvendo já valores de vária ordem, a estabelecer

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "A higiene mental: nova utopia ou via de aperfeiçoamento humano?". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 467 (1952), p.6.

conforme as normas culturais adoptadas, Todas essas categorias se integram num todo: a higiene antropológica”<sup>1</sup>.

A higiene mental antropológica<sup>2</sup>, assume, assim, um lugar de destaque na psiquiatria pós-farmacologia. A saúde mental do indivíduo resulta, portanto, de um equilíbrio de várias esferas pessoais/sociais. Estas esferas têm papéis preponderantes no possível início da doença mental, manutenção e recuperação do indivíduo. Barahona Fernandes nota que:

“A terapêutica antropológica visa restabelecer a unidade originária entre a Pessoa e o Mundo, procurando o contacto vital com a realidade em realizações concretas e activas (trabalho, obras, música, dança, etc.)”<sup>3</sup>.

Todos estes elementos da equação precisam de se unir, por forma à criação de um interesse pela questão da saúde mental:

“Os técnicos, os administradores e o público em geral, entre nós, necessitam de cuidar, de mais perto, da saúde mental da nossa população. Urge criar na opinião pública o justificado interesse por este problema”<sup>4</sup>.

A ideia central neste novo paradigma da psiquiatria portuguesa é a da multidisciplinariedade de abordagens e de agentes de ação. Tal como a doença deve ser encarada de várias perspectivas, a cura e a prevenção exigem o esforço continuado e coordenado de diversos painéis de peritos e várias facetas circunstanciais. A saúde mental e a sua higiene tornam-se prementes.

A questão da saúde mental não é unicamente discutida em Portugal como se pode depreender. Um pouco por todo o globo, as questões da sociedade e do papel da psiquiatria numa busca pela saúde mental são prementes. No entanto as características da própria sociedade, determinam os caminhos de ação que se percorrem.

---

<sup>1</sup> - "Uma conferência do Prof. Barahona Fernandes no I Curso de Higiene Mental do Porto". Ibid. Vol. XLII. n.º 910 (1960), p. 492.

<sup>2</sup> Cf. Fernandes, B. - "A higiene mental: nova utopia ou via de aperfeiçoamento humano?". Ibid. Vol. XIX. n.º 467 (1952), pp. 6-14.

<sup>3</sup> Fernandes, B. - "A participação portuguesa no II Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), p.29.

<sup>4</sup> - "I Congresso Nacional de Saúde Mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 924 (1960), p.252.

Enquanto que nos países da Europa do Norte o problema são as altas taxas de suicídio, nos países da Europa do Sul o alcoolismo representa um dos principais polos de discussão.

Na Bélgica por exemplo, discute-se a higiene mental e a indústria, a situação do ensino especializado da higiene mental e a situação da saúde mental infantil<sup>1</sup>. Assim, a questão da saúde e higiene mental é universal, mas não uniforme nos seus centros de polémica. As realidades sociais são entendidas e discutidas como singulares para cada país ou zona geográfica.

A alcoolismo em Portugal é de resto uma das questões mais impactantes na sociedade, e por consequência na saúde mental<sup>2</sup>.

O álcool é um tóxico, agente desencadeador ou agravante de sérios problemas mentais. Pode facilmente corromper o espírito moralista do indivíduo e desequilibrar de modo grave o caminho pacífico da sua existência.

Segundo Barahona Fernandes:

“Graves doenças corporais, psicoses variadas e, em especial, a degradação do carácter, a decadência moral e a baixa de nível social e económico – tantas consequências deletérias da simples ingestão de um tóxico! Se o álcool pudesse deixar de ser ingerido, teríamos a solução do problema. Assim pensaram os ditadores da «lei seca», mas falharam estrondosamente, por esquecerem que esse tóxico, tão maligno, satisfaz, sob formas aliciantes e diríamos mesmo, «espirituosas», um dos mais espalhados apetites humanos, muitas vezes mesmo, uma necessidade de relaxamento, de euforia, de olvido ou de convívio e animação, - radicadas não só em fundas tendências da personalidade, como em hábitos sociais, os mais espalhados, em todas as classes e em todos os países.

---

<sup>1</sup> Cf. - "As doenças mentais na Bélgica". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 751 (1957), p.365; G.V. Looy - "A Higiene mental na Bélgica". Ibid. p. ilegível.

<sup>2</sup> Cf. para uma análise mais aprofundada Barros, M.d. - "Os vários problemas do alcoolismo - I". *O Médico*. Vol. XII. n.º 411 (1959), pp. 102-110 e Barros, M.d. - "Os vários problemas do alcoolismo -II". *O Médico*. Vol. XII. n.º 415 (1959), pp.290-298.

O problema não é pois apenas químico, nem biológico, nem médico – é psicológico, individual e colectivo e sobretudo educativo, social e económico”<sup>1</sup>.

O que Barahona Fernandes sugere é que se impeça doentes mentais de beber álcool, quer sejam psicopatas, desequilibrados ou indivíduos em conflito. Este impedimento deve vir acompanhado de um esforço da sociedade em substituir o velho vício por novos ideais e objetivos, ou até mesmo distrações.

Uma das formas de lidar com o problema do alcoolismo é a criação de dispensários específicos para o tratamento dos doentes e a penalização ou mesmo detenção de quem se encontre embriagado em via pública como sugere Alves Moreira<sup>2</sup>.

Mas a higiene mental desdobra-se num conjunto de subcategorias, e se o alcoolismo é um dos temas mais importantes na saúde das populações, outras questões se levantam de forma indelével.

Relativamente à higiene do trabalho a importância de determinadas profissões é enfatizada no contexto da saúde mental<sup>3</sup>. Aos sociólogos cabe a tarefa de substanciar o estado de sanidade das populações estatisticamente e demograficamente. Os juristas devem zelar pela justiça social que rege o homem. O papel dos professores é reforçado como o de formação e modelação das crianças e jovens e na preparação para a vida profissional. Os sacerdotes têm um importante papel na higiene do espírito, no sentido religioso do ser. Os engenheiros e arquitetos devem levar cuidadosa atenção nas questões de urbanização, espaço e alinhamento de habitações, escolas, hospitais e igrejas. A família constitui-se como a pedra basilar, o centro da organização social e pessoal do indivíduo, onde se esclarecerão dúvidas e hesitações, mas de onde poderão eventualmente surgir desequilíbrios. Barahona Fernandes designa determinadas profissões como os “higienistas da mente”<sup>4</sup> – psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos. Estes grupos profissionais atuam sobre outras profissões e sobre pais e famílias, sendo agentes de construção, prevenção e educação da saúde mental.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "A higiene mental: nova utopia ou via de aperfeiçoamento humano?". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 467 (1952), p. 7.

<sup>2</sup> Cf. Moreira, A. - "Problemas de saúde mental". *Ibid.* Vol. L. n.º 1052 (1963), pp.807-809.

<sup>3</sup> Cf. - "Congresso Nacional de Saúde Mental". *Ibid.* Vol. XLIII. n.º 924 (1960), pp.252-255.

<sup>4</sup> Cf. Fernandes, B. - "A psiquiatria no ano de 1960". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp.11-15.

O próprio trabalho em si encerra questões de interesse premente. O homem necessita de se sentir completo por meio de uma ocupação. A própria escolha de profissão deve ser tida em conta, contando Lisboa com um instituto de orientação profissional, sob a alçada do Prof. Almada Araújo. O trabalho é considerado um fator que pode causar “desajuste” ao homem, sendo ao mesmo tempo indissociável do indivíduo e da sua saúde. O trabalho não é um puro conceito físico que se opõe ao repouso é um conceito muito mais abrangente que engloba uma componente sociopsicológica (de utilidade, de ocupação e de ócio) e ao mesmo tempo acarreta uma carga fisiológica, de fadiga para o indivíduo.

No caso de trabalhadores noturnos Azevedo Fernandes refere que:

“Venho notando que mulheres pouco a passar os 30 anos aparecem à consulta com queixas de tipo neurastiforme, que não cedem a qualquer terapêutica. Para algumas o trabalho era de facto nocturno, não obstante este horário esteja pouco difundido entre nós. Noutras, e estas em grande número - era nocturno o trabalho doméstico: levantavam-se muito cedo para, antes do trabalho fabril, deixarem em ordem os filhos e as refeições; deitavam-se tarde para cuidar de roupas e outros trabalhos em atraso. Tanto como o inapropósito do trabalho nocturno, pesa agora, nestas mulheres, o dilema entre vida familiar e vida operária. À fadiga de um horário muito sobrecarregado, soma-se algumas vezes a falta de compreensão do marido, a incúria a que têm de votar os filhos, a competição das colegas mais novas. A mulher operária que se abeira da menopausa sente, como toda a mulher, o desejo ardente de juventude, feminilidade e lar”<sup>1</sup>.

Deste modo, por exemplo, os trabalhadores noturnos estarão sujeitos a uma maior fadiga resultante do trabalho. Esta fadiga pode repercutir-se em ansiedades e frustrações a nível familiar e social que levam a desequilíbrio da saúde mental. O carácter maquínista da profissão também é abordado, com os indivíduos a serem classificados como trabalhadores tradicionais, introvertidos ou extrovertidos. No caso das mulheres, esta questão toma uma dimensão ainda mais grave – o trabalho tem de ser equacionado

---

<sup>1</sup> Fernandes, A. - "Higiene mental do trabalho". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 900 (1960), p. 907.

num conjunto de realidades que inclui o cuidado com os filhos, os deveres para com a casa e com o marido e a perda de juventude.

Com a revolução industrial, o trabalho do homem sofre alterações, as máquinas ganham um protagonismo cada vez mais notório nas profissões.

Azevedo Fernandes nota que:

“A um tempo auxiliar e competidora do Homem que trabalha é a máquina. A máquina universal deixa ainda que o operário tenha a iniciativa da obra e seja de facto o seu autor; a máquina especial serve o Homem aligeirando-o apenas de tarefas monótonas e servis; a máquina automática realiza integralmente a obra e o Homem apenas a controla.

Em todas as hipóteses há que adaptar a máquina ao Homem e não o Homem à máquina. A máquina deve libertar o Homem de trabalhos automatizados e pesados”<sup>1</sup>.

O que as máquinas podem trazer de desequilíbrio à sociedade é o facto de tirarem o protagonismo ao homem trabalhador, tornando-o obsoleto. Não é isto que deve acontecer, uma vez que se sabe que o trabalho dá ao homem uma definição pessoal que não se encontra noutro sítio e que contribui para a sua saúde mental.

O dia de domingo toma especial lugar por ser um dia em que o indivíduo deve descansar e aproveitar algum tipo de ociosidade. O trabalho deve ser orientado por determinadas regras: por exemplo, pausas frequentes e não trabalhar mais que 48 horas por semana. Os locais de trabalho devem ser limpos e obedecer a devidas regras de luminosidade, cor, ruídos e disposição. O ambiente psicológico do local de trabalho “vale mais do que locais e quase do que salários”<sup>2</sup>. Os novos trabalhadores devem ser acolhidos com segurança e carinho, os chefes devem ser compreensivos, líderes e orientadores. De qualquer forma, as dinâmicas de grupo devem ser sempre observadas, analisadas e melhoradas. O equilíbrio para o indivíduo surge através da coexistência harmoniosa de três esferas - as relações intraindividuais, intraprofissionais e extraprofissionais. Por

---

<sup>1</sup> Fernandes, A. - "Higiene mental do trabalho". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 900 (1960), pp.907-908.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.908.



outro lado, as férias “de preferência indivisíveis, com mudança de local e clima, devem satisfazer a muitos outros requisitos de ordem psicológica”<sup>1</sup>.

Os perigos do não cumprimento de boas regras de higiene no trabalho podem resultar em distúrbios mentais, nomeadamente nevroses de trabalho. Azevedo Fernandes propõe que nas fábricas deva existir um “triângulo doirado”<sup>2</sup> que compreende o médico da fábrica, a assistente social e o engenheiro chefe, incentivando a formação de psico-higienistas que deverão ser psiquiatras (1 para 10000 operários, psicólogos (1/3 para 5000 operários) e assistentes sociais (1/2 para 3000 operários).

Outra das questões de higiene mental mais abordadas é a da criança. Barahona Fernandes destaca o papel pioneiro de Jacob Rodrigues Pereira<sup>3</sup>, Costa Ferreira<sup>4</sup>, Victor Fontes<sup>5</sup> e João dos Santos. A higiene mental das crianças é entendida como uma prioridade, pois é através da atuação neste grupo específico que se previnem o aparecimento dos “idiotas, imbecis, deficientes mentais e sensoriais”<sup>6</sup>.

O aparecimento de uma nova especialidade médica em Portugal, a neuropsiquiatria infantil, é saudada por Victor Fontes:

“Foi criada oficialmente a especialidade de Neuropsiquiatria Infantil. É um acontecimento que reputamos ter certo relevo na vida médica nacional. (...). Quando da preparação do IV Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil, que veio a realizar-se em Lisboa, em Junho do ano passado, fizemos uma série de pedidos que tinham por fim dar, não só maior brilho ao Congresso, como, aproveitando a circunstância, desenvolver o problema da higiene mental infantil no País”<sup>7</sup>.

No entanto o médico ressalva que a criação da nova especialidade tem de vir obrigatoriamente acompanhada por uma melhoria a nível de infraestruturas e vontade

---

<sup>1</sup> Fernandes, A. - "Higiene mental do trabalho". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 900 (1960), p 908.

<sup>2</sup> Expressão de Azevedo Fernandes.

<sup>3</sup> Jacob Rodrigues criou em França, para onde havia emigrado, um instituto para surdos e deficientes mentais.

<sup>4</sup> Introdutor em Portugal do estudo de crianças com deficiências mentais, no Instituto Médico-pedagógico da Casa Pia de Lisboa.

<sup>5</sup> Fundou em 1936 um centro de estudos que eventualmente se torna no Instituto António Aurélio da Costa Ferreira. Além disso Victor Fontes criou o primeiro dispensário de higiene mental infantil.

<sup>6</sup> Cf. Pichot, P. e Fernandes, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984.

<sup>7</sup> Fontes, V. - "Nova especialidade médica: a neuropsiquiatria infantil". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VIII. n.º 7 (1959), p. 451.

política e legislativa para a concretização do objetivo maior de melhorar a higiene mental infantil.

Ainda segundo o mesmo médico:

“Com o agradecimento que devemos às entidades que no caso intervieram, não podemos deixar de chamar a atenção para as necessidades que surgem com a criação da especialidade.

Estabelecer uma nova especialidade médica é, como se vê no caso presente uma tarefa fácil. Basta para isso apenas a compreensão dos técnicos e a esclarecida boa-vontade das entidades legislativas. A sua criação, porém, põe uma série de problemas que é preciso encarar, estudar e resolver. De nada valerá o que se fez, se não se der o devido seguimento ao que daqui deriva”<sup>1</sup>.

O que Victor Fontes deseja é que anexa à criação da neuropsiquiatria infantil enquanto especialidade surja um conjunto de medidas e estruturas que servem de suporte à prática clínica e ao mérito social:

“Criar uma nova especialidade é promover o necessário para dela poder tirar todo o rendimento científico e, principalmente, social. Para isso, torna-se indispensável promover as condições para que sejam atingidos com os seus benefícios, os milhares de crianças que dela necessitam. Assim: crianças epiléticas, neuróticos, psicopatas, loucas, oligofrénicas, etc. Criar este novo departamento da ciência médica é permitir que milhares de crianças, com inteligência abaixo do nível mental normal, possam aprender um ofício, adquirir uma aptidão que as torne, mais tardem valores sociais e não encargos de manicómios e de prisões”<sup>2</sup>.

O que o médico propõe é que:

“Criar a neuropsiquiatria infantil é promover o necessário para que junto dos tribunais de menores exista um especialista que esclareça

---

<sup>1</sup> Fontes, V. - "Nova especialidade médica: a neuropsiquiatria infantil". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VIII. n.º 7 (1959), p. 453.

<sup>2</sup> *Ibid.*

os múltiplos problemas que levam os adolescentes à desadaptação social, cometendo delitos e crimes de que não podem ser culpados. Criar a especialidade de neuropsiquiatria infantil é estabelecer uma equipa em saúde escolar, onde, além do médico escolar, da assistente social, do psicólogo escolar, exista o pedopsiquiatra, para acorrer a determinados problemas psicopedagógicos de foro médico que só ele sabe resolver. E é ainda o pedopsiquiatra, de colaboração com o médico escolar, a ser ouvido na organização do trabalho escolar, na elaboração dos programas, principalmente no ensino elementar para que se não vá exigir, a inteligência no principio da sua evolução, conhecimentos que excedem as respectivas possibilidades. É ainda, tornar acessível aos pais informações de que necessitam, para se esclarecerem acerca dos problemas dos filhos, promovendo a criação de escolas de pais espalhadas pelo País.

Finalmente, criar a especialidade de neuropsiquiatria infantil é ir preparando uma extensa obra de higiene mental infantil no País, organizando Dispensários com pessoal suficiente e habilitado, instituindo clínicas de psiquiatria infantil, outras para crianças epilépticas, escolas de reeducação para débeis mentais, classes especiais para atrasados mentais, duros de ouvido, amblíopes, disléxicos, perturbados da linguagem, etc...”<sup>1</sup>

E a necessidade da implementação destas medidas parece urgente:

“Pelo Instituto António Aurélio da Costa Ferreira passaram pelo seu Dispensário, desde a sua reorganização em 1942, mais de 10000 crianças e adolescentes, dos quais, muitos milhares continuam aguardando a resolução dos seus problemas. E não julgemos que todas as crianças ditas anormais, que existem no País, passaram pelo Instituto Costa Ferreira. Podemos bem quintuplicar aquele número sem receio de sermos exagerados. São

---

<sup>1</sup> Fontes, V. - "Nova especialidade médica: a neuropsiquiatria infantil". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VIII. n.º 7 (1959), p. 453-454.

portanto, 50000 crianças, mais tarde 50000 adultos, que constituirão, na sua maioria, encargos para a sociedade.”<sup>1</sup>

Anos mais tarde, as medidas que Victor Fontes refere serem urgentes não parecem ter tido a aplicação necessária.

Escrevendo sobre uma Clínica de Roterdão que visita, a propósito do 5º Congresso de Psiquiatria Infantil, Alice de Mello Tavares<sup>2</sup>, pedopsiquiatra, refere:

“Quando nos lembramos de que no nosso País nenhuma clínica existe, pois só temos 2 escolas de reeducação, 66 classes especiais, pensamos como estamos longe de todas estas realizações e quanto delas se precisa! Pelo Dispensário do Instituto Costa Ferreira passaram já perto de 15000 crianças, e na consulta da Misericórdia, inaugurada há perto de 2 anos, já vamos em 500 crianças!

Sáímos desta visita consolados por termos podido observar como a estas crianças se assiste, mas cheios de tristeza pelas razões já referidas. É certo que cada criança custa ao Estado, em dinheiro português, 96\$00 por dia, e entre nós, isto seria difícil, mas quantos escudos se poupariam exercendo uma acção directa na criança, no meio familiar e na profilaxia das afecções que levam a situações destas”<sup>3</sup>.

Se estas são preocupações que constituem o cerne da higiene mental e da discussão das questões de saúde numa vertente mais específica, quais são então ao certo os problemas mais gerais com os quais a comunidade psiquiátrica portuguesa se deve preocupar?

Barahona Fernandes enumera um total de 47 problemas que devem ser discutidos e integrados por forma a uma melhor saúde mental em Portugal. A visão do psiquiatra é a de que a nova era dos problemas que assolam a psique do indivíduo deve ser entrosada numa totalidade da pessoa, da concepção à morte:

---

<sup>1</sup> Fontes, V. - "Nova especialidade médica: a neuropsiquiatria infantil". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VIII. n.º 7 (1959), p. 454.

<sup>2</sup> Fundadora da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (a 2 de fevereiro de 1962), em conjunto com Sheila Stilwell, mãe de uma criança com síndrome de Down.

<sup>3</sup> Tavares, A.d.M. - "Como eu vi o 5º Congresso Mundial de Psiquiatria Infantil". *Jornal do Médico*. Vol. L. n.º 1052 (1963), p. 748.

“É todo o panorama da formação do Homem – desde o estímulo bioquímico dos genes paternos, a embriogenia, a nascença, o crescimento, a maturação física e mental, a formação da personalidade – do seio materno à livre expressão do próprio Eu – na criação da própria existência em comunidade e no Reino da Cultura!”<sup>1</sup>

Para além das questões do trabalho, do alcoolismo, da saúde mental das crianças, Barahona aponta outros desafios com que a psiquiatria moderna se depara, como o aumento da prevalência de doenças mentais e os problemas inerentes a este crescimento. O psiquiatra nota que:

“Mais de 1 por cento da população sofre de doenças mentais de certa gravidade. Quantos destes 88.000 portugueses logram observação e cuidados para o seu mal? Quantos dos casos mais graves – entre 17 e 24.000 – conseguem a hospitalização necessária ao tratamento? Quantos, dos que são assistidos, auferem as plenas possibilidades da terapêutica actual – medicação sistemática, clinicamente vigiada, psicoterapia (pelo menos de ambiente), assistência social?”

Cerca de 10% da população sofre das chamadas neuroses – nem sempre sofrimentos menores e, tantas vezes, motivos dos mais cruciantes conflitos. Quantos são encarados com compreensão, atendidos nas suas dificuldades?”<sup>2</sup>

Barahona refere que um dos principais problemas que assolam a comunidade médica portuguesa em termos de psiquiatria é a questão da assistência e as desigualdades que se observam. Por exemplo, um jovem rico que sofra de esquizofrenia, que more numa cidade, terá melhores hipóteses de tratamento que um jovem que padeça da mesma maleita, pobre e que viva num meio rural.

Barahona refere que “os rurais internados no Hospital Júlio de Matos constituem apenas 12,7% das admissões, enquanto as zonas rurais têm 68,9% da população do País”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "O problema da saúde mental". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p. 62.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 63.

<sup>3</sup> *Ibid.*

Estas desigualdades entram em conflito desde logo com o carácter profilático que se pretende para a higiene e saúde mental.

O psiquiatra declara, assim, um conjunto de problemas que devem ser encarados de forma sistemática para melhor poderem ser resolvidos. De um modo geral, a saúde mental deve ser uma prioridade nas questões de saúde pública e requer um enorme esforço por parte das visões médicas e da sociedade – Barahona aponta que as afeções do foro psiquiátrico necessitam de mais de um terço de todas as atividades médico-sociais de uma comunidade. Deve, igualmente, existir um esforço continuado para a compreensão da etiopatogenia das doenças mentais e para o desenvolvimento da investigação de qualidade no foro da medicina.

A infância, a juventude e as doenças senis são áreas que o psiquiatra considera como essenciais, sendo necessário que haja o desenvolvimento de assistência psiquiátrica capaz de dar resposta às demandas que vão surgindo.

Barahona defende igualmente que deve existir uma desmitificação do conceito de “louco”, de modo a que a sociedade em geral encare os doentes mentais como indivíduos afligidos por uma doença que embora com características particulares não deixa de ser no seu cerne isso mesmo – uma doença. Deste modo, a evolução de uma sociedade, ou melhor, aquilo que se pode considerar como uma comunidade moderna, encara os problemas de assistência psiquiátrica e de saúde mental como uma prioridade – “uma sociedade desenvolvida do ponto de vista psiquiátrico deve incluir no seu programa de Saúde Mental a assistência urgente aos doentes graves e perturbadores”<sup>1</sup>.

A profilaxia e a prevenção devem ser as peças chave desta nova psiquiatria.

Uma conclusão essencial do autor é a de que a saúde mental é um problema não solucionado ao contrário do que se passa com outras áreas da saúde, como as doenças infecciosas. Assim, no campo da saúde mental, o número de doentes aumenta, aumentando concomitantemente a exigência de tratamentos e de pessoal treinado para bem atender às necessidades de uma população que sofre. Por outro lado ninguém, se pode considerar “imune” à doença mental, sendo que mesmo um indivíduo que considere estar a salvo de tal maleita pode acabar por cair em algum tipo de afeção mental fruto da sua circunstância pessoal. Segundo Barahona Fernandes:

---

<sup>1</sup>Fernandes, B. - "O problema da saúde mental". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p. 85.

## “XII

As novas perspectivas do plano nacional de fomento não devem deixar esquecer o problema humano

Em Portugal estão-se criando novas condições de industrialização e tecnificação da vida, constituem-se novos agregados urbanos e novas formas de actividade social. Pensa-se na transformação da vida agrária, na mecanização da agricultura, no emparcelamento da propriedade. Aumenta a deslocação das populações do campo para as cidades. São necessários rápidos progressos da instrução geral e da aprendizagem técnica, da organização do trabalho e planeamento da vida social e económica.”

Estas novas condições de existência não podem deixar de levantar os mais difíceis e latos problemas de Saúde Mental – a selecção dos indivíduos para as novas profissões técnicas e a sua organização social, a adaptação a novas circunstâncias da vida, tanto climática e habitacional, como pessoal, familiar e comunitária”<sup>1</sup>

Os problemas de saúde mental surgem, portanto dentro de um contexto circunstancial, vergado a realidades nacionais de, por exemplo, modernização e migração. O urbanismo e conseqüente industrialização trazem problemas que devem considerados. O envelhecimento da população e a existência de grupos sociais específicos como desempregados ou pessoas em situações económicas carenciadas são fatores a ter em conta. Os jovens são considerados como um grupo de elevado risco para a doença mental, uma vez que se observa um “afastamento (recíproco) das diferentes gerações, o abandono (de presença e sobretudo de moral) da parte dos pais e novos conflitos entre os diversos modos de pensar e as atitudes de inconformismo e rebelião da juventude”<sup>2</sup>.

Assim, a higiene mental adquire o estatuto de “problema nº 1 da Saúde Pública”<sup>3</sup>.

Uma das soluções para estes problemas assenta na promoção da prevenção, nomeadamente dando uma importância acrescida à higiene mental da criança, como já

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Problemas da saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 891 (1960), p. 418.

<sup>2</sup> Ibid. p. 419. Cf. ainda sobre este tema Fonseca, A.F.d. - "Higiene mental da juventude". Ibid. Vol. XLIII. n.º 935, pp.927-935; Silva, A. - "Higiene Mental do velho do nosso tempo". Ibid.n.º 925, pp. 279-283.

<sup>3</sup> Fernandes, B. - "Problemas da saúde mental". Ibid. Vol. XLI. n.º 891, p. 417.

foi discutido<sup>1</sup>. Em Portugal, esta prevenção adivinha-se difícil, uma vez que Barahona Fernandes sublinha que “precisamos urgentemente de cerca de 24 Serviços de Saúde Mental Infantil distribuídos por todo o País”<sup>2</sup>, existindo em 1960 apenas um.

Assim, o médico defende que se deve assistir a uma evolução da assistência psiquiátrica para a saúde mental. Este mecanismo de saúde é abrangente, não operando unicamente a nível do tratamento, mas sim refletindo-se sobre a completa existência do indivíduo.

As questões centrais da saúde mental remetem a discussão do tema para fronteiras até então relativamente circunspectas ao indivíduo autónomo. As problemáticas que se discutem, sejam elas migrações, grupos sociais ou a influência do trabalho tornam a saúde mental um ponto de discussão muito menos isolado e mais abrangente. No fundo fala-se da sociedade, da cultura organizacional, do apoio legislativo. De uma visão centrada em causas individuais, fala-se agora de um espectro ambientalista que se imiscui e de certo modo altera (ou encerra em si o potencial de mutação) da personalidade do indivíduo. Será a sociedade uma causa da doença psíquica? Sem dúvida. Não será, no entanto, a sociedade *per se* a causadora de tanto rebuliço patológico, mas antes a incapacidade de adaptação do homem à evolução normal do mundo moderno – a industrialização, o urbanismo crescente, as demandas da vida moderna, a emancipação dos povos, o crepúsculo tecnológico, as ambiguidades morais, as responsabilidades familiares e profissionais. Será numa suma de conceitos, aquilo que se designa de stress? O uso da palavra stress, enquanto referente a agentes ambientais que atuam num organismo biológico causando doença começa a ser usada por volta dos anos 30. O termo foi adaptado da física e ganharia ampla dispersão popular ao longo do século XX<sup>3</sup>. No entanto é raro o seu uso pelos psiquiatras portugueses para descrever as vicissitudes da vida moderna e o seu impacto na saúde mental. Será de certo modo redutor aplicar o termo stress a um conjunto de situações que não se revêm no simplismo de um termo técnico e de certo modo limitado. As questões de saúde mental vão muito além deste

---

<sup>1</sup> Cf. Fonseca, A.F.d. - "Higiene mental da infância". Ibid.Vol. LIII. n.º 1101 (1964), pp.497-508. Barahona Fernandes refere que “Cerca de 5% das crianças em idade escolar carecem de atenções psicológicas. Quantos não são apenas tidos por indisciplinados, preguiçosos e castigados e prejudicados como tal?” Cf. Fernandes, B. - "O problema da saúde mental". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p. 63.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "Problemas da saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 891 (1960), p. 419. Está implícita aqui a visão de que os medicamentos não bastam para um plano de saúde mental eficiente.

<sup>3</sup> Cf. Chrousos, G.; Loriaux, D.L. e Gold, P. - "Introduction: The Concept of Stress and Its Historical Development". In: Chrousos, Loriaux e Gold (eds.) *Mechanisms of Physical and Emotional Stress*. EUA: Springer US, 1988.



termo – são questões de fundo organizacional, político, legislativo, social, económico e acima de tudo humano. E é sobretudo durante as décadas de 50 e 60 que os novos temas da psiquiatria moderna ganham força, sobretudo a problemática da saúde mental, pois antes destas décadas, nota Barahona Fernandes:

“A psicofarmacologia que a bem dizer não havia ainda nascido no seu sentido actual, não aparecia representada, senão de maneira episódica, por comunicações sobre os efeitos do ácido glutâmico e dos dinitrilos; a bioquímica cerebral apenas tinha direito a um simpósio de menos importância, a psiquiatria social, onde a genética era o tema central, não tratava de epidemiologia e praticamente sem qualquer alusão à sociogénese, não encarava a organização dos cuidados a não ser do ponto de vista da legislação e das estruturas de assistência”<sup>1</sup>.

É exatamente no crescente uso de medicamentos psicofarmacológicos e a sua relação com as questões do psicodinamismo social e ambiental que se centra o problema da saúde mental. Os psicofármacos exigem que as mudanças sejam feitas de forma mais célere – a maior facilidade com que o tratamento é conseguido impõe novas questões de âmbito social, legislativo e clínico. Por outro lado, a exigência de visões mais claras e organizadas surge exatamente por força da inovação psicofarmacológica.

Com o surgimento da problemática da saúde mental e das questões de higiene, aprofundam-se temáticas que de um modo mais ou menos direto pretendem estabelecer condutas de certo modo imutáveis e que culminam na discussão da hereditariedade das doenças mentais, e a larga vista, eugenia.

A hereditariedade percebe-se como uma continuação da discussão alargada do tema da saúde mental, podendo até ser entendida como um estudo de higiene mental, a higiene mental da genética. A hereditariedade das doenças mentais não é de todo um tema novo da psiquiatria – a histeria, a psicopatia ou a neurose constituem-se como características mentais que autores de todo o mundo já identificavam como passíveis de transmissão genética.

---

<sup>1</sup> Pichot, P. e Fernandes, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984. p. 189.

O que a psiquiatria moderna - a psiquiatria pós-farmacologia - questiona é o teor fatalista da doença mental enquanto agente genético de transmissão familiar. Questiona-se também o carácter degenerativo da doença – o facto de doenças mentais leves poderem ser transmitidas a gerações sucessivas, assumindo carácter mais gravoso ao longo destas mesmas gerações. Este fundo mórbido da doença mental, algo que se transmite e se maximiza ao longo das gerações recolhe a atenção de muita opinião médica.

Fernandes da Fonseca falando sobre a esquizofrenia, refere que sobre esta doença:

“Admite-se que, dadas as características da perturbação, se possa tratar mais dum alteração primária funcional de um determinado gene do que, propriamente dum defeito de natureza anatómica. Responsabiliza-se, assim, e em última análise, um transtorno bioquímico de carácter funcional pela desintegração afectivo-emocional e sensorio-perceptiva que, habitualmente, se observa na esquizofrenia”<sup>1</sup>.

A esquizofrenia terá, assim, a sua génese não num mau funcionamento estrutural anatómico<sup>2</sup> ou numa lesão tegumentar, mas sim uma génese microscópica de alteração genética – o desequilíbrio desta alteração traduz-se numa transmissão bioquímica deficiente. Esta visão está de acordo com as postulações de fluxos de neurotransmissores

---

<sup>1</sup> Fonseca, F. - "Hereditariedade na esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1153 (1965), p. 461.

<sup>2</sup> Note-se a título de curiosidade, o trabalho mais ou menos extenso sobre as questões da constituição corporal e a sua relação com a esquizofrenia. Inspirados na obra de Kretschmer e Sobral Cid e nos trabalhos das escolas francesas e italiana, os clínicos portugueses dedicam bastante espaço à caracterização corporal dos indivíduos e as suas relações com afeições psiquiátricas. Sotto-Mayor Rego e Gerhard Koch notam que a caracterização da constituição corporal dos indivíduos é útil não só para o diagnóstico psiquiátrico como para a instituição de uma terapêutica eficaz. Trabalhando com um conjunto de 100 casos de esquizofrenia de doentes do norte de Portugal (nomeadamente do Porto e Coimbra), os autores encontram um total de 42 indivíduos leptossómicos, 15 indivíduos leptossómicos-atléticos, 8 atléticos, 3 atléticos pícnicos, 4 pícnicos, 20 displásicos e 8 incharacterísticos. Os autores referem que os indivíduos leptossómicos da sua amostra coincidem com o postulado por Kretschmer, sendo, no entanto, mais baixos em altura. Caracterizam-se assim por serem pequenos, gráteis e magros, com largura de ombros pequena, caixa torácica estreita e ossos e músculos pouco desenvolvidos. Já os atléticos são caracterizados por uma musculatura bem desenvolvida e ossos fortes. Os pícnicos têm um corpo redondo, com pescoço curto e enterrado, membros curtos e face e crânio redondos. Nos displásicos, os autores referem a existência de malformações do esqueleto, displasias generalizadas e variações constitucionais endócrinas. Os autores notam que os casos de esquizofrenia em leptossómicos e leptossómicos atléticos comportam 57% dos casos. Os pícnicos compreendem apenas 7%. A percentagem de displásicos é muito superior às estatísticas internacionais, sendo a percentagem de atléticos na população portuguesa muito inferior ao que se observa em países como a Itália. Também Barahona Fernandes se refere extensamente a este tema, concluindo por exemplo que as psicoses caracterizadas por hiperinésia são mais comuns em leptossómicos enquanto as paranoides afligem mais frequentemente os doentes pícnicos. Veja Rego, A.S.-M. e Koch, G. - "Constituição e esquizofrenia crónica". *Ibid.* Vol. XIX. n.º 472 (1952), pp.285-293; H.J.Fernandes, B. - "Esquizofrenias agudas e holodisfrenias (um grupo de psicoses fásicas endógenas)". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 9. (1957), pp.142-176.

que por esta altura controlam as discussões da etiopatogenia das doenças mentais, tanto em Portugal como no estrangeiro<sup>1</sup>.

Fernandes da Fonseca refere ainda o interesse que tem em trabalhar com grupos de gémeos e com famílias acometidas pela esquizofrenia, referindo que fará estes trabalhos no Serviço de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto com a colaboração dos Serviços de Química Fisiológica e Anatomia Patológica da mesma Faculdade. O médico efetivamente trabalha este assunto com algum afinco.

Sobre as neuroses e psicopatias, Fernandes da Fonseca refere que:

“Assim, por exemplo, na investigação pessoal de um material clínico constituído por 60 probandos gémeos com perturbação afectiva e seus consanguíneos (num total de cerca de 500 pessoas) encontrámos uma incidência de neuroses e psicopatias na ordem dos 11%. Esta percentagem diz respeito, sobretudo, a quadros hipocondríacos, histéricos, obsessivos e outros tipos de personalidade socialmente instável”<sup>2</sup>.

Também Barahona Fernandes, estudando as relações familiares de 88 psicopatas internados, chega à conclusão de que 32% dos irmãos e 68% dos pais sofrem de anomalias psíquicas<sup>3</sup>.

Cunha Ramos conclui que os fatores hereditários parecem ter um papel fundamental no estabelecimento das doenças mentais<sup>4</sup>.

Num outro estudo, este dedicado à questão das depressões, Fernandes da Fonseca realiza um trabalho analisando todos os probandos gémeos com perturbações afetivas de natureza endógena que, desde 1948, tenham sido admitidos no Departamento de Genética do Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres. O estudo dura um ano (entre 1956 e 1957), com o médico a concluir:

---

<sup>1</sup> Cf. Guimarães, A. - "Hormonas e mediadores químicos na actividade psíquica". *Imprensa Médica*. Vol. Ano XIX. n.º 9 (1955), pp.507-526.

<sup>2</sup> Fonseca, F. - "Hereditariedade das neuroses e das psicopatias". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1149 (1965), p. 237.

<sup>3</sup> Cf. Fernandes, B. - "Possibilidades eugénicas nas psicopatias". *Separata da Medicina Contemporânea*. Vol. 31-32. (1941), p. 42.

<sup>4</sup> Ramos, M.L.d.C.. 1960. *Neurose obsessiva: algumas considerações sobre os seus aspectos hereditários*. Dissertação de Licenciatura, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

“Aos familiares com disposições ciclotímicas, deverá ser desaconselhado o matrimónio consanguíneo ou com outros indivíduos de igual carga hereditária, já que os descendentes homozigóticos correm sempre maior risco de, espontâneamente, poderem vir a descompensar-se”<sup>1</sup>.

Independentemente das estatísticas, a opinião geral é a de que, existindo um fundo claramente genético, as doenças mentais não são unicamente fruto de um erro cromossómico.

Fernandes da Fonseca refere que “(...) na determinação de alterações da personalidade (neuroses e psicopatias), a lado de importantes factores de natureza genética, de maior ou menor especificidade, intervêm provavelmente outros factores não específicos”<sup>2</sup>. Os fatores não específicos a que o médico se refere dizem respeito ao ambiente que rodeia o indivíduo – ou seja, enquadra-se nas grandes questões de saúde e higiene mental da época.

Ainda Fernandes da Fonseca, compilando uma série de estudos estrangeiros, refere que:

“Se agora recapitulássemos os dados mencionados no que respeita a observações feitas em gémeos em famílias, facilmente deduziríamos que à parte uma ou outra posição mais extrema, a sua grande maioria se adapta a esta conclusão: sobressaem na causalidade das neuroses e psicopatias factores específicos e não específicos cuja determinação deverá atribuir-se umas vezes à constituição outras vezes ao ambiente.

Mas, no equilíbrio que estas duas variáveis sustentam, cabe, naturalmente à disposição genética da personalidade um maior quinhão de responsabilidade”<sup>3</sup>.

Surge aqui a ideia central de que o indivíduo nasce com o potencial de se tornar doente, mas a verdadeira manifestação da maleita apenas acontece se houver um agente

---

<sup>1</sup> Fonseca, F. - "Genética das perturbações afectivas". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1151 (1965), p. 355.

<sup>2</sup> Fonseca, F. - "Hereditariedade das neuroses e das psicopatias". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1149 (1965), p. 237.

<sup>3</sup> *Ibid.*

catalisador externo que em certa medida irá determinar não só a fisicalidade da doença como a sua extensão e gravidade.

Será uma ideia semelhante à manifestação de uma qualquer doença somática de índole hereditária como a asma – o doente terá a manifestação física de dispneia torácica porquanto existir um estímulo ambiental que a desencadeie.

No entanto, esta noção parece ir um pouco contra aquilo que se postula com as questões de higiene mental e com o facto do homem moderno estar suscetível a uma qualquer doença psiquiátrica por força da circunstância que o rodeia. Ou seja, a noção de higiene mental pressupõe que qualquer indivíduo pode cair num distúrbio mental por questões de desadaptação e perda de homeostase interna – não existe de forma explícita um carácter genético nesta noção.

Ainda assim, os estudos da hereditariedade focam-se em doenças específicas – a esquizofrenia, a neurose, a depressão - enquanto as questões de higiene mental abrangem uma maior área de preocupação, sendo a linha geral de orientação o bem-estar mental do indivíduo. As questões genéticas serão, assim, uma linha específica de enquadramento dentro do quadro geral mais abrangente da saúde mental.

Assinale-se ainda o surgimento da antipsiquiatria, durante a década de 60. Em Portugal, este movimento parece ter um impacto moderado – na revisão bibliográfica da época não se encontram muitos artigos que debatam esta questão. Ainda assim, consegue-se estabelecer um padrão de opinião em relação a este tema.

O movimento da antipsiquiatria tem a sua génese no início dos anos 60 em Inglaterra. Dois marcos deste movimento são a edição do livro “The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct” de Thomas Szasz em 1961 e no mesmo ano a obra de Michel Foucault “Histoire de la folie à l'âge classique - Folie et déraison”.

O conceito por trás da antipsiquiatria é explicado de forma sucinta por Szasz:

“A maior parte das pessoas acredita que a doença mental seja um tipo de enfermidade, e que a psiquiatria seja um ramo da medicina; além disso, embora as pessoas se possam considerar «doentes», elas raramente se acham e se dizem «mentalmente doentes». A razão porque isso acontece, como tentarei mostrar, é realmente muito simples: uma pessoa pode sentir-se triste ou radiante,

insignificante ou grandiosa, suicida ou homicida, e assim por diante, mas provavelmente não vai classificar-se de mentalmente doente ou insana; é bem mais provável que isso seja sugerido por outra pessoa. Eis porque as doenças corporais são caracteristicamente tratadas com o consentimento do paciente, enquanto as doenças mentais são caracteristicamente tratadas sem o seu consentimento (os indivíduos que atualmente procuram a ajuda psicoterapêutica ou psicanalítica, via de regra, não se consideram doentes ou mentalmente doentes, mas antes vêm suas dificuldades como problemas de vida, e a ajuda que recebem como um tipo de aconselhamento). Em suma, enquanto os diagnósticos médicos dão nomes a doenças genuínas, os diagnósticos psiquiátricos estão estigmatizando rótulos. (...) Segundo a visão que me empenhei em desenvolver e esclarecer, entretanto, não há nem pode haver doença mental ou tratamento psiquiátrico; a intervenção agora designada por «tratamento psiquiátrico» pode ser claramente identificada como voluntária ou involuntária: as intervenções voluntárias, as pessoas fazem por si sós num esforço de mudar, enquanto as intervenções involuntárias são feitas a elas num esforço de mudá-las contra sua vontade; e a psiquiatria não é um empreendimento médico, mas um empreendimento moral e político”<sup>1</sup>.

De um modo geral, a antipsiquiatria defende que a doença mental não é uma entidade de que alguém padeça, mas antes algo que é inventado. E se a doença não existe, tão pouco existe tratamento, cura ou hospitalização.

Sobre a antipsiquiatria, Tito Seabra-Dinis, por ocasião de uma palestra que profere no II Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Belo Horizonte, 1-7 outubro de 1972) refere que:

“Diga-se o que se disser, não há dúvida de que a teoria e os actos dos antipsiquiatras se assemelham a uma autêntica «doença infantil» da psiquiatria! Chegam ao ponto de dizer que não existem

---

<sup>1</sup> Szasz, T. - "O mito da doença mental". Brasil: Zaha editores, 1974, p. 11.

doentes com esquizofrenia e que a esquizofrenia se encontra não no doente, mas no psiquiatra que formula tal diagnóstico!”<sup>1</sup>

Do mesmo modo, Barahona Fernandes demonstra o seu repúdio pela antipsiquiatria:

“Estávamos já habituados aos desvarios de uns tantos que se identificavam com os seus enfermos e pareciam querer justificar as velhas ironias do público para com os «alienistas», em risco da própria alienação. Alguns deles seriam, de certo modo, os «Loucos» que tinham as chaves dos manicómios. E outras que tais, muito divulgadas.

O caso agora muda de figura. É toda uma nova doutrina, com ares de revelação surpreendente, em atitudes de violenta contestação que se ergue contra o edifício pensante construído e inacabado da Medicina Mental. É a chamada «antipsiquiatria», com ecos já nos jornais diários e na vida social”<sup>2</sup>.

A psicofarmacologia parece ser um trunfo no que concerne ao poder de refutar o novo movimento.

Barahona Fernandes refere que

“Agora que os progressos da psicofarmacologia, cientificamente fundamentados e aplicados e o progresso e difusão das atitudes psicoterápicas que aqueles facultam e tanto facilitam nas psicoses estavam a permitir uma terapêutica mais eficaz e humana – os métodos biológicos mediante o elo da transferência vital, complementando-se pelos métodos psicoterápicos e socioterápicos – é nesta fase de indiscutível melhoria do ambiente dos hospitais e consultas psiquiátricas bem organizadas e dirigidas, que se vem negar a Psiquiatria clínica baseada nas ciências fundamentais, médica e humanamente utilizadas – a Psiquiatria humana de

---

<sup>1</sup> Seabra-Dinis, T. - "Antipsiquiatria, ideologia contestatária: suas origens e significação". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1545 (1972), p. 744.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "A saúde mental perante a chamada antipsiquiatria". *Saúde Mental*. Vol. IV. n.º 13 (1972), p. 5.

fundamento bio-psico-sociológico – em prol de uma neomitologia psiquiátrica?”<sup>1</sup>.

Barahona termina esta sua intervenção apelando a uma união dos intervenientes no processo de saúde mental. O apelo não é em vão. A antipsiquiatria não parece encontrar adeptos em solo português, pelo menos no que à classe médica concerne.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "A saúde mental perante a chamada antipsiquiatria". *Saúde Mental*. Vol. IV. n.º 13 (1972), pp. 7-8.



#### 4. Efeitos a jusante na psiquiatria

Como responder às crescentes preocupações de saúde mental? Como atuar nas novas perspectivas preventivas da doença mental?

As questões de higiene e saúde mental materializam-se no surgimento de novos ramos da psiquiatria. É uma necessidade de articulação necessária. Para se adaptar a novas realidades, a psiquiatria transmuta-se e alarga o seu espectro de intervenção. Não se fala aqui tão somente num sentido teórico da psiquiatria mas antes numa verdadeira revolução a nível institucional e de recursos humanos. Hospitais, médicos e equipas têm de se adaptar a novas matrizes e coordenadas e a mudança vai ocorrendo.

A resolução destes problemas da saúde mental relaciona-se, e muito, com a estrutura da organização hospitalar. Assim, os progressos da assistência psiquiátrica devem trilhar-se por uma melhor e mais forte organização hospitalar e extra-hospitalar.

Como refere Barahona Fernandes:

“A solução não está porém, no Asilo, nem no mero internamento hospitalar. É necessário todo um conjunto de órgãos assistenciais, abrangendo – muito para além da hospitalização, a procura das situações carenciadas de auxílio, o diagnóstico e tratamento precoces dos doentes e perturbados e a sua recuperação e adaptação social”<sup>1</sup>.

Este tipo de assistência pretendida deve focar-se na multidisciplinaridade possível e desejada, ou como refere Seabra-Dinis “longitudinal, por oposição ao tipo transversal até agora usado”<sup>2</sup>, que permite uma profunda falta de comunicação entre etapas ou serviços como:

“aquela , que ainda entre nós perdura, segundo a qual um doente, que esteve internado em determinado hospital psiquiátrico, terá de passar a ser seguido depois da alta, por uma nova equipa médica, na consulta de um dispensário que, embora funcionado no mesmo edifício do hospital, é totalmente independente do mesmo”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Problemas da saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 891 (1960), p.417.

<sup>2</sup> Seabra-Dinis, J. - "O fim dos asilos". *Ibid.*n.º 892, p. 461.

<sup>3</sup> *Ibid.*

Está implícito neste pensamento o que se chama em França de psiquiatria de sector<sup>1</sup>, que assenta no princípio de “unidade e indivisibilidade da prevenção, da profilaxia, da cura e da pós-cura”<sup>2</sup>. A psiquiatria de sector pretende, assim, alargar as actividades do hospital psiquiátrico, através da sua imiscuição noutros sectores fora deste mesmo hospital e/ou o hospital psiquiátrico é considerado como um dos muitos intervenientes no seio de uma organização psiquiátrica assistencial mais lata.

Sumariando, “ao contrário do que era tradicional, o hospital psiquiátrico<sup>3</sup> já não deve isolar-se da sociedade que serve, mas antes situar-se, sempre que possível, no seu seio e multiplicar com ela os contactos e ligações”<sup>4</sup>.

Barahona Fernandes sugere que este processo de expansão deve assentar em determinadas bases definidas, exigindo a preparação adequada de técnicos de saúde, assistentes sociais e sociólogos<sup>5</sup>; criando unidades de tratamento e prevenção em populações carenciadas; alargando os cuidados psiquiátricos à população em geral (com atenção especial aos grupos de risco já identificados); ênfase no binómio da assistência intra e extra-hospitalar<sup>6</sup>; aproveitando as capacidades inatas de trabalho do indivíduo para a ressocialização; abandono dos moldes de “manicómio” para adoção de uma clínica mais acessível à população e por fim, o reconhecimento da universalidade do direito à saúde mental<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Cf. Leal, R. - "Psiquiatria social e sectorização dos estabelecimentos psiquiátricos. Organização da luta contra a doença mental". Ibid. Vol. LXXIX. n.º 1515 (1972), pp.55-66.

<sup>2</sup> Ibid., p. 55.

<sup>3</sup> Note-se, no entanto, que o próprio hospital psiquiátrico, apesar de ser uma componente integrada e combinada, não deve perder a sua importância. Barahona Fernandes detalha algumas características que o hospital psiquiátrico deve ter por forma a uma intervenção eficaz no quadro da saúde mental. Assim, os hospitais psiquiátricos devem “ser de pequenas dimensões (300-500 camas), não estar longe dos outros hospitais, nem das populações a atender (descentralização em pequenos hospitais regionais, com os respetivos dispensários).” Cf. Fernandes, B. - "A psiquiatria no ano de 1960". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), p. 11.

<sup>4</sup> Seabra-Dinis, J. - "A revolução psiquiátrica contemporânea". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p. 59.

<sup>5</sup> O papel da psiquiatria enquanto elemento chave da terapêutica do doente mental nunca deixa, no entanto, de ser central. A psiquiatria pode e deve conservar e estudar os elementos de outras ciências, mas nunca perder o seu verdadeiro carácter. Cf. Fernandes, B. - "A psiquiatria no quadro das ciências". *Jornal do Médico*. Vol. LI. n.º 1067 (1963), pp.509-514.

<sup>6</sup> Dentro das atividades extra-hospitalares, as mais importantes prendem-se com a articulação familiar e a prevenção e educação das populações. Cf. Polónio, P. - "Bases da organização dos serviços de saúde mental". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp.77-79.

<sup>7</sup> Cf. Fernandes, B. - "Editorial: Progressos da assistência psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XL. n.º 872 (1959), p. ilegível. Segundo o autor, num outro trabalho, as bases da “ assistência e saúde mental” devem ser as seguintes: alargamento dos cuidados psiquiátricos; direito ao tratamento de todos os doentes; procura ativa de doentes; apoio da sociedade no tratamento e integração dos doentes mentais; atenção extra-hospitalar, refletida nas consultas externas e dispensários; canais de comunicação entre pessoas/ambientes mais efetivos; abandono dos postulados asilares; reiterar a prevenção sobre o tratamento; relevar a saúde mental infantil. Assim, os serviços de psiquiatria dos Hospitais Gerais devem permitir um acesso facilitado

A ideia de uma ação extra-hospitalar alarga-se assim, segundo Pedro Polónio a:

“dispensários, ambulatórios, a assistência domiciliária, centros de dia. Oficinas protegidas, clubes pós-cura, colocação familiar, etc., ou a modalidade intermediária do hospital de noite e do hospital de dia, já ensaiada esta última com êxito entre nós, no Hospital Júlio de Matos”<sup>1</sup>.

Os novos medicamentos desempenham neste processo um papel fundamental através de várias formas. Por um lado, proporcionam tempos de internamento mais curtos<sup>2</sup>, facto que é realçado como fulcral para o equilíbrio social do doente<sup>3</sup>.

Pedro Polónio refere que:

“Os doentes psíquicos que beneficiam de tratamento intensivo têm alta ao fim de um período de 30 a 50 dias. 32 dias na Casa de Repouso da Luz, 52 dias no Hospital Júlio de Matos, o que é pouco mais que a duração média de hospitalização nos Hospitais Cívicos de Lisboa e no Hospital de Santa Maria.”<sup>4</sup>

Por outro lado, os novos medicamentos proporcionam às doenças mentais uma fuga da noção de incurabilidade e estigma associado.

Segundo Seabra-Dinis:

---

da população aos serviços médicos psiquiátricos, congregar tratamentos psicológicos com outras noções, formar bons clínicos e “integrar a assistência social psiquiátrica nas atividades extra-hospitalares da Saúde em geral – facilitando a sua aceitação e compreensão pelo público”. Cf. Fernandes, B. - "A psiquiatria no ano de 1960". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), p. 12.

<sup>1</sup> Polónio, P. - "Bases da organização dos serviços de saúde mental". *Ibid.*, p. 56.

<sup>2</sup> Barahona Fernandes defende que o internamento dos doentes deve ser o mais curto possível, por forma a não se verificar um corte profundo com as atividades normais do doente. O médico defende que “logo após as melhoras com os novos tratamentos, o doente deve começar a sair, contactar com o meio social, regressar à família, ao trabalho (sob forma condicionada sendo necessário!), continuando a medicação pelo tempo necessário e indo periodicamente à consulta, a clubes sociais de apoio, etc.”, sendo que deste modo não se verificam duas realidades isoladas, “o doente no hospital” e a “família sem o doente”. Cf. Fernandes, B. - "A participação portuguesa no II Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), pp.13-30. Confirma ainda Seabra-Dinis, J. - "O problema da assistência familiar". *Jornal do Médico*. Vol. XXVII. n.º 646 (1955), pp.307-313.

<sup>3</sup> Seabra Dinis refere que “ainda há pouco tempo se aceitava que todo o doente mental, que era forçado pela sua doença a um internamento de mais de dois anos, ficava com uma possibilidade mínima, não superior a 1% de algum dia vir a ter alta.” Cf. Seabra-Dinis, J. - "A revolução psiquiátrica contemporânea". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p. 54.

<sup>4</sup> Polónio, P. - "As bases médico-sociais comuns dos serviços de saúde e psiquiátricos". *O Médico*. Vol. XXVI. n.º 598 (1963), p. 446. O autor, no entanto, realça que este tipo de tratamento intensivo é feito na sua maioria por instituições privadas, não sendo acessível a grande parte da população e não beneficiando das benesses das estruturas sócio terapêuticas presentes nos hospitais públicos.

“E as doenças mentais, mesmo as mais graves, começam a pouco e pouco a perder o seu carácter fatídico, de irreductibilidade total, perante as quasi a ciência durante tanto tempo se mostrara inoperante”<sup>1</sup>.

Estas características são essenciais – não só permitem uma visão social da psiquiatria, como vão impulsionar a necessidade de uma disciplina mais abrangente e interventiva. Estas alterações induzidas pela entrada da psicofarmacologia são não só causa, são um verdadeiro mecanismo de catálise da saúde mental. No entanto, os medicamentos por si só não resolvem todos os problemas da saúde mental, como nota Barahona Fernandes:

“Os medicamentos lá se vão obtendo – com sacrifícios e ajudas variadas! É difícil recusar verbas para remédios tão activos. Maiores dificuldades oferece a organização de uma assistência social eficiente (...)”<sup>2</sup>.

Acima de tudo, mesmo com psicofarmacologia, o que se pretende é uma psiquiatria assistencial, uma base de fundações fortes que permita que todo o processo inato à saúde mental se desenrole da melhor forma.

Barahona Fernandes relembra que “é sabido como o progresso antibiótico não resolveu o problema da tuberculose, na falta de suficiente organização da assistência e apoio social”<sup>3</sup>. Ou seja, se por um lado a arma farmacológica existe, se não existir mudança organizacional de nada valem novos medicamentos.

A descoberta dos medicamentos para doenças mentais veio alterar o paradigma da psiquiatria, mas não é agente exclusivo no plano nacional da Saúde Mental – é sim, um dos seus componentes, que funciona de forma mais fácil na prevenção, tratamento e recuperação, ao mesmo tempo que liberta espaço nos hospitais e diminui tempos de internamento. Todas estas funções têm profundas implicações em dinâmicas hospitalares, extra-hospitalares e sociais, tendo de existir uma integração perfeita dos vários agentes em jogo.

---

<sup>1</sup> Seabra-Dinis, J. - "A revolução psiquiátrica contemporânea". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), p. 54.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "Editorial: Progressos da assistência psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XL. n.º 872 (1959), p. 872.

<sup>3</sup> Ibid.

O início desta psiquiatria integradora dá-se, segundo Barahona Fernandes, com a abertura, no Hospital Escolar de Santa Maria em Lisboa, de um serviço de psiquiatria com consultas de neuroses, hospital de dia e um centro de saúde mental, esperando o médico em breve que no Porto, no hospital de S. João, se inaugurem serviços com moldes similares (o que eventualmente acontece, sob a orientação de Fernandes da Fonseca). No entanto, os problemas explorados por Barahona Fernandes, continuam a existir durante a década de 60, e são referidos por muitos clínicos portugueses - a falta de médicos (entre 1953 e 1963 apenas se inscrevem na ordem dos médicos 28 psiquiatras, existindo um total de 94 psiquiatras inscritos na Ordem)<sup>1</sup>, o facto de existirem demasiados alunos para o número diminuto de médicos escolares, e as falhas na prática que infelizmente são frequentes<sup>2</sup>. Por outro lado, com a etiopatogenia das doenças mentais incógnita, o alastramento destas maleitas propaga-se para a população, com fatores de desequilíbrio a surgirem com cada vez mais expressão, como o alcoolismo (cerca de 300 mil alcoólicos e 1 milhão de portugueses a necessitarem de cuidados psiquiátricos)<sup>3</sup>. Finalmente é urgente aumentar os gastos públicos em saúde mental, promover Dispensários de Higiene Mental infantil e educar a população<sup>4</sup>.

A 3 de abril de 1963<sup>5</sup> é promulgada a lei nº 2118, chamada lei de Saúde Mental, que estabelece em Portugal o regime de psiquiatria de sector<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup>Cf. Bessa, S. - "Problemas de saúde mental". Ibid.Vol. L. n.º 1048 (1963), pp.344-346.

<sup>2</sup> Cf. Santarém, D. - ibid.n.º 1049, pp. 530-531.

<sup>3</sup> Cf. Cardoso, A. - ibid.n.º 1050, pp. 578-581.

<sup>4</sup> Cf. Moreira, A. - ibid.n.º 1052, pp. 807-809.

<sup>5</sup> Esta lei vem substituir a Lei Flores, de 1945. A lei propõe na sua Base III a criação de um Instituto de Saúde Mental, destinado a cuidar da saúde mental portuguesa, sobretudo sob um ponto de vista preventivo. A questão da prevenção é aliás uma das diferenças cruciais entre a Lei Flores e a Lei da Saúde Mental. Cf. F.d. Fonseca - "Instituto de saúde mental". Ibid.n.º 1050, p. 543. Para uma visão do Instituto de Saúde Mental e dos problemas associados à sua gestão cf. Matos, A.C.d - ibid.Vol. XCII. n.º 1726 (1976), p. 543.

<sup>6</sup> Os termos de psiquiatria comunitária, psiquiatria de sector e psiquiatria social assumem-se como homónimos, embora, como esclarece Guilherme Ferreira, a psiquiatria de sector é a expressão da assistência nos moldes da psiquiatria social. Cf. Ferreira, A.G. - "Perspectivas actuais da Psiquiatria Social - Análise da assistência psiquiátrica portuguesa - A formação de técnicos psiquiátricos". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1541 (1972), pp.483-492. Barahona Fernandes define psiquiatria social como o "conjunto dos factores do ambiente social e cultural, no que diz respeito à génese, desencadeamento, manifestação e evolução das perturbações psíquicas, com a finalidade da sua prevenção, tratamento e recuperação", sendo uma disciplina interdisciplinar e multidisciplinar. A doença mental é assim um processo social definido por alterações no ambiente, no indivíduo e nas suas relações com o outro, e da forma como estas alterações são vivenciadas e percecionadas pelo próprio e pela sociedade (que pode aceitar, rejeitar, sancionar ou ajudar o indivíduo doente). Cf. Fernandes, B. - "Psiquiatria social". Ibid.Vol. LXXXII. n.º 1577 (1973), pp. 1061-1063; Fernandes, B. - "Psiquiatria social. Modelo antropológico médico da doença/saúde mental". *Acta Médica Portuguesa*. n.º 2 (1979), p. 251. Para uma descrição detalhada da psiquiatria social e sectorização em Portugal nos anos 60 e 70 Cf. Leal, R. - "Psiquiatria social e sectorização dos estabelecimentos psiquiátricos. Organização da luta contra a doença mental". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIX. n.º 1515 (1972), pp. 55-63.

A lei é bem intencionada, sendo mesmo descrita como moderna e em linha com o que se faz noutros países como a lei francesa e inglesa (de 1960) e a norte americana (também de 1963)<sup>1</sup>. Tentando responder aos problemas explorados pela comunidade médica nacional, estabelece a criação de inúmeras infraestruturas, tais como serviços de prevenção, reabilitação e recuperação, tratamento e profilaxia de alcoolismo e toxicomanias, hospitais de dia e de noite (em ligação aos hospitais psiquiátricos ou gerais), serviços domiciliários e de ajuda a famílias com doentes mentais e preconiza a criação de centros de Saúde Mental com autonomia administrativa e técnica.<sup>2</sup>

Uma década depois, a lei da Saúde Mental recolhe alguns louros.

Barahona Fernandes refere que:

“A Clínica Psiquiátrica e de Psicologia médica do Hospital Escolar de Santa Maria, como mais tarde a sua congénere do Porto, sob a orientação do Prof. Fernandes da Fonseca, adquiriu plenos direitos de cidade e inseriu-se francamente na orgânica estrutural do Hospital. A aceitação e compreensão dos médicos e de todo o restante pessoal têm melhorado progressivamente”<sup>3</sup>.

Barahona Fernandes realça ainda que o futuro da psiquiatria “médico-social”<sup>4</sup> reside nos “serviços psiquiátricos em hospitais gerais, com os Centros de Saúde anexos”<sup>5</sup>.

No entanto, e apesar de alguns progressos a lei não parece ter o impacto desejado. Problemas burocráticos afetam a sua aplicação (no início dos anos 70 a lei ainda não está regulamentada) e em termos de realizações, os objectivos ficam muito aquém do esperado.

Segundo Guilherme Ferreira

“Foram apenas criados centros de Saúde Mental para adultos, no Porto, em Braga e Viana do Castelo, na Zona Norte; em Leiria, na Zona Centro; e em Faro e Portalegre na Zona Sul; e Centros de

---

<sup>1</sup> Ferreira, A.G. - "Perspectivas actuais da Psiquiatria Social - Análise da assistência psiquiátrica portuguesa - A formação de técnicos psiquiátricos". Ibid. Vol. LXXX. n.º 1541, pp. 483-492.

<sup>2</sup> Está patente nesta lei uma descentralização do cerne da psiquiatria para uma causa bio-socio-patológica. O homem não está fatalmente (em termos biológicos) determinado a ter uma doença mental, nem a sociedade é unicamente responsável pela sua doença.

<sup>3</sup> Fernandes, B. - "Psiquiatria social". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1577 (1973), p. 1063.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

Saúde Mental infantil em Coimbra e em Lisboa. Se atendermos a que estava previsto um centro de Saúde Mental em cada distrito, vemos o caminho que ainda falta ocorrer”<sup>1</sup>.

Os próprios recursos de cada centro são muito poucos. O Porto é o distrito com melhores condições de assistência psiquiátrica social detendo um dispensário, um hospital de dia, dois lares de pós-cura e do Hospital Magalhães Lemos, servido por duas instituições asilares, o asilo psiquiátrico de Travanca e o asilo Portuense. No distrito de Braga, o centro de Saúde Mental é constituído apenas por um dispensário e um lar pós-cura. Em Coimbra, a assistência psiquiátrica faz-se através do Hospital Sobral Cid e da Colónia Agrícola do Lorvão<sup>2</sup>, cada uma com um dispensário.

Guilherme Ferreira faz uma análise do ponto de situação nacional salientando a falta de pessoal, nomeadamente médicos – exceção feita a Coimbra, Porto e Lisboa - enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e sociólogos, concluindo que:

“Se tivermos em conta que cada sector psiquiátrico de que o centro de Saúde Mental constitui a porta de entrada e o centro de comunicações, pressupõe a existência de um dispositivo da psiquiatria social, com uma vertente comunitária, temos de concluir, com base na exposição feita, que não existe nenhum dispositivo de psiquiatria de sector em Portugal, embora haja que reconhecer que o centro de Saúde Mental do Porto, onde se começou a discutir como desenvolver uma acção comunitária ou preventiva, se encaminha nesse sentido”<sup>3</sup>.

A razão do falhanço da implementação da lei reside em particularidades nacionais, quer económicas quer políticas, ou como Guilherme Ferreira resume “a comunidade não estava preparada para a aceitar – e, muito menos, para a pagar”<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Ferreira, A.G. - "Perspectivas actuais da Psiquiatria Social - Análise da assistência psiquiátrica portuguesa - A formação de técnicos psiquiátricos". Ibid. Vol. LXXX. n.º 1541 (1972), p. 484.

<sup>2</sup> Existe ainda em Coimbra, a Colónia Agrícola de Armes, a Casa de Saúde de Condeixa e de S. Nicolau.

<sup>3</sup> Ferreira, A.G. - "Perspectivas actuais da Psiquiatria Social - Análise da assistência psiquiátrica portuguesa - A formação de técnicos psiquiátricos". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1541 (1972), p. 490 Cf. ainda Ferreira, A.G. - "Evolução das instituições psiquiátricas e cuidados de saúde mental em Portugal". *Saúde Mental Hoje*. Vol. 1. n.º 1 (1987), pp.3-7.

<sup>4</sup> Ferreira, A.G. - "Perspectivas actuais da Psiquiatria Social - Análise da assistência psiquiátrica portuguesa - A formação de técnicos psiquiátricos". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1541 (1972), p. 491. O autor detalha, no entanto, algumas razões para o insucesso da implementação da lei: equipas numerosas, divisão destas equipas complicada, choques hierárquicos e de ego, teorização em demasia da psiquiatria social e pouca aplicação, falta de formação do pessoal e falta de formação académica no curriculum de Medicina.

A proposta de criação do Serviço Nacional de Saúde, que viria a ser efetivada em 1979, mas que surge de forma embrionária no Decreto-Lei 413/71<sup>1</sup>, leva a algumas considerações por parte dos clínicos portugueses, embora estas reflitam a desilusão da promessa nunca concretizada pela Lei da Saúde Mental.

Barahona Fernandes refere que mesmo os poucos bons exemplos de psiquiatria social e promoção da saúde mental<sup>2</sup>, como a Clínica Psiquiátrica Universitária do Hospital Júlio de Matos, se degradaram, face a um desinteresse generalizado dos poderes políticos e de uma estratégia global de saúde mental ineficaz.

O médico conclui:

“Os projectos de Saúde Mental a nível nacional ficaram no papel, por falta de condições sócio culturais e económico-políticas e, ainda, porque os seus fins – de libertação da personalidade em atitude democratizante, realização humana e socialização criativa e progressiva – estavam em contradição com a ideologia vigente<sup>3</sup> e oficialmente imposta”<sup>4</sup>.

Barahona defende pois uma integração da “Saúde psicossocial e biossociológica”<sup>5</sup>, sendo que a saúde mental “não pode deixar de fazer parte do Serviço Nacional de Saúde em discussão e projecto”<sup>6</sup>.

No entanto, a aparente desilusão com a implementação da lei não desmotiva os clínicos portugueses pela pesquisa de uma psiquiatria social, mais humana, mais ligada e completa. As várias facetas desta psiquiatria<sup>7</sup> não deixam de ser estudadas e abordadas pela comunidade médica portuguesa, quer sejam serviços psiquiátricos de reabilitação<sup>8</sup>,

---

<sup>1</sup> Este decreto estabelece os princípios da Saúde Pública na organização dos serviços de Saúde.

<sup>2</sup> Barahona reconhece também que a Lei da Saúde Mental não encontrou concretização eficaz.

<sup>3</sup> Refere-se aqui ao período de ditadura portuguesa.

<sup>4</sup> Fernandes, B. - "Saúde mental e serviço nacional de saúde". *Jornal do Médico*. Vol. XC. n.º 1697 (1976), p. 5.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Cf. Fernandes, B. - "A psiquiatria do futuro". *O Médico*. Vol. 115. n.º 1810 (1986), pp.544-554; Fernandes, B. - "Uma crítica de um veterano da saúde mental". *O Médico*. Vol. 123. n.º 1987 (1990), pp.789-790.

<sup>8</sup> Matos, A.C. - "Serviços psiquiátricos de reabilitação". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXIX. n.º 1669 (1975), pp. 9-10.



o destino social dos doentes<sup>1</sup>, a questão dos hospitais psiquiátricos e das novas questões associadas a estas instituições com a psiquiatria social<sup>2</sup>.

Outro dos temas de grande interesse da especialidade psiquiátrica prende-se com imiscuição da psiquiatria noutras disciplinas médicas. Já se discutiu a importância e o valor de uma multidisciplinariedade na prática clínica psiquiátrica, mas o que se fala agora é do valor da psiquiatria enquanto agente auxiliador de diagnóstico, prevenção e de tratamento noutras disciplinas médicas - a chamada psiquiatria de ligação assume um papel de interesse junto da comunidade médica portuguesa. Até que ponto é que a psicofarmacologia conseguiu afirmar a psiquiatria como uma disciplina médica de mérito próprio enquanto a revestiu de potencial clínico para ser usada por outras disciplinas médicas? A resposta não é evidente nem imediata. Se por um lado a psicofarmacologia definiu de modo indelével a concretização de uma maioridade reconhecida da psiquiatria, o momento em que esta disciplina médica é aproveitada por outras especialidades clínicas vai-se concretizando de modo relativamente disperso.

O objetivo primário da psiquiatria de ligação prende-se com a perceção e abordagem do homem doente nas vertentes extensamente discutidas, mas ao serviço de outras especialidades – cardiologia, dermatologia, cirurgia, etc. O papel do psiquiatra assenta neste caso numa multiplicação de ações. O que se pretende é uma fluidez contínua da especialidade de psiquiatria com as outras especialidades.

Nascida na década de 30 nos Estados Unidos da América, a psiquiatria de ligação centra-se nas actividades do psiquiatra em serviços não psiquiátricos, surgindo com o crescimento de serviços de psiquiatria em hospitais gerais. Ao psiquiatra cabe, assim,

---

<sup>1</sup> Cf. Matos, A.C. - "Destino dos deficientes mentais tratados". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1709 (1976), pp.943-944; Matos - "Oficinas terapêuticas". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1707 (1976), pp.452-453.

<sup>2</sup> Cf. Graça, A. - "O hospital de dia num hospital geral". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 20-23; Neves, F.S.P. - "Os serviços psiquiátricos ingleses". *Ibid.* Vol. XXIX. n.º 640 (1963), pp. 562-583; Matos, A.C. - "Do funcionamento duma clínica psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. LXV. n.º 1308 (1968), pp. 369-372; Ribeiro, N.A. - "Psiquiatria comunitária versus psiquiatria asilar - diagnóstico e tratamento da Assistência Psiquiátrica em Portugal". *Ibid.* Vol. LXXI. n.º 1411 (1970), pp.331-333; Matos, A.C. - "O hospital psiquiátrico tradicional". *Ibid.* Vol. XCI. n.º 1699 (1976), p.83; Matos, A.C. - "O hospital psiquiátrico central". *Jornal do Médico*. Vol. XC. n.º 1695 (1976), p.508; Lopes, G. - "Hospital psiquiátrico". *O Médico*. Vol. 113. n.º 1764 (1985), pp.642-650; Paiva, F.M.; Esteves, M.; Palhinhas, J. et al. - "O apoio psiquiátrico aos centros de saúde. Balanço de seis anos de experiência do departamento de saúde mental do Hospital de S. João, Porto.". *Ibid.* Vol. 124. n.º 2024 (1991), pp. 397-399; Paiva, F.M.; Moura, M.; Silva, A. et al. - "Uma experiência de psiquiatria integrada. Iterconsulta nos últimos quatro anos.". *Ibid.* Vol. 125. n.º 2034 pp. 35-37; Lopes, G. - "Comunidade terapêutica (psiquiatria)". *Ibid.* Vol. 124. n.º 2020 pp. 312-316; Bento, A. - "Psiquiatria comunitária e Hospital Júlio de Matos (editorial)". *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*. Vol. XVIII. n.º 3 (2005), pp. 135-137.

diversas funções fora do âmbito puramente clínico, como a de investigação, ensino, sensibilização ou diagnóstico.

O psiquiatra pode focar-se no ensino de outros profissionais de saúde, com transmissão de conhecimentos e preparação de outros médicos, enfermeiros ou pessoal de trabalho. Pode igualmente dedicar-se à investigação clínica, nomeadamente em casos de “distúrbios mentais orgânicos, atitude face à morte e acompanhamento de doentes terminais, atitudes face à doença e modelos de coping, impacto psicológico do ambiente hospitalar”<sup>1</sup>.

Por fim, o psiquiatra pode exercer funções de diagnóstico associado a outras especialidades médicas.

Desde a década de 50, com a instituição de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, a psiquiatria de ligação vai ganhando espaço na realidade portuguesa<sup>2</sup>. Atentemos em dois casos relatados por João dos Santos, psiquiatra do Hospital Júlio de Matos:

“Caso II – Mostra a importância dum traumatismo emocional incidindo numa situação de crise (puberdade) e em circunstâncias de inferioridade física.

J.A.V, de 26 anos, mecânico.

Diagnóstico: neurose ansiosa. Queixas cardíacas. Enviado pelo cardiologista Dr. Conde de Paiva.

As queixas são principalmente referidas ao coração mas refere ainda «sentimento de inferioridade..falta de memória...falta de apetite (objectivamente muito bem nutrido)...tudo isto é sanguíneo».

Análise psicológica: Aos 14 anos, estando internado num serviço de cirurgia, um médico disse-lhe por graça que lhe iam cortar um testículo criptoquídico, o que o angustiou durante todo o período de internamento. Desde então perturbações ansiosas com forte

---

<sup>1</sup> Cardoso, G.; Barbosa, A. e Sousa, J.F.d. - "Psiquiatria de ligação num hospital geral: novas perspectivas". *Acta Médica Portuguesa*. n.º 4/5/6 (1988), p. 297.

<sup>2</sup> Fonseca, F.d.; Palha, A.P. e Paiva, M. - "Alguns dados sobre a redifinição de uma unidade de tratamento psiquiátrico num hospital geral". *Separata do Jornal do Médico*. (1981), p. 9.

reação cardio-circulatória atribuída pelo doente ao mau funcionamento cardíaco.

Tratamento: entrevistas psicoterápicas. Melhoria. Prognóstico reservado dada a sua longa evolução e tendência à hipocondria.”

“Caso III – Exemplo de como uma perturbação neurovegetativa inicial pode desencadear um síndrome pulmonar num indivíduo sensível à angústia da tuberculose.

Obs. 168: J.R.S., 35 anos, pedreiro.

Queixas: dores nas costas, anorexia, expectoração grossa, suores nocturnos. Palpitações, insónia, anda «pasmado», não tem «coragem no corpo...» «uma dor a correr o corpo todo...que acaba na cabeça».

Diagnóstico: síndrome psico-somático pulmonar. Depressão ansiosa ligeira desencadeada por perturbação neurovegetativa.

Antecedentes: enurese nocturna até aos 6 anos.

História: Início há 8 meses, quando, depois de ter ingerido bebida fria, foi a correr para o carro, a sentir suores frios, tremores, taquicardia.

Análise: receio de tuberculose. Casos de tuberculose pulmonar em antigos companheiros de trabalho.

Observação: depressão. Análises e radiografia do tórax negativas.

Tratamento: choque acetilcolínico. Depois da 1ª injeção declara: «desde há 8 meses, apesar de todos os remédios que já tomei, nunca me senti tão bem». Curado após uma série»<sup>1</sup>.

Destes exemplos pode-se constatar que não só há especialistas de outras áreas médicas a socorrerem-se dos psiquiatras como há doenças somáticas que têm de ser avaliadas por psiquiatras. Se à data de publicação destes casos de João dos Santos ainda

---

<sup>1</sup> Santos, J. - "Diagnóstico dos síndromes psico-somáticos ". *Jornal do Médico*. Vol. XXI. n.º 543 (1953), pp. 1488-1489.

não há explicitamente em Portugal a noção da psiquiatria de ligação (que viria a ser discutida mais vivamente no final da década de 50 sobretudo por conta de trabalhos de Fernandes da Fonseca), há sem dúvida o espírito desta mesma psiquiatria.

Atente-se ainda no exemplo psicossomático da asma:

“O asmático, em geral, teme a todo o instante ser atacado violentamente por nova crise, e supomos que este medo ou estado de alarme permanente é que vai criando essa tão característica personalidade, essa neurose de angústia, sobejamente conhecida por todos os que se dedicam ao estudo deste assunto. Possivelmente, o facto de pensar insistentemente no aparecimento dos acessos, ou a sua representação mental com todo o cortejo de sofrimento constitui o motivo porque habitualmente sofrem mais crises do que aquelas que ordinariamente teriam de suportar”<sup>1</sup>.

A psiquiatria de ligação começa, pois, a ser tema de interesse dentro da comunidade médica portuguesa. Vários clínicos nacionais, nomeadamente ao longo dos anos 60, 70 e 80 publicam trabalhos sobre o tema<sup>2</sup>.

Nos anos 80, no Hospital de São João no Porto “desde há vários anos existe uma articulação segundo um modelo de responsabilização de um psiquiatra mais treinado por cada serviço hospitalar, com ênfase na actividade clínica”<sup>3</sup>.

Já na década de 80, Barahona Fernandes reflete sobre o futuro da psiquiatria, abordando questões como a etiopatogenia das doenças mentais, a hereditariedade e as diversas vertentes que a psiquiatria pode e deve adquirir.

No discurso do médico surge a esperança de que a resolução da psiquiatria poderá tomar um caminho mais pessoal e até antevê que a doença mental se possa de certo modo solucionar a si própria, através de um acompanhamento cuidado do indivíduo:

“Ou aprender-se-á a moldar dinamicamente a formação e estruturação da personalidade (desde o nascimento, a infância, a

---

<sup>1</sup> Cortils, J.G.d.R.y. - "As psiconeuroses dos alérgicos". Ibid.n.º 529, p. 628.

<sup>2</sup> Cf. por exemplo Fonseca, F.d.. 1959. *Análise heredo-clínica das perturbações afectivas*. Doutoramento, Universidade do Porto; Fonseca, F.d.; Rente, F. e Santos, A. - "Psicossomática e dermatoses". *Actas VI congresso Luso-Espanhol Dermatologia*. Vol. 1. (1966), pp.239-243.

<sup>3</sup> Cardoso, G.; Barbosa, A. e Sousa, J.F.d. - "Psiquiatria de ligação num hospital geral: novas perspectivas". *Acta Médica Portuguesa*. n.º 4/5/6 (1988), pp. 296-303. Cf. ainda Barbosa, A.; Cardoso, G.; Sousa, J.F.d. et al. - "Atendimento psiquiátrico num hospital geral". *O Médico*. Vol. 119. n.º 1904 (1988), pp. 377-382.

juventude, até às idades propectas...) de tal maneira que se alcance a sua melhor organização e equilíbrio e que cada Pessoa se possa desenvolver em liberdade e cooperação, realizar em si própria e integrar-se no seu ambiente”<sup>1</sup>.

O médico refere ainda o papel do próprio indivíduo no seu processo de cura, sendo que a “penetração reflexiva e consciencialização do Próprio e da Pessoa cultural”<sup>2</sup> poderão contribuir para a resolução psicossomática que aflige o doente.

Mais uma vez, as diferentes facetas da doença são referidas por Barahona: a genética, a psicologia, a hereditariedade, o ambiente, a medicação, as relações inter e intra pessoais, a espiritualidade, o avanço científico e clínico. O quadro de associação entre as diferentes vertentes deve ser fluido, de “não exclusão recíproca”<sup>3</sup>, um unísono de “Antropociências”<sup>4</sup> que culminam numa aliança “inter e transdisciplinar”<sup>5</sup> onde se pode verificar “por exemplo: a associação dos fármacos, a psicoterapia e a socioterapia, a planificação familiar pela genética e as condições ambientais, etc”<sup>6</sup>.

Esta transdisciplinaridade não deve, segundo o médico, desmedicalizar a psiquiatria. A evolução da psiquiatria com os medicamentos entretanto à sua disposição é encarada como um avanço muito bem recebido. É Barahona que refere que o futuro da psiquiatria deverá tender para uma visão darwinista ou teleonómica.

De facto, desde os inícios da era psicofarmacológica da psiquiatria, uma tendência darwinista apodera-se da clínica psiquiátrica – o abandono de terapias somáticas em favor de terapias medicamentosas com os novos fármacos, a integração de várias visões a uma área específica, a multiplicação e divisão de esforços em diferentes valências fazem sentido numa visão evolucionista da psiquiatria. O abandono de visões isoladas e terapêuticas menos eficazes por métodos e abordagens com melhores resultados acontecem um pouco ao longo de toda a primeira metade do século XX e continuam durante os anos 60 e 70. Faz sentido que esta visão darwinista que Barahona Fernandes defende para o futuro da psiquiatria na verdade esteja já em curso desde pelo menos os anos 30, ainda que de forma relativamente dissimulada e discreta. Mais do que a evolução

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "A psiquiatria do futuro". Ibid. Vol. 115. n.º 1810 (1986), p. 544.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Ibid., p. 546

no sentido da medicalização psiquiátrica, a evolução da percepção do doente e das suas múltiplas circunstâncias sofrem uma evolução constante, uma transmutação não genética, não no sentido da escolha da característica hereditária favorável ao ambiente, mas no sentido da escolha de uma medicina mais completa e mais eficaz no que à doença mental concerne. Segundo Abed:

“Psychiatry, unlike most other medical sciences, has been characterised by conceptual pluralism. This has meant that a number of competing (and occasionally incompatible) paradigms have coexisted within the field “<sup>1</sup>.

É a filtragem resultante de teste/erro que assume aqui o papel de agente evolutivo nas teorias de tratamento psiquiátricas.

O que a psiquiatria moderna, a psiquiatria do século XXI deve concretizar é no fundo uma continuação dos avanços que têm sido feitos desde a década de 30 e que assentam em pilares fundamentais. Um destes pilares é o fim da cronicidade institucional<sup>2</sup> sendo que as novas formas de assistência à saúde mental devem ganhar cada vez mais força com a instituição de ambulatórios mais eficazes, sem esquecer todas as infraestruturas associadas.

Como refere Barahona Fernandes:

“Não é necessário repetir neste lugar a importância das novas formas assistenciais (as clínicas psiquiátricas em hospitais gerais e outros serviços para doentes agudos, os hospitais de «dia» (e de «noite»), os lares de convalescença, as oficinas protegidas, etc. A experiência futura ensinar-nos-á a aplicação criteriosa e electiva destes e outros instrumentos assistenciais. Ensinar-nos-á também a melhor cooperação dentro das equipas terapêuticas dos diferentes técnicos”<sup>3</sup>.

A grande incerteza que pode levar à não concretização deste objetivo serão questões relacionadas com a planificação de recursos e instrumentos em cada sector delimitado de área de intervenção.

---

<sup>1</sup> Abed, R. - "Psychiatry and Darwinism. Time to reconsider?". *British Journal of Psychiatry*. Vol. 177. n.º 1 (2000), pp.1-3.

<sup>2</sup> Cf. Fernandes, B. - "A psiquiatria do futuro". *O Médico*. Vol. 115. n.º 1810 (1986), pp. 544-554.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 548.

Por outro lado, a mitigação das formas mais ou menos graves de doença mental por meio da aplicação mais precoce e prolongada dos novos medicamentos e de abordagem pluridisciplinares permite que uma nova geração de doentes beneficie de possibilidades verdadeiramente únicas, pelo que Barahona defende que “temos esperança que não volte a haver mais autênticos «alienados» e enfermos agravados pelo hospitalismo e outras perturbações institucionais.”<sup>1</sup>

As esperanças de Barahona Fernandes encontram certezas nas palavras de Pedro Polónio. Polónio escreve em 1989 que:

“The modern psychiatric revolution is changing clinical experience. Patients who avoided psychiatry, panic stricken at the fear of being found insane and confined to hospital, find peace and quiet in consulting rooms. Many psychiatrists boast of never having sent a patient to hospital and of considering each patient a friend.

Admission has ceased to be a protective measure both for the patient and against the risks of the illness, with hospital stay being very often prolonged after the cure through a fear of relapse. It is now a short dispensable period in the chain of prevention treatment and rehabilitation. The length of stay in the acute wards of psychiatric clinics is the same as the average for medicine and surgery of 8 to 12 days”<sup>2</sup>.

Os doentes mentais não são mais os alienados “escondidos” da sociedade que os rodeia. Na verdade, Polónio defende que poucos são os doentes mentais que perdem a noção de realidade ou que se “alienam” da circunstância que os envolve. A esquizofrenia perde definitivamente o seu caráter intrinsecamente fatalista. Ainda Pedro Polónio, sobre a esquizofrenia:

“A esquizofrenia, «as esquizofrenias», descritas pelos grandes tratadistas clássicos, têm inteira existência clínica, mas ainda apresentam problemas, diagnósticos difíceis. Segundo o meu amigo Stromgren, na sua lição Maudsley, em Janeiro de 1987, a

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "A psiquiatria do futuro". *O Médico*. Vol. 115. n.º 1810 (1986), p. 554.

<sup>2</sup> Polónio, P. - "The clinical approach to psychiatry". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 35. n.º 1 (1989), p. 11.

sua penetrância genética é de 40%. 20% dos primeiros surtos são difíceis de diagnosticar, por pobreza de sintomas apresentados, havendo ainda inclusos 10% de esquizofrenias sintomáticas de doenças orgânicas cerebrais. Mais de 50% das esquizofrenias têm evoluções espontâneas benignas, e há consenso geral suficiente para afirmar que o tratamento psiquiátrico activo, em especial os neurolépticos, encurta a duração das crises, prolonga as remissões e leva a defeitos mais leves”<sup>1</sup>.

O alienado não pode mais ser chamado de tal:

“Criticamos os termos de doença mental e psicose, a sua conotação íntima com a loucura, o subentenderem conceptualmente um prejuízo total da apreensão da realidade, a alienação e a saída do mundo humano, a perda de racionalidade, que não existe na maioria dos doentes com esses diagnósticos”<sup>2</sup>.

Será, pois, destas visões modernas que se construirá a psiquiatria do século XXI.

---

<sup>1</sup> Polónio, P. - "Perspectivas revolucionárias da psiquiatria". *O Médico*. Vol. 120. n.º 1921 (1989), p. 245.

<sup>2</sup> Ibid.





**CAPÍTULO V. A DESCOBERTA DOS PRIMEIROS  
ANTIDEPRESSIVOS E DOS ANSIOLÍTICOS – O CASO  
PORTUGUÊS**

## 1. A descoberta dos primeiros antidepressivos

No fim da década de 50 do século XX, a psiquiatria mundial conhece uma nova revolução, com a introdução dos primeiros antidepressivos – a iproniazida<sup>1</sup> e a imipramina.

A descoberta da iproniazida está intimamente ligada com a história da medicação antituberculostática e com uma classe química de compostos, as hidrazinas.

Deve-se a Emil Fischer a descoberta da fenilhidrazina em 1874 e a Hans Meyer e Josef Malley a síntese da isonicotinilhidrazina em 1912. É no início dos anos 50 do século XX, que se descobrem propriedades antituberculosas deste último composto<sup>2</sup>. Agora batizada de isoniazida<sup>3</sup>, a nova molécula é objeto de base para a pesquisa de outras drogas que provem ser de utilidade na luta contra a tuberculose. Herbert T. Fox e John T. Gibas dos laboratórios Hoffman-La Roche sintetizam a iproniazida em 1951. Em 1952 fica estabelecido, pela equipa de Ernst Albert Zeller, da Northwestern University Medical School em Chicago, que a iproniazida é capaz de inibir a monoaminoxidase<sup>4</sup>. No mesmo ano, no Seaview Hospital de Staten Island em Nova Iorque, Irving J. Selikoff e Edward Robitzek observam que um dos efeitos da iproniazida nos doentes tuberculosos é a estimulação do SNC: estes apresentam mais vitalidade e maior atividade social. Em 1957, no meeting da American Psychiatric Association, em abril, George Crane relata um humor melhorado em 11 de 20 doentes tuberculosos com depressão tratados com iproniazida. No entanto não se refere a este efeito como antidepressivo. No mesmo encontro Nathan Kline, usando uma amostra de 17 sujeitos com esquizofrenia e 7 com depressão, refere o efeito antidepressivo da iproniazida nos doentes deprimidos.

Em novembro, os laboratórios Hoffmann-La Roche organizam o “Symposium on the biochemical and clinical aspects of Marsilid and other monoamine oxidase inhibitors”. Oito trabalhos sobre o uso de iproniazida em depressão são apresentados.

---

<sup>1</sup> Em Portugal a grafia da palavra também se encontra como iproniasida.

<sup>2</sup> Esta descoberta é impulsionada pela venda barata de hidrazina às indústrias farmacêuticas. A hidrazina era usada como combustível pelos alemães durante a Segunda Grande Guerra.

<sup>3</sup> A descoberta das propriedades antituberculosas da isoniazida é feita de forma independente por duas equipas – uma liderada por Herbert Hyman Fox dos laboratórios Hoffman-La Roche em Nutley, Nova Jersey e outra liderada por Harry L. Yale do Squibb Institute for Medical Research em Princeton, Nova Jersey.

<sup>4</sup> A monoaminoxidase é neste ponto da história, a única enzima capaz de metabolizar a serotonina.

A iproniazida permite, assim, um novo caminho na pesquisa de moléculas para o tratamento da depressão, surgindo rapidamente outros fármacos capazes de inibir a monoaminoxidase – a fenelzina, a tranilcipromina ou a nialamida são alguns exemplos. Esta primeira classe de agentes antidepressivos, os inibidores da monoaminoxidase, ou IMAOs têm aliás um papel muito importante e já discutido na elucidação de mecanismos de neurotransmissão.

A outra classe de antidepressivos a surgir quase de forma simultânea são os antidepressivos tricíclicos – ou ADTs - através da descoberta da imipramina.

A história da síntese dos ADTs liga-se de forma particular à descoberta da clorpromazina – é através do sucesso desta molécula que a casa Geigy, na Suíça, decide apostar na investigação de fenotiazinas com efeito sedante.

Em 1948, Haflinger e Schindler, da Geigy, sintetizam a partir do iminodibenzilo 42 derivados com diferentes propriedades antihistamínicas e sedativas. Estes derivados são distribuídos para diferentes hospitais, com a finalidade de serem testados. Um deles é o G-22150, que chega às mãos do médico suíço Roland Khun, discípulo de Jakob Klaesi. Inicialmente, Khun não fica particularmente mesmerizado com o composto, admitindo que é mais um comprimido para dormir (hipnótico) e o interesse pela molécula fica por aqui.

Anos mais tarde, em 1954, com o sucesso da clorpromazina e da reserpina a consolidar-se de forma perentória, Khun solicita uma nova amostra de derivados de fenotiazina à Geigy, na esperança de encontrar um antipsicótico para o tratamento da esquizofrenia. É então que recebe o G-22355, uma substância muito similar à clorpromazina, e que faz parte do lote de derivados do iminodibenzilo sintetizados em 1948. A nova molécula prova não ser um antipsicótico eficaz – na verdade existe mesmo algum agravamento do estado de doentes esquizofrénicos com o uso desta substância. No entanto, Khun repara que os doentes se apresentam com mais vitalidade, o que leva o médico a pensar sobre a utilidade da molécula enquanto antidepressivo.

Os primeiros resultados de Khun, obtidos com uma amostra de 40 doentes depressivos são apresentados em 1957 no II Congresso de Psiquiatria em Zurique. O termo timolético é usado neste mesmo congresso para designar substâncias com uma atividade semelhante a este composto. Em finais de 1957 o medicamento é

comercializado na Suíça com o nome comercial de Tofranil, e em 1958 expande-se para o resto da Europa.

Tal como com os IMAOs, a imipramina dá origem a uma variedade de compostos, nomeadamente a amitriptilina em 1961 que se torna efetivamente o antidepressivo mais usado da altura - o domínio dos ADTs tem início. Na verdade, nos anos que se seguem observa-se um fenómeno curioso – os IMAOs perdem popularidade enquanto que os ADTs se firmam como os antidepressivos de eleição. A iproniazida tem uma vida muito curta – são inúmeros os casos de toxicidade hepática e renal e o fármaco é mesmo retirado do mercado no início dos anos 60. Os restantes elementos da família dos IMAOs não têm melhor sorte – casos de crises hipertensivas ou resultados pouco satisfatórios ditam que esta classe de antidepressivos seja considerada sempre de segunda linha e unicamente de uso em casos de doentes com características muito específicas.

## 2. Iproniazida e Imipramina em Portugal – primeiras impressões médicas

Em Portugal, os clínicos nacionais demonstram particular interesse pelo recentes antidepressivos. Existe um reconhecimento do valor terapêutico dos novos fármacos, quase sempre acompanhado de experiência clínica com doentes portugueses.

A iproniazida é tema de curiosidade sobre o mecanismo de ação dos antidepressivos, bem como o papel das aminas endógenas em todo o processo de etiopatogenia da doença, sendo a serotonina um ponto comum de interesse e estudo. A atenção dada a esta nova classe de medicamentos pode ser confirmada pelo facto de que, mesmo a isoniazida é estudada em Portugal como um agente de interesse na psiquiatria.

Fragoso Mendes realça o aspeto positivo da isoniazida nos doentes tuberculosos com “aumento do élan vital, do apetite e do peso, aparecimento de boa disposição e euforia”<sup>1</sup>.

Os aspetos nocivos do fármaco são reconhecidos, embora a relação deste risco com o benefício que pode apresentar em doentes tuberculosos deprimidos seja superior.

Segundo Fragoso Mendes:

“A acção benéfica e inegável da izoniazida realiza-se por vezes à custa de certa nocividade para o organismo e muito particularmente para o sistema nervoso, o que de certo modo algum a faz banir do arsenal terapêutico se atendermos às vantagens que traz aos doentes tuberculosos”<sup>2</sup>.

O mecanismo de ação do fármaco é descrito por Fragoso Mendes:

“Segundo se pensa, a izoniazida inibe a acção da amida do ácido nicotínico, que com outras vitaminas, como se sabe, são constituintes importantes de certos co-enzimas, que interferem no

---

<sup>1</sup> Mendes, F. - "Psicoses da izoniazida". *A Medicina Contemporânea*. n.º 3 (1955), p. 308. Também Gomes de Araújo, Filho, neuropsiquiatra do Hospital Conde Ferreira refere ter trabalhado coma isoniazida em 1955, no entanto “a verdade é que não obtivemos nessas experiências qualquer efeito psico-estimulante nítido.” Rapidamente a isoniazida é posta de parte, e a atenção foca-se no iproniazida. Cf. Gomes de Araújo, H. - "Uso da iproniasida nos síndromes depressivos". *O Médico*. Vol. X. n.º 394 (1959), p. 606.

<sup>2</sup> Mendes, F. - "Psicoses da izoniazida". *A Medicina Contemporânea*. n.º 3 (1955), p. 309.

metabolismo celular, especialmente no metabolismo dos hidratos de carbono do sistema nervoso”<sup>1</sup>.

A capacidade de modificar o comportamento dos doentes tuberculosos é o cerne do estudo de Fragoso Mendes, que se propõe documentar algumas psicoses que surgem no decurso de tratamentos com a isoniazida.

O médico expõe, assim, o exemplo de quatro casos com que se deparou, em que atribui a psicose verificada à administração de isoniazida, referindo um total de seis casos em que atribui ao medicamento um papel preponderante na génese de uma psicose.

Um dos casos é descrito da seguinte forma

“3ª CASO: M.J.M. – 42 anos ♂. Internado em 15-2.55 com o diagnóstico de psicose confusional.

Antecedentes hereditários - sem interesse.

Antecedentes pessoais – Adoeceu há um ano com uma tuberculose pulmonar, foi internado no Sanatório D. Manuel II, tomando estreptomina e de há 4 meses para cá, altas doses de izoniazida.  
(...)

História da doença – O quadro psicótico iniciou-se subitamente, oito dias antes de entrar para o hospital, e depois duma ligeira discussão com uma enfermeira do Sanatório. Alguns dias antes já o notavam implicativo e susceptível, tudo o irritava e melindrava. Bruscamente tornou-se coprolático, caindo num estado de agitação progressiva. Desconfiava de tudo e de todos, via sombras no quarto receava que o viessem matar. Não conhecia as pessoas de família que o visitavam, referindo-se uma profunda alteração onírica da consciência. Como o seu estado se agravasse progressivamente foi solicitado o internamento psiquiátrico.

Observações – estado de confusão mental muito acentuado, com discurso incoerente, tendência ideofugitiva, falsos reconhecimentos. Linguagem coprolática, insulta-nos, pretendendo levantar-se da cama para nos agredir. (...)

---

<sup>1</sup> Mendes, F. - "Psicoses da izoniazida". *A Medicina Contemporânea*. n.º 3 (1955), p. 309.

Suspende a terapêutica que estava a fazer, à base de esptreptomicina e izoniazida, iniciando tratamento pela clorpromazina injectável na dose de 4 ampolas diárias, associadas a amital sódico, igualmente 4 cápsulas por dia. Uma semana mais tarde está melhor, mais calmo e menos confuso.(...) Dez dias depois, encontrando-se perfeitamente bem, damos-lhe 300 miligramas de izoniazida. Pelo meio-dia começa a estar mais inquieto e falador, à tarde piora francamente, tudo o irrita, recrimina contra o internamento que já aceitava; à noite, como se excitasse progressivamente, foi isolado, irrompendo nessa altura um estado de excitação com agressividade, partindo dois vidros do quarto, rasga-se e pretende agredir os outros doentes.(...) Durante bastantes dias mantém-se este estado, que não cede facilmente às terapêuticas instituídas (clorpromazina-electrochoque).(...) Aos poucos vai melhorando, encontrando-se hoje perfeitamente bem e em condições de ter alta num estado de remissão total”<sup>1</sup>.

Os restantes casos detalhados por Fragoso Mendes são de índole idêntica ao do caso exposto: doentes tuberculosos desenvolvem reações de cólera, exaltação e comportamento desordenado após a administração da izoniazida. Estes comportamentos remitem com a suspensão do medicamento, sendo concomitantemente administrada clorpromazina na maioria dos casos para uma diminuição da agressividade.

É, no entanto, sobre a iproniazida que a maioria dos estudos dos clínicos portugueses desta época se centram.

A importância do novo medicamento é reconhecida pela comunidade médica não só pelas novas possibilidades de tratamento, mas também por uma nova noção de etiopatogénese da depressão e das doenças mentais.

Coimbra de Mattos refere que:

“O aparecimento das primeiras comunicações do emprego da iproniazida – fármaco sintetizado para o tratamento da tuberculose – em psiquiatria marca um passo importante na

---

<sup>1</sup> Mendes, F. - "Psicoses da izoniazida". *A Medicina Contemporânea*. n.º 3 (1955), p. 314-315.



farmacoterapia das doenças mentais, pelas implicações bioquímicas que comporta e pela sua ação nas depressões”<sup>1</sup>.

Se a opinião generalizada sobre uma eficácia e valor do fármaco é reconhecida, uma desinformação sobre o mecanismo de ação da droga é comumente notada pelos médicos portugueses.

Pedro Polónio realça o contraponto observado entre aplicação de reserpina e de iproniazida - a reserpina provoca a diminuição da concentração de monoaminas no cérebro enquanto a iproniazida, inibindo a monoaminoxidase, eleva a concentração de serotonina e outras amins cerebrais.

Segundo o médico:

“O mecanismo possível deste efeito poderá consistir na inibição pela iproniazida da degradação das amins libertadas pela reserpina e benzoquinolisina, que pela sua presença têm uma acção excitante”<sup>2</sup>.

A ação provocada pela droga de euforia e hiperatividade é, assim, atribuída pelo médico ao poder de inibição da monoaminoxidase e conseqüentemente ao efeito desta enzima sobre a adrenalina, noradrenalina, serotonina entre outras amins cerebrais - “O bloqueio da oxidação destas substâncias pela iproniazida deve fazê-la um inibidor central”<sup>3</sup>.

Quase todos os clínicos partilham a opinião de Pedro Polónio.

Coimbra de Mattos refere que:

“A iproniazida tem uma acção final oposta à da reserpina sobre o metabolismo das monoaminas do S.N.C. Enquanto a iproniazida eleva a quantidade de serotonina no cérebro, a reserpina diminui-a”<sup>4</sup>.

Sarmento Pimentel Neves, chefe de serviço da assistência psiquiátrica do Norte, sistematiza o mecanismo de ação da iproniazida sumariando um conjunto de estudos que

---

<sup>1</sup> Mattos, A.C.A.d. - "A iproniazida no tratamento dos síndromes depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. n.º 866 (1959), p. 892.

<sup>2</sup> Polónio, P. - "O tratamento das depressões pela iproniazida". *O Médico*. (1958), p. 84.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Mattos, A.C.A.d. - "A iproniazida no tratamento dos síndromes depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. n.º 866 (1959), p. 892.

apontam para um papel preponderante da serotonina em toda a mecânica da depressão, mas não esquecendo os efeitos que o fármaco tem sobre outras aminas cerebrais, como a adrenalina e a noradrenalina. O papel da iproniazida reflete-se, portanto na capacidade de modular o metabolismo destas aminas cerebrais.

Pimentel Neves nota que:

“A iproniazida tem uma acção de relevo no metabolismo da serotonina, nor-adrenalina e adrenalina, e respectivos precursores como o 5-hidroxitriptofano e dioxilfenilalanina, bem como, provavelmente, noutras aminas, enquanto inibidor da monoaminoxidase”<sup>1</sup>.

Enquanto o papel da serotonina é aceite como crucial em toda a mecânica de trabalho do medicamento, o papel das outras aminas cerebrais, nomeadamente a adrenalina e a noradrenalina é considerado pelo médico como mais “nebuloso”<sup>2</sup>.

O fármaco é considerado como um psicostimulante ou substância psicoativa por Sarmiento Neves. Gomes de Araújo Filho, no entanto discorda que a iproniazida seja chamada de psicostimulante, reservando este termo para determinadas aminas estimulantes. Considera igualmente que o novo fármaco não deve ser considerado um euforizante. O neuropsiquiatra considera sim que a iproniazida deve ser considerada como um estimulante da vitalidade, uma vez que o “doente sente, a partir do aumento de apetite, uma progressiva revitalização, que surge realmente com todo o carácter de natural”<sup>3</sup> ao invés dos “solavancos”<sup>4</sup> que se experimentam com as psicaminas.

O neuropsiquiatra acrescenta ainda algumas conclusões que contrariam os postulados anteriores sobre um antagonismo entre as ações da reserpina e da iproniazida:

“A iproniazida e a reserpina, administradas isoladamente, desencadeiam efeitos que são mais semelhantes que antagónicos (em ambos os casos há diminuição da actividade espontânea dos animais, verificando-se mais propriamente com a iproniazida ‘passividade’ e com a reserpina ‘tranquilização’. (...) Por outro

---

<sup>1</sup> Neves, F.S.P. - "A iproniazida nos síndromes depressivos". Ibid.n.º 852, p. 173.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Gomes de Araújo, H. - "Uso da iproniazida nos síndromes depressivos". *O Médico*. Vol. X. n.º 394 (1959), p. 607

<sup>4</sup> Ibid.

lado, e empregadas isoladamente, a reserpina e a serotonina mostram efeitos ‘muito semelhantes’.(...). A serotonina que é considerada como um estimulante, afinal desencadeia no animal de experiência apenas um fugaz período de agitação, ao qual se segue a aparição dum estado de patente tranquilização”<sup>1</sup>.

Estas novas conclusões que parecem entrar em contradição com o conhecimento anterior são interpretadas pelo médico:

“Vemos, pois, pela tentativa de concatenação de todos estes dados dispersos, que a bioquímica e a fármaco-dinâmica dos psicotrópicos estão ainda cheias de pontos obscuros, especialmente porque são ainda um tanto obscuros os conhecimentos disponíveis sobre a bioquímica das aminas”<sup>2</sup>.

As experiências com o iproniazida feitas pelos clínicos portugueses são pontuadas pela necessidade de se conhecerem métodos e protocolos de ação, patologias específicas de afetação e resultados obtidos na matriz portuguesa. É feita a adoção de protocolos estabelecidos internacionalmente, mas quase sempre adaptados a realidades nacionais por vontade dos clínicos que os aplicam.

De um modo geral, a opinião sobre o novo fármaco é revestida de um otimismo cauteloso, mas firme.

Pedro Polónio testa a iproniazida em 10 doentes melancólicos. Baseia-se em protocolos internacionais, mas usa quase sempre doses inferiores às recomendadas pela experiência estrangeira. Assim, ao invés de usar 150 ou 200 miligramas diários de iproniazida, usa apenas 100 miligramas, uma vez que “quase todos os doentes aqui referidos descreveram efeitos desagradáveis com 150 mg”<sup>3</sup>. O medicamento<sup>4</sup> é administrado apenas nas refeições da manhã e do meio dia, para evitar a possibilidade de insónia.

---

<sup>1</sup> Gomes de Araújo, H. - "Uso da iproniazida nos síndromes depressivos". *O Médico*. Vol. X. n.º 394 (1959), p. 607

<sup>2</sup> Ibid. Sobre este tema Cf. Aínda Mendes, F. - "Os inibidores da monoaminoxidase no tratamento das depressões". *Separata do Jornal do Médico*. (1960), 10 pp.

<sup>3</sup> Polónio, P. - "O tratamento das depressões pela iproniazida". *O Médico*. (1958), p. 85. Regra geral, as doses usadas em Portugal no tratamento dos doentes com estes medicamentos são sempre mais baixas que as usadas no estrangeiro. Pedro Polónio refere que isso é normal, uma vez que "portuguese people are rather small and usually do not need higher dosages." Cf. Polónio, P. - "Antidepressive drugs". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 12 (1960), p. 156.

<sup>4</sup> Cedido pela Hoffman-La Roche, sob o nome comercial de Marsilid.

Atente-se num caso tratado por Pedro Polónio:

“Caso nº3 – Depressão reactiva. Hereditariedade - arteriosclerose cerebral no pai e na mãe. Sexo feminino. (...). Difícil, complicada, tendência ao desânimo. Solteira, aos 50 anos perde sucessivamente o pai e a mãe. Entra num estado depressivo, com excitação ansiosa, insónia, ideias de suicídio e auto acusação, sem iniciativa e sem interesse, lamentos sem lágrimas, anorexia e perda de peso. Melhoria apreciável no 2º ano de doença, na terceira semana de tratamento pela iproniasida a 100 miligramas diários. Desapareceu a angústia, voltou o gosto pela vida, interesse pela casa, pelos vestidos, sai, conversa com animação. Não suportou 150 miligramas, sentia excitação, confusão, tonturas e edemas ligeiros dos pés de que continua a sofrer”<sup>1</sup>.

António Ayres de Mattos ensaia a iproniazida em 6 casos. Tanto usa posologias de 100 mg como de 150 mg de iproniazida<sup>2</sup>, muitas vezes com administração de doses repartidas do medicamento incluindo ao jantar.

Atente-se no seguinte caso relatado pelo médico:

“Observação V – Melancolia involutiva cíclica – 59 anos de idade, lavrador. Sem história familiar de doenças mentais. Foi sempre saudável. (...). Há um ano observámo-lo em surto depressivo que evolui desde há sete meses, com tristeza vital, inibição, ansiedade, ideais de ruína e hipocondríacas.

Faz E.C.<sup>3</sup> e remite ao fim de três semanas com cinco sessões. Passa bem durante oito meses.

Novo acesso com idênticas características. É medicado com 150 mg de iproniazida por dia (50 a cada uma das principais refeições), tomando ao deitar um comprimido de clorpromazina.

Ao fim de uma semana há algumas melhoras. (...). Diminui a dose para 100 mg, diários, 50 mg de manhã e 50 ao meio dia e passa

---

<sup>1</sup> Polónio, P. - "O tratamento das depressões pela iproniasida". *O Médico*. (1958), p. 85.

<sup>2</sup> Cedida pela Hoffman-La Roche, sob o nome comercial de Marsilid.

<sup>3</sup> Eletrochoque.

tomar também um comprimido de 0.1 g. de fenobarbital ao deitar. Mais quinze dias de tratamento e a remissão é total. Suspende a iproniazida”<sup>1</sup>.

O uso concomitante do eletrochoque com o medicamento é comum. Umaz vezes a terapêutica inicia-se com ele, outras vezes é usado como recurso depois de falhar o medicamento. O grau de eficácia entre o medicamento e o método convulsivo é discutido. Apesar de António Coimbra de Mattos se referir à iproniazida como uma arma capaz de vir reclamar o lugar de direito do eletrochoque, argumentando que “os resultados favoráveis com a iproniazida foram idênticos aos resultados habituais do electrochoque em casos semelhantes”<sup>2</sup> a verdade é que o próprio médico faz uso desta terapia somática. Pedro Polónio e Sarmiento Pimentel Neves também revelam a sua preferência pelo novo fármaco, reivindicando eficácias semelhantes entre as terapêuticas, mas maior facilidade de uso e de aceitação do medicamento por parte do doente.

Segundo Pimentel Neves:

“É facto que a terapêutica convulsionante resolve em período ligeiramente mais curto as depressões endógenas, mas é facto também que os doentes aceitam com mais facilidade a terapêutica pela iproniasida, que esta não apresenta as contra indicações da terapêutica convulsionante (...)”<sup>3</sup>.

Gomes Araújo Filho refere que “a nossa experiência<sup>4</sup> já atinge neste momento várias dezenas de doentes, com idades entre os 20 e os 79 anos”<sup>5</sup> defendendo que:

“O aparecimento da iproniazida representa pois uma aquisição de certo valor, sobretudo para aqueles casos em que se não possa lançar mão do EC, ou não valha a pena recorrer a ele (depressões benignas)”<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Mattos, A.C.A.d. - "A iproniazida no tratamento dos síndromes depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. n.º 866 (1959), p. 894.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Neves, F.S.P. - "A iproniazida nos síndromes depressivos". Ibid.n.º 852, p. 179.

<sup>4</sup> Com iproniazida.

<sup>5</sup> Gomes de Araújo, H. - "Uso da iproniasida nos síndromes depressivos". *O Médico*. Vol. X. n.º 394 (1959), p. 612.

<sup>6</sup> Ibid.

O médico é, assim, da opinião de o eletrochoque continuar a parecer superior em determinados casos (como nas depressões endógenas profundas), embora mesmo nestes a iproniazida possa ser usada, depois de uma determinada estabilização do doente pelo método convulsionante.

Apesar dos médicos se depararem com bons resultados nas suas experiências clínicas, nem todos os doentes respondem de forma favorável ao novo medicamento.

Atente-se num caso de Gomes Araújo Filho:

“J.R. s. masculino, 26 anos. (...). Desde há uns 8 meses apróx. quadro depressivo endógeno flutuante, não grave, mas que o leva contudo a regressar do Brasil «na esperança de melhorar mudando de ambiente e deixando o trabalho». Submetido a iproniazida (0.025+0.025; 0.050+0.025; 0.050+0.050) + clorpromazina (0.025). Ao cabo de 15 dias sem o mais pequeno indicio de melhoras, excepção feita quanto a um certo aumento de apetite. Se bem que não tivesse decorrido ainda tempo suficiente para se poder concluir pela completa ineficiência do medicamento, a impaciência do doente tornou aconselhável passar ao EC. A remissão completa operou-se, mas também só ao cabo de 8 aplicações”<sup>1</sup>.

Também a casuística de Fernando Sarmiento Pimentel Neves, um total de 40 casos de doentes deprimidos, apresenta alguns doentes que não respondem à iproniazida<sup>2</sup>.

Sendo o medicamento reconhecido pela sua hepatotoxicidade, os médicos portugueses estão bastante atentos aos marcadores da função hepática, raramente registando algum efeito secundário relacionado com o fígado. As reações adversas mais comuns incluem insónia, obstipação, hipotensão (um dos efeitos mais relatados pela comunidade estrangeira e mais notado pelos clínicos portugueses, quer em indivíduos normotensos quer em hipertensos), zumbidos, tonturas e retenção de líquidos. Salienta-se ainda o efeito secundário do aumento de peso, que os médicos consideram como desejável na maioria dos casos.

---

<sup>1</sup> Gomes de Araújo, H. - "Uso da iproniazida nos síndromes depressivos". *O Médico*. Vol. X. n.º 394 (1959), p. 614-615.

<sup>2</sup> Cf. Neves, F.S.P. - "A iproniazida nos síndromes depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. n.º 852 (1959), pp.173-180.

A combinação da iproniazida com a clorpromazina é relativamente usual em todos os protocolos estudados, sendo normalmente administrada à noite para facilitar o sono. Muitas vezes, a clorpromazina é substituída pelo uso de barbitúricos.

É sugerido por Gomes de Araújo Filho a possível utilidade do medicamento em toxicomanias, uma vez que pode ajudar o doente a sentir-se mais revitalizado durante o período de abstinência.

Como conclusão, todos os médicos revelam ter esperança no futuro da iproniazida.

Pedro Polónio refere que:

“A iproniazida pelo seu modo particular de ação promete vir a ser um instrumento importante de investigação psiquiátrica. Os seus efeitos terapêuticos são muito animadores e merecem ensaio mais vasto”<sup>1</sup>.

Sarmiento Pimentel Neves considera que a iproniazida é responsável por um aumento de vitalidade, por uma sensação de bem-estar com desaparecimento da fadiga e astenia e aumento da atividade, resistência e do humor. Considera assim que:

“Em face dos resultados obtidos, a iproniazida, mais do que substância psico-activa, é uma substância revitalizante, quer dizer, a psico-actividade verificada pela administração desta substância resulta do seu efeito marcado sobre a estrutura vital”<sup>2</sup>.

Também a imipramina recebe atenção por parte da comunidade médica portuguesa. A sua receção, tal como acontece com a iproniazida, é bastante rápida, demorando pouco mais de meio ano desde a sua descoberta a chegar aos clínicos portugueses.

A atenção dada ao novo medicamento centra-se no seu mecanismo de ação, na relação com o eletrochoque e nas indicações de tratamento.

---

<sup>1</sup> Polónio, P. - "O tratamento das depressões pela iproniazida". *O Médico*. (1958), p. 86.

<sup>2</sup> Neves, F.S.P. - "A iproniazida nos síndromes depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. n.º 852 (1959), p. 180.

Diogo Furtado estabelece mesmo uma experiência em que tenta explicitar o mecanismo de ação do novo fármaco através de experiências com animais.

O médico, que em 1960 afirma experimentar há mais de ano e meio com a imipramina, trabalha com ratos de laboratório tentando encontrar um local exato de ação do medicamento no cérebro. Se tal se verificar possível, a compreensão dos mecanismos subjacentes à depressão pode ser melhor entendida, defende Furtado.

Segundo o médico:

“Se fosse possível determinar uma electividade das lesões provocadas pela droga em certas zonas do sistema nervoso, esta patoclise, usando o termo de Vogt, poderia dar indício sobre as regiões do sistema nervoso interessadas no processo da regulação do humor e no desencadeamento das crises depressivas”<sup>1</sup>.

O médico vai, assim, provocar intoxicações agudas e crónicas de imipramina em ratos. Depois de mortos pela intoxicação, é estudado o sistema nervoso destes animais através dum exame histológico. A “novidade notável de investigação”<sup>2</sup> é a descoberta de inúmeras lesões ao nível do hipotálamo e tálamo, com escassas observações lesionais noutras estruturas do cérebro, lembrando os estudos efetuados com Largactil.

Diogo Furtado refere que, por forma a se obterem resultados mais precisos:

“Tentamos actualmente o emprego da imipramina com um átomo marcado, procurando depois detectar a sede da localização da substância ao nível do sistema nervoso. Se os resultados obtidos coincidirem com aqueles que a experimentação por intoxicação maciça fornecem, obter-se-á um dado de considerável importância e suporte para a nossa investigação”<sup>3</sup>.

Quanto à experiência com a imipramina num cenário clínico, o autor tem empregue o medicamento<sup>4</sup> quer em doentes internados, quer em doentes de ambulatório. O médico trata, assim, um grande número de doentes, com depressões endógenas ciclotímicas, depressões endógenas não ciclotímicas, depressões neuróticas e depressões

---

<sup>1</sup> Furtado, D. - "Ensaio clínico e experimental com imipramina (Tofranil)". Ibid.Vol. XLIII. n.º 920 (1960), p. 48.

<sup>2</sup> Ibid., p. 49.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Cedido pela Casa Geigy.



recativas graves. Dentro destas o autor destaca que existem indivíduos em risco imediato de suicídio.

A primeira conclusão de Diogo Furtado é a de que o medicamento leva algum tempo a exercer os seus efeitos. Este tempo (que o autor indica ser em média 12 a 15 dias), pode representar uma desvantagem em determinados doentes, especialmente aqueles em risco de suicídio. Assim, na maior parte das vezes, o tratamento com imipramina é associado ao eletrochoque, como forma de acelerar a obtenção de resultados.

Nos casos em que a imipramina é administrada de forma isolada, o resultado fica aquém do esperado, como nota o médico:

“O pequeno grupo de depressões graves tratadas, nas condições referidas, apenas com imipramina, forneceu-nos resultados nitidamente desfavoráveis, visto que em algumas delas, ao fim de três semanas a um mês de tratamento fomos forçados a modificar a nossa orientação e a aplicar o electrochoque”<sup>1</sup>.

Diogo Furtado vai de encontro ao defendido por alguns autores estrangeiros, nomeadamente Delay e Deniker sobre a necessidade de associação de eletrochoque ao tratamento com imipramina. A utilidade da associação das duas terapêuticas é aliás reforçada pelo facto de não se necessitarem de tantas aplicações de eletrochoque quando este está em associação com o medicamento, sendo que o número de sessões da terapia convulsiva passa quase para metade com a imipramina. Por outro lado, o número de recaídas comum quando se emprega unicamente o eletrochoque, diminui de forma visível com a associação.

Segundo Pedro Polónio:

“Podemos afirmar aqui que o tratamento com a associação de imipramina e electrochoque é substancialmente mais eficaz que o tratamento isolado com um ou com outro: proporciona um resultado mais rápido e num número mais avultado de casos do que o tratamento solitário co imipramina; e consegue-o com um número muito menor de aplicações de electrochoque, e com uma

---

<sup>1</sup> Furtado, D. - "Ensaio clínico e experimentais com imipramina (Tofranil)". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 920 (1960), p. 46.

percentagem infinitamente menor de recaídas, do que no tratamento com o electrochoque isolado”<sup>1</sup>.

Também a associação da imipramina com barbitúricos é comum.

As diferenças entre a imipramina e a recém-descoberta iproniazida são exploradas pelo médico. Diogo Furtado defende que é a imipramina o verdadeiro antidepressivo, uma vez que a iproniazida se limita a produzir um efeito euforizante que não é específico no tratamento da depressão, classificando a imipramina como o fármaco do futuro no tratamento das depressões.

Segundo o médico:

“A imipramina constitui o primeiro medicamento que efectivamente se dirige ao núcleo afectivo central do síndrome depressivo. Ao passo que os inibidores da monoaminoxidase produzem uma acção euforizante, que pode ser benéfica, mas que é indubitavelmente ‘a latere’ do núcleo central do síndrome depressivo e ao passo que os tranquilizantes se limitam a diminuir o estado de tensão e a ansiedade, não modificando em nada o elemento fundamental do humor. A acção da imipramina parece-nos dirigir-se justamente contra o núcleo central da depressão afectiva. A substância tem portanto, um interesse excepcional e a sua aplicação no futuro impõe-se necessariamente”<sup>2</sup>.

Fernando Lopes da Silva também experimenta a imipramina num grupo de 54 doentes. Escolhe sobretudo doentes deprimidos, embora inclua também na sua amostra casos de hipocondria e depressão em esquizofrenia, numa tentativa de avaliar como respondem estes doentes à imipramina. O tempo de observação dos doentes é longo, sendo que o autor realça que os casos só devem ser considerados definitivos tendo como norma que a observação se mantenha por pelo menos 6 meses.

A resposta dos doentes com depressão ao tratamento é muito animadora. Dos 22 casos de depressão endógena, 17 apresentam grandes melhorias, com grande número de remissões totais. O autor refere igualmente que usou doses mais baixas do que as

---

<sup>1</sup> Furtado, D. - "Ensaio clínico e experimental com imipramina (Tofranil)". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 920 (1960), p.46.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 47.

utilizadas em protocolos estrangeiros. A utilização da imipramina na depressão dos esquizofrênicos revela ser infrutífera, o mesmo acontecendo no caso do doente hipocondríaco.

Referindo-se aos efeitos da imipramina do doente deprimido, o médico esclarece que:

“Dilui-se a tristeza vital, desaparece a inibição, normaliza-se a excitabilidade emocional, alivia-se a ansiedade, é estimulada a actividade, atenuam-se as perturbações vegetativas, regulariza-se o sono, o apetite e as restantes funções vitais, voltando o doente à normalidade. Obtivemos respostas deste tipo em 28 entre 40 casos”<sup>1</sup>.

O médico designa ainda o fármaco de eutimizante e de ação patogénica, uma vez que “altera a estrutura psicopatológica da depressão, modificando o processo patológico”.<sup>2</sup>

Alguns efeitos secundários são observados, embora na maioria dos casos sejam ligeiros e sem verdadeira expressão. Os mais comuns incluem sudação da face e do tronco e secura da boca, sonolência diurna, náuseas e tonturas. Apenas em quatro doentes o tratamento tem de ser interrompido por intolerância à droga.

O médico usa o electrochoque em apenas dois casos de depressão. Os doentes preferem claramente o uso do fármaco à terapia convulsiva. O autor considera que ambas as terapias são idênticas em termos de eficácia, mas a primazia é claramente concedida à imipramina.

De acordo com o médico:

“Grande parte dos doentes com depressões periódicas cujos acessos anteriores tinham remetido com electrochoque, experimentaram melhoras idênticas com a Imipramina, apontando muitos a sua preferência por esta última, por ser de mais fácil

---

<sup>1</sup> Silva, F.L.d. - "Resultados da terapêutica das depressões com imipramina". Ibid.Vol. XLII. n.º 912, p. 556.

<sup>2</sup> Ibid.

administração e não ter como consequência o síndrome psico-orgânico amnésico da convulsivoterapia”<sup>1</sup>.

O médico conclui que:

“Consideramos que a Imipramina é hoje uma droga útil no tratamento das depressões, sobretudo endógenas, exercendo nestas o seu efeito com regularidade sem graves acidentes secundários e constituindo ainda um possível instrumento de investigação da base patogénica dos estados depressivos”<sup>2</sup>.

O aparecimento dos fármacos antidepressivos, nomeadamente numa fase inicial, levanta na comunidade médica portuguesa várias questões e curiosidades.

Cerca de dois anos depois da descoberta destas moléculas chave, compostos derivativos circulam já entre os médicos nacionais, nomeadamente derivados dos inibidores da monoaminoxidase – a juntar à iproniazida contam-se por exemplo a nialamida, a feniletilhidrazida, a fenelzina ou a isoxazoli-hidrasina. Do lado da imipramina, por volta de 1963, conta-se já com a amitriptilina e a timepropimina.

Barahona Fernandes estabelece igualmente denominações diferentes para categorizar cada uma das novas classes de antidepressivos.

Assim, o médico considera três classes distintas:

“1-Psicotrópicos do tipo imipramina – antidepressivos de efeito complexo – ditos por Schmidlin timolépticos, por J. Delay timoanalépticos antidepressivos e, por nós, eutimisantes.

2- Psicotrópicos timoanalépticos (energizers) timeréticos ou activadores – representados pelos inibidores da monoaminoxidase (hidrazina e hidrazindas, etriptamina, tranilcipromina, etc.)

---

<sup>1</sup> Silva, F.L.d. - "Resultados da terapêutica das depressões com imipramina". Ibid.Vol. XLII. n.º 912, p. 556. A propósito das associações da imipramina com outras terapêuticas, cf. J. Guyotat e P.-A. Lambert - "A imipramina nas suas associações terapêuticas". Ibid. p. 557-558. Os autores defendem os possíveis benefícios da associação da imipramina com eletrochoques, com a levomepromazina, com a iproniazida, com curas de sono, insulinoterapia e psicoterapia.

<sup>2</sup> Silva, F.L.d. - "Resultados da terapêutica das depressões com imipramina". Ibid., p. 556.

3- Neurolépticos (inactivadores) agindo sobre a excitação ansiosa, com certo efeito antidepressivo – a levomepromazina, as tioxantenas, tioridazina, clormepromazina, perfenazina, etc.”<sup>1</sup>

Cada uma das classes dos novos antidepressivos (1 e 2) atuam, portanto, sobre sintomas específicos e em quadros específicos, tendo de ser cuidadosamente selecionadas pelo médico.

Uma das principais questões debatidas durante esta época é exatamente a variabilidade de efeitos que estes fármacos provocam nos doentes. Consoante o tipo de depressão, a constituição do indivíduo ou o meio que o rodeia, tem de existir por parte do médico uma pesquisa e seleção ativas do meio terapêutico a empregar, sem esquecer que o eletrochoque é ainda uma terapia bastante usada. Antes da entrada dos novos medicamentos constitui-se aliás como o único tratamento eficaz no controlo da depressão. Barahona Fernandes lembra que os resultados de tratamento da depressão por outros métodos que não o eletrochoque “estavam longe de corresponder à expectativa”<sup>2</sup>.

Assim, o uso de hidrazinas parece mais específico para casos de astenia, insegurança, obsessão ou fobias. A combinação de derivados da hidrazina com brometos tem bons resultados em depressões com ansiedade e desconcentração. A imipramina por seu turno, é de maior valor em doentes mais sensíveis e com ansiedade obsessiva. O uso combinado de derivados de hidrazina e imipramina também é usado e explicado por Pedro Polónio:

“Hydrazin derivatives act as stimulators on asthenic symptoms, imipramin acts as a sedative on asthenic symptoms. This is the reason why symptomatic improvement due to imipramin is more pleasant to the patients that feel sedated at the same time, while a partial improvement by hydrazin derivatives may be rather unpleasant, due to tension and excitement, if no adequate sedative is given. On the other hand recoveries through hydrazin derivatives are usually more pleasant to the patient with the drawback of more frequent hypomania”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Maia, J. e Fernandes, B. - "Terapêutica das depressões: experiência clínica com a desmetilimipramina". *O Médico*. Vol. XXIX. n.º 643 (1963), p. 767.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "A terapêutica das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 889 (1960), p. 309.

<sup>3</sup> Polónio, P. - "Antidepressive drugs". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 12 (1960), p. 155.

O uso de eletrochoque é defendido por quase todos os médicos e plenamente justificado quer pela sua eficácia quer pela urgência na necessidade de se obterem resultados rápidos, como em casos de possível suicídio.

Diogo Furtado considera o eletrochoque como “a arma terapêutica essencial e mais importante de que dispomos contra as depressões”<sup>1</sup>, considerando que a associação imipramina e eletrochoque é bastante valiosa.

Sarmento Pimentel Neves defende que:

“Estas substâncias são, sem dúvida, um novo contributo para a terapêutica das depressões, mas poderemos afirmar que esta nova terapêutica vem eliminar o electrochoque? Certamente não, pois os dados estatísticos referentes à terapêutica convulsionante (80% a 100% de remissão) são superiores aos obtidos com as novas drogas (60 a 80% de remissão, total e parcial). O electrochoque mantém a sua indicação, embora muito mais restrita, nos casos graves em que a intensidade dos sintomas põe em risco a vida dos doentes (depressões com ansiedade e agitação intensa, etc.) nas formas delirantes e com perigo de suicídio”<sup>2</sup>.

O eletrochoque aliás, prova ser uma terapia que continua relevante, embora com o decorrer dos anos as suas indicações estreitem à medida que os antidepressivos se vão tornando mais eficazes e com menos efeitos secundários.<sup>3</sup>

O tempo necessário de atuação para os novos fármacos exercerem os seus efeitos, que em regra geral ultrapassa semanas e até meses, é notado pela generalidade dos clínicos portugueses, que lembram que enquanto a ação benéfica não é manifestada, os sintomas da depressão como a ansiedade são agravados.

Segundo Pedro Polónio:

“Furthermore the new antidepressive drugs act only after a latency period meanwhile enhancing typical symptoms of depression such as anxiety, insomnia and constipation, and increasing the danger of

---

<sup>1</sup> Furtado, D. - "Sistemática das depressões e sua terapêutica". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 899 (1960), p. 855.

<sup>2</sup> Neves, F.S.P. - "A iproniazida nos síndromes depressivos". *Ibid.* Vol. XXXIX. n.º 852 (1959), p. 173.

<sup>3</sup> Cf. Polónio, D. - "Tratamentos prolongados pelos psicofármacos". *O Médico*. Vol. 112. n.º 1730 (1985), p. 324-330.

suicide, in such a manner that it becomes imperative, to treat such symptoms at the same time by other means”<sup>1</sup>.

A própria indicação do uso destes fármacos choca com a dificuldade de várias indefinições da doença - a depressão não está bem definida, não existe uma etiopatogenia esclarecida e a própria nosologia é confusa<sup>2</sup>.

Como nota Barahona Fernandes:

“Não se conhecendo a etiopatogenia de grande número de casos de depressões, de neuroses e outros estados psicóticos, em que se empregam estas drogas, não os podemos diferenciar com critérios nosológicos suficientemente rigorosos e comparáveis aos da clínica médica”<sup>3</sup>.

Já Pedro Polónio refere que:

“Depressão é um termo médico impreciso, designa ao mesmo tempo um sintoma extraordinariamente frequente nas mais variadas doenças somáticas e psíquicas, e ainda um tipo de doenças psíquicas de variada etiologia, muitas vezes difíceis de delimitar clinicamente. Não existe unidade de critérios quanto ao diagnóstico dos vários tipos de depressões (...)”<sup>4</sup>.

As incertezas estendem-se ao mecanismo de ação dos fármacos. A forma como a imipramina atua permanece nesta altura desconhecida. Quanto aos derivados da hidrazina sabe-se que inibem a monoaminoxidase, mas as implicações desta inibição na distribuição de neurotransmissores permanece envolta em dúvidas.

As questões levantadas pelos clínicos portugueses aliás, encontram eco na comunidade internacional<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Polónio, D. - "Antidepressive drugs". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 12 (1960), p. 154.

<sup>2</sup> A questão da nosologia em psiquiatria será abordada em capítulo posterior, mas atente-se no número 7 da revista "Esquemas Clínicos", dedicado aos estados depressivos - "Os estados depressivos". *Esquemas Clínicos*. n.º 7 (c.196-), 24pp.

<sup>3</sup> Fernandes, B. - "A terapêutica das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 889 (1960), p. 309.

<sup>4</sup> Polónio, P. - "Os medicamentos antidepressivos no tratamento das depressões". *Ibid.* Vol. XLIII. n.º 932 p. 677.

<sup>5</sup> Veja-se a este propósito a estado de arte da psicofarmacologia mundial resumido por Barahona Fernandes e Lopes da Silva aquando da sua presença no terceiro congresso mundial de Psiquiatria. O número de comunicações sobre os novos antidepressivos, bem como detalhes que emergem destas descobertas e dos seus efeitos ocupa grande parte da ordem de trabalhos. Cf. Fernandes, B. e Silva, L.d. - "O terceiro congresso mundial de psiquiatria em Montreal". *O Médico*. Vol. XX. n.º 522 (1961), pp. 338-351.

A introdução dos antidepressivos levanta outro tipo de constatações – a ideia de cronicidade de tratamento é abordada, bem como a possibilidade de existir uma faceta preventiva da depressão. Pedro Polónio refere que:

“Important new fields of treatment were opened by antidepressive drugs. Preventive treatment of recurring depression is one of its most spectacular successes, a field in which we did not have any adequate treatment at our disposal. (...) It is quite possible that these patients as well as chronic depressions, asthenic and obsessive personalities may need permanent treatment, as is the case with hypotensive drugs in essential hypertension”<sup>1</sup>.

As novas vantagens dos psicofármacos são encaradas com entusiasmo, mas sem deixar de existir subjacente um certo receio. Na verdade, os desconhecimentos são bastantes, e se os resultados são positivos, há que perceber até que ponto os novos medicamentos podem transformar a psiquiatria numa medicina sem alma.

Barahona Fernandes refere que:

“Devemos começar, desde logo, por considerar arriscado o uso indiscriminado destas drogas, sem suficiente base farmacológica e sem critérios clínicos, suficientemente fundamentados”<sup>2</sup>.

Ao carácter desconhecido das drogas Barahona acrescenta que:

“A descoberta desta e outras novas drogas não implica que, para tratar depressões e neuroses, baste dar pílulas segundo um esquema rígido. Em vez da felicidade desejada pode-se correr o risco de causar mais sofrimento aos nossos doentes. A terapêutica das depressões, enriquecida agora por novas descobertas científicas, continua a ser uma arte autenticamente médica, quer dizer – humana”<sup>3</sup>.

Barahona Fernandes expressa um temor por uma anulação das virtudes humanas, uma espécie de controlo do homem-doente pelo medicamento, opinião aliás muito

---

<sup>1</sup> Polónio, P. - "Antidepressive drugs". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 12 (1960), pp. 1075-1080.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "A terapêutica das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 889 (1960), p. 309.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 313.



semelhante à que encontramos quando se aborda as terapias somáticas – uma automatização do homem, com perda da sua personalidade intrínseca.

O psiquiatra defende que:

“Não se trata, porém, apenas, numa doença humana, de acelerar ou frear a actividade do sistema nervoso central, nem só de a afinar. Seria já muito retomar a harmonia biológica das bases da conduta. Decorrer-se-ia, no entanto, o risco de automatizar demasiado o homem. A doença fá-lo baixar de nível e perder as suas qualidades. Para reatar o curso da vida própria é necessário evitar que a personalidade seja dominada pelos efeitos dos fármacos. Cumpre-nos ajudá-lo a que se sirva deles para retomar o sentido da sua existência, evitando os desvios e abusos e toxicofilias. Daí o complemento necessário da presença e acção psicológica do Médico, que sabe utilizar o largo espectro de acções terapêuticas possíveis nas condições pessoais de cada doente”<sup>1</sup>.

Esta cautela é de resto partilhada pelos contemporâneos de Barahona.

Sarmento Pimentel Neves refere que:

“Não são, pois, as novas substâncias introduzidas na terapêutica das depressões uma espécie de panaceia universal que venha resolver o problema na totalidade, aliás como o próprio electrochoque. Há que lutar contra esta tendência da novidade terapêutica de fácil administração e em geral inócua, pois nada há mais perigoso e negativo do ponto de vista médico que o uso e abuso de uma terapêutica.

Estas substâncias são um valioso contributo para a terapêutica das depressões, têm indicações que cada dia se vão tornando mais concretas, e constituem, sem dúvida, um novo caminho para a investigação farmacológica”<sup>2</sup>.

Também Diogo Furtado alerta para os perigos das euforias que existem com novos medicamentos, que mais tarde se vêm a revelar pouco úteis ou eficientes, pedindo um

---

<sup>1</sup> - "Colóquio sobre depressões e seu tratamento". Ibid.n.º 896, p. 726.

<sup>2</sup> Neves, F.S.P. - "Aspectos psicopatológicos e terapêutica das depressões". Ibid.Vol. XLIII. n.º 923, p. 172.

olhar objetivo e de certa contenção com a forma como se recebem novos estudos e novos fármacos. Quando se refere a um congresso a que assiste em Lisboa, subordinado a um novo derivado antidepressivo, a nialamida, Furtado refere que também ele teve oportunidade de experimentar o novo fármaco, no entanto os resultados que obtém ficam aquém dos obtidos internacionalmente

“Os resultados publicados são de tal forma exagerados na maioria das estatísticas, que nos fica a dúvida sobre se se não trata dum entusiasmo transitório delusional, que, como tantas vezes sucede a todos os psiquiatras (e até a nós próprios), nos ofusca nas primeiras épocas de emprego de qualquer método de tratamento”<sup>1</sup>.

As novas drogas são portanto objeto de enorme curiosidade e experimentação por parte da comunidade médica portuguesa. No entanto, tal como se observa com a entrada em cena dos neurolépticos, uma cautela clínica e ponderada parece pontuar a prática médica dos médicos nacionais da altura.

---

<sup>1</sup> Furtado, D. - "Sistemática das depressões e sua terapêutica". Ibid. Vol. XLI. n.º 899, p. 858.

### 3. A descoberta dos primeiros ansiolíticos

A descoberta do meprobamato, o primeiro ansiolítico, e o posterior desenvolvimento das benzodiazepinas na década de 50, completa a enorme revolução que a psiquiatria sofre a meio do século XX.

O meprobamato surge, tal como os medicamentos pioneiros para a esquizofrenia e depressão de forma relativamente casual.

Frank M. Berger e William Bradley, da londrina British Drug Houses Ltd., dedicam-se a desenvolver um antibacteriano sintético, capaz de exercer efeito sobre bactérias Gram<sup>-</sup> resistentes à penicilina. Trabalham com um antibacteriano já conhecido, o fenoxietanol e desenvolvem um novo composto chamado de mefesina. Quando testada em animais de laboratório, a mefesina provoca relaxamento muscular e paralisia dos músculos voluntários, não afetando o sistema nervoso autónomo e não induzindo excitação. Berger e Bradley chamam a este efeito de tranquilizador.

A mefesina é usada pela primeira vez em anestésias ligeiras em 1947. O seu efeito no entanto revela-se curto e fraco, sendo necessário empregar doses elevadas da substância. Nos Estados Unidos, nos Laboratórios Wallace, a equipa de Berger continua a trabalhar com a mefesina. Em 1951, Bernard J. Ludwig e E.C. Piech anunciam a descoberta do meprobamato (dicarbamato de 2-metil – 2 – n propril – 1,3 – propanediol de carbonato). Berger realça que o meprobamato atua sobre áreas específicas do cérebro que são responsáveis pela ansiedade. Com a comercialização sobre o nome de Miltown<sup>1</sup>, o meprobamato torna-se um sucesso, embora o seu tempo de glória se extinga com o aparecimento das benzodiazepinas – uma época que Edward Shorter chama de psicofarmacologia cosmética<sup>2</sup>.

Por alturas do meio da década de 50, tanto a clorpromazina como o meprobamato são considerados tranquilizantes – no entanto, enquanto a clorpromazina é chamada de tranquilizante maior, sendo depois rebatizada de neuroléptico, o meprobamato, de potência muito inferior, é designado de tranquilizante menor.

---

<sup>1</sup> Mais tarde, passa a ser comercializado pela Wyeth, com o nome Equanil.

<sup>2</sup> Cf. Shorter, E. - "A History of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac". London: John Wiley & Sons, 1997. Sobre uma história detalhada da descoberta do meprobamato cf. Ramchandani, D.; López-Muñoz, F. e Álamo, C. - "Meprobamate-tranquilizer or anxiolytic? A historical perspective". *Psychiatric Quarterly*. Vol. 77. n.º 1 (2006), pp.43-53.

Apesar do seu sucesso, o meprobamato não é um fármaco perfeito, apresentando como inconvenientes vários efeitos secundários.

A meio da década de 50, a equipa formada por Leo Henryk Sternbach (químico) e o farmacologista Lowell O. Randall, da indústria farmacêutica Hoffman-La Roche, inicia uma investigação na filial norte-americana da companhia em Nova Jersey. Sternbach trabalha com uma substância descoberta por ele mesmo décadas antes, a 4,5-benzo(hepta 1.2.6 – ox- diazina). Após uma série de compostos falhados, surge por fim a síntese (acidental) do clordiazepóxido (Ro 5-0690), inicialmente chamado de metaminodiazepóxido. Com os primeiros testes feitos em 1957, o clordiazepóxido prova ser mais eficaz e mais inócuo que o meprobamato. Inicialmente é testado como antipsicótico em esquizofrénicos, verificando-se o seu poder em reduzir a ansiedade. Em 1960 é comercializado com o nome de Librium. Quatro anos mais tarde surge uma nova benzodiazepina que vai dominar o mercado, o Valium (diazepam), que surge na sequência de um derivado do próprio clordiazepóxido, o demoxepan. Nas décadas seguintes, surgem no mercado uma miríade de benzodiazepinas, incluindo o Xanax (alprazolam) na década de 70<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Para uma história detalhada da descoberta das benzodiazepinas, Cf. López-Muñoz, F.; Álamo, C. e Garcia-Garcia, P. - "The discovery of chlordiazepoxide and the clíical introduction of benzodiazepines: half a century of anxiolytic drugs". *Journal of Anxiety Disorders*. Vol. 25. n.º 4 (2011), pp.554-562.

#### 4. Primeiras impressões dos ansiolíticos em Portugal

Em Portugal o valor do meprobamato é reconhecido. Referindo-se à sua descoberta com entusiasmo numa era em que “a nevrose domina, em que a guerra psicológica é expressão todos os dias ouvida”<sup>1</sup>, Ferraz Júnior dedica ao meprobamato o seu tema para a lição de concurso para Professor Catedrático da Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em 1957.

Adotando sempre uma visão holística, de integração do medicamento na totalidade do homem, aliás, como é habitual na comunidade médica portuguesa, o autor defende que o meprobamato ganhou o estatuto de “favorito”<sup>2</sup> sendo que em 1956 são vendidos mais de 20 biliões de comprimidos deste tranquilizante. A experiência do médico com o medicamento é bastante positiva. Considera o meprobamato um medicamento seguro, sendo que tal como no estrangeiro, “a ansiedade é o sintoma que constitui a máxima indicação para o seu emprego”<sup>3</sup>. Aponta uma estatística de sucesso na ordem dos 58% de casos tratados, embora note que algumas vezes o uso de clorpromazina tem efeitos melhores em certos doentes. Apesar da boa impressão, Ferraz Júnior alerta para os resultados “imprevisíveis”<sup>4</sup> do medicamento, com a descrição de casos de ação paradoxal (em vez de tranquilo, o doente torna-se excitado) o que leva os doentes a rejeitarem o tratamento com meprobamato. Observa também casos de diarreia, intolerância gástrica e azia, e até um caso que o autor realça nunca ter encontrado descrito em nenhuma literatura estrangeira – o de uma doente que após a toma de meprobamato sente um “desdobramento do seu próprio corpo”<sup>5</sup>.

O sucesso do meprobamato estende-se a casos de doenças em que a ansiedade provoca somatizações fisiológicas. É o caso da asma, cólon irritável, neurodermites e colites ulcerosas.

O mecanismo de ação do fármaco é explicado pelo médico:

---

<sup>1</sup> Júnior, A.F. - "Contribuição para o estudo experimental e clínico do meprobamato". *Cadernos Científicos*. Vol. V. n.º Caderno 3 (1959), p. 404.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 405.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 406-407.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 407.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 408.

“Olhando os factos pelo ângulo psicológico, verifica-se que a influência se exerce sobre os fenómenos de ordem emocional, diminuindo a ansiedade, promovendo a melhoria do controle afectivo”<sup>1</sup>.

Acrescenta ainda que:

“O Meprobamato, a avaliar pelos estudos eletroencefalográficos feitos no animal, actuaria preferentemente sobre o tálamo bloqueando as conexões tálamo-corticais, pelo que realizaria uma lobotomia química, passageira”<sup>2</sup>.

A menção da lobotomia química passageira, feita pelo autor está em consonância com a lobotomia farmacológica associada à clorpromazina. Estamos no início da era psicofarmacológica - o onde, o porquê e o como são ainda pouco percebidos<sup>3</sup>.

O médico aliás, rejeita enveredar por uma “análise filosófica”<sup>4</sup> da ansiedade e da angústia reportando-se ao seu valor biológico, defendendo que a “neutralização sistemática”<sup>5</sup> da angústia pode trazer inconvenientes, uma vez que é necessário conhecer a história que leva ao aparecimento deste sintoma.

Assim, o autor defende que:

“A ansiedade revela não só o que poderíamos chamar, não sei se propriamente, conflitos psíquicos puros, mas também situações psico-orgânicas, em que a ansiedade não é mais

---

<sup>1</sup> Júnior, A.F. - "Contribuição para o estudo experimental e clínico do meprobamato". *Cadernos Científicos*. Vol. V. n.º Caderno 3 (1959), p. 410.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ainda a propósito do tratamento das neuroses em Portugal Cf. Fernandes, B. - "O conceito das neuroses - orientação terapêutica". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 4. n.º 4 (1952), pp. 249-270; Fernandes, B. - "Conclusão - o conceito das neuroses - orientação terapêutica". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 4 (1952), pp. 249-270; Polónio, P. - "Neuroses e estados ansiosos". Ibid. pp.77-94; M. Vogt - "Aspectos farmacológicos das drogas tranquilizantes". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 441 (1960), p. 361; Santos, J.d. - "A neurose de angústia na clínica psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 892 (1960), pp. 478-480; Mendes, F. - "Terapêutica clínica das neuroses". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LX. n.º 1216 (1966), 27 pp; Lacerda, A.A.P.d. - "Ansiedade - Condição humana". *Revista Portuguesa de clínica e terapêutica*. Vol. I. n.º 5 (1975), pp. 191-194; Matos, A.C.d. - "Ansiedade e depressão". *Jornal do Médico*. Vol. CXXII. n.º 2027 (1983), pp. 171-179; Matos, A.C.d. - "A neurose obsessiva (III)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXV. n.º 2287 (1988), p. 516; Matos, A.C.d. - "A neurose obsessiva (II)". Ibid.n.º 2285 pp. 432-435; Matos, A.C.d. - "A neurose obsessiva (I)". Ibid.n.º 2283 pp. 352-358.

<sup>4</sup> Júnior, A.F. - "Contribuição para o estudo experimental e clínico do meprobamato". *Cadernos Científicos*. Vol. V. n.º Caderno 3 (1959), p. 412.

<sup>5</sup> Ibid.

que a envoltura, o sinal de alarme dum organismo em maior ou menor perigo vital”<sup>1</sup>.

Ferraz Júnior defende que o tratamento da ansiedade pelo meprobamato se traduz acima de tudo num equilíbrio para o doente e não se pode cingir a uma faceta simplista da administração de “meia dúzia de comprimidos”<sup>2</sup>, situação em que:

“Então sim, pode falar-se de perigo, quando o uso de tranquilizantes lança um véu que esconde a realidade dos factos, quando impede ou atrasa a oportunidade de mais justificados tratamentos ou quando, por não ser capaz de isoladamente resolver as situações, acentua o desânimo e o fatalismo que é tão próprio dos doentes em desequilíbrio nevrótico”<sup>3</sup>.

Também o clordiazepóxido (ainda com o nome de metaminodiazepoxide) é experimentado pela comunidade médica portuguesa.

Fragoso Mendes e Lopes da Silva começam por alertar que o número de doentes ansiosos não para de crescer de dia para dia e que, dada a escassez de psicoterapeutas, deve ser feita uma seleção de doentes de modo a que alguns sejam encaminhados para a psicoterapia e outros para o tratamento farmacológico. Ainda assim, mesmo os doentes em psicoterapia podem beneficiar dos efeitos dos novos tranquilizantes, uma vez que, defendem os médicos:

“Alguns ansiosos, no decurso da psicoterapia a que são submetidos, sofrem de crises de angústia grave, que obriga a dar-lhes drogas activas, correndo-se o risco de os deixar cair no desespero e impedir posteriormente também qualquer psicoterapia”<sup>4</sup>.

Os médicos alertam para a necessidade de um tratamento convergente a junção das correntes organicistas e psicoterapêuticas – assim, aliado a um bom efeito das drogas, a psicoterapia será mais eficaz.

---

<sup>1</sup> Júnior, A.F. - "Contribuição para o estudo experimental e clínico do meprobamato". *Cadernos Científicos*. Vol. V. n.º Caderno 3 (1959), p. 412.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.413.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> Mendes, F. e Silva, F.L.d. - "Tratamento psicofarmacológico da ansiedade pela metaminodiazepoxide". *Jornal do Médico*. Vol. XLVII. n.º 991 (1962), p. 117.

Os autores consideram a existência de vários tipos de angústia, a saber, a angústia vital ou endógena (presente em certos estados neuróticos), a angústia dos esquizofrénicos, a angústia dos epiléticos, a angústia da neurose (ou seja dos estados de ansiedade, a angústia “reactiva das situações reais”<sup>1</sup>).

Assim, os médicos começam os ensaios com a droga em junho de 1960 com 236 doentes da consulta de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. O ensaio termina um ano depois. Os doentes incluem vários tipos de estados ansiosos, com diferentes etiologias e intensidades. Seguem um pequeno grupo de doentes segundo o método de duplo controlo cego, usando um placebo, que tal como o medicamento lhes é cedido pela indústria farmacêutica Hoffman-La Roche.

Os autores notam que :

“Observámos principalmente que na redução da ansiedade havia uma diminuição do estado de tensão psicológica e de inquietação motora, e as manifestações somáticas funcionais melhoravam também dum modo notável”<sup>2</sup>.

A maioria dos doentes apresenta melhorias significativas, com 62 doentes em remissão total e 101 doentes com resultados satisfatórios. Apenas 40 apresentam resultados negativos. Os doentes com melhores respostas são os que integram o grupo das neuroses e reações ansiosas. Os médicos referem também o bom efeito do medicamento nas queixas somáticas associadas à ansiedade tais como palpitações, falta de apetite ou astenia.

Concluindo, resumem que o valor da droga é sobretudo sintomático, aliviando determinados “target symptoms”<sup>3</sup> que são cruciais para uma posterior psicoterapia eficaz. Deste modo os autores apontam que é possível existir uma “verdadeira farmacopsicoterapia”<sup>4</sup>.

É aliás, este mesmo ponto de vista que é defendido por Fragoso Mendes, que em 1975 defende que “para uma indicação terapêutica correcta devemos sempre considerar os factores de ordem constitucional, orgânica, psicológica e social e a sua respectiva

---

<sup>1</sup> Mendes, F. e Silva, F.L.d. - "Tratamento psicofarmacológico da ansiedade pela metaminodiazepoxide". *Jornal do Médico*. Vol. XLVII. n.º 991 (1962), p. 117.

<sup>2</sup> Ibid., p. 118.

<sup>3</sup> Ibid., p. 125.

<sup>4</sup> Ibid.



comparticipação”<sup>1</sup>, alertando para os perigos de se optar por uma psicofarmacologia exclusiva e desumanizada. Como refere o médico:

“Hoje, a utilização dos derivados da benzodiazepina tornou-se comum, por vezes exagerando-se as suas indicações, observando-se em muitos casos como que um verdadeiro reflexo terapêutico (ansiedade igual a benzodiazepina), o que consideramos pouco científico, errado e mesmo prejudicial”<sup>2</sup>.

O interesse pelas novas benzodiazepinas é notório na classe clínica portuguesa e destacam-se os avolumados estudos dos médicos portugueses sobre este tema, nomeadamente no campo dos ensaios clínicos. Durante as décadas de 60, 70 e 80 salienta-se o interesse pelo diazepam<sup>3</sup>, medazepam<sup>4</sup>, adumbran<sup>5</sup>, lorazepam<sup>6</sup>, oxazepam<sup>7</sup>, alprazolam e bromazepam<sup>8</sup> ou halazepam<sup>9</sup>.

---

<sup>1</sup> Mendes, F. - "Sobre a terapêutica psicofarmacológica da ansiedade". *Revista Portuguesa de clínica e terapêutica*. Vol. 1. n.º 5 (1975), p. 221.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 222.

<sup>3</sup> Cf. - "O Valium Roche - correlações entre a investigação fundamental e as experiências clínicas". *Serviço bibliográfico Roche*. n.º 2 (1965), pp.5-12.

<sup>4</sup> Cf. Pereira, J.d.C. - "Ensaio clínico de um novo derivado da benzodiazepina (Medazepam) em doentes oncológicos". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1425 (1970), pp. 121-127.

<sup>5</sup> Cf. Gomes, J.B. - "A angústia e seu tratamento. Ensaio clínico com o Adumbran". *Ibid.* Vol. 75. n.º 1470 (1971), pp. 214-216.

<sup>6</sup> Cf. Fernandes, B.; Caldeira, C.; Baptista, F. et al. - "Estudo clínico do Lorazepam". *Revista Portuguesa de clínica e terapêutica*. Vol. I. n.º Suplemento ao número 3 (1975), 19 pp.

<sup>7</sup> Cf. D'Almeida, J.A.B.; Machado, M.A. e Bessa, J.S. - "Estudo clínico controlado dos efeitos terapêuticos da associação oxazepam-brometo de ambutónio (Sedioton)". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVIII. n.º 1661 (1975), pp. 344-346.

<sup>8</sup> Cf. Figueira, M.L.; Sousa, M.P.d.; Pestana, L.C. et al. - "Anxiety and cognitive dysfunction. The effect of two benzodiazepines - alprazolam and bromazepam - in a double-blind trial". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 33. n.º 1 (1987), pp. 17-30.

<sup>9</sup> Cf. Vieira, C.R. e Sousa, M.P.d. - "Análise dos efeitos terapêuticos e adversos do halazepam num grupo de doentes ansiosos". *O Médico*. Vol. 118. n.º 1887 (1988), pp. 588-600.

**CAPÍTULO VI. A PROBLEMÁTICA DA NOSOLOGIA EM  
PSIQUIATRIA COM O ADVENTO DA  
PSICOFARMACOLOGIA**

## 1. A nosologia psiquiátrica em Portugal a partir dos anos 50

A nosologia psiquiátrica, tal como tantos outros aspetos que concernem a psiquiatria, não é, nem nunca foi um tema pacífico. A dificuldade de uma nosologia psiquiátrica precisa prende-se, assim, com alguns aspetos característicos, com escolas próprias de pensamento e classificação e com diversidades geográficas que de certo modo se completam, se anulam e se discutem entre si.

Neste capítulo não se pretende fazer uma historiografia exaustiva das classificações psiquiátricas ao longo do século XX<sup>1</sup>, tema que daria para uma longa discussão sobre a complexidade de um sistema de hierarquização e sistematização quase subjetivo.

Como referem Paes de Sousa, Figueira e Souto Lopes:

“A nosologia psiquiátrica caiu no pecado do excesso, com a descrição duma multitude de entidades clínicas, cada vez mais parcelares, que caiu no exagero da ideografia, fazendo cada doente um caso único, impossibilitando as classificações; mais tarde impôs-se o erro oposto, ao reduzir-se toda a psiquiatria a uma só doença que, embora com aparências e modulações diferentes seria de causa única, psicogénea.

Mesmo actualmente, as variações culturais, de país para país, de escola para escola, ou até de hospital para hospital, e até as diferentes definições para a mesma entidade clínica, tornam a nosologia psiquiátrica tão confusa”<sup>2</sup>.

Pretende-se, assim, fornecer os alicerces para a compreensão do que se discute em capítulo posterior, nomeadamente as nomenclaturas e classificações usadas pelos clínicos

---

<sup>1</sup> Sobre as correntes psiquiátricas e nosologia psiquiátrica portuguesa até à década de 50 do século passado, atente-se nos trabalhos desenvolvidos por José Morgado Pereira, membro do Grupo de História e Sociologia da Ciência e Tecnologia do CEIS 20. Cf. por exemplo Pereira, J.M. - "Mudanças de paradigma na psiquiatria portuguesa". In: (coord.) (ed.) *Outros combates pela história*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. ; Pereira, J.M. - "Classificação e reconceptualização das doenças na Psiquiatria portuguesa: a contribuição de Júlio de Matos (1884-1923)". *Revista Estudos do Século XX*. n.º 12 (2012), ; Pereira, J.M. - "A recepção das correntes psiquiátricas durante a Primeira República". In: Neto (ed.) *República, Universidade e Academia*. Coimbra: Almedina, 2012.

<sup>2</sup> Sousa, M.P.d.; Figueira, L. e Lopes, J.S. - "Contribuição para a classificação em psiquiatria com a utilização do método da taxonomia numérica (aplicação a um grupo de doentes depressivos)". *Jornal do Médico*. Vol. XCII. n.º 1719 (1976), p. 145.

portugueses para identificar as doenças mentais na aurora da psicofarmacologia – em particular, interessa documentar os grandes quadros psiquiátricos identificados pela escola de Coimbra, uma vez que a análise de capítulo posterior se centra no arquivo dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Pretende-se de igual modo discutir duas classificações que emergem de forma crucial no panorama da psiquiatria mundial por volta da década de 50: o ICD-6 e o DSM-I, e as repercussões e atualizações que tais classificações sustêm no panorama da psiquiatria mundial.

A escola de Coimbra parece definir pelo menos quatro padrões major de síndromas<sup>1</sup> psiquiátricos: a agitação psicomotora, depressões, obsessões e fobias.

Joaquim Silvestre Ferreira da Rosa, chefe de serviço da Clínica Psiquiátrica da Universidade de Coimbra (sob a égide do diretor da Clínica Correia de Oliveira) refere sobre a agitação psicomotora:

“A agitação psicomotora é um síndrome extraordinariamente frequente. Na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Coimbra, não obstante o número reduzido de leitos, deram entrada, desde 1960 até aos primeiros meses do ano corrente, cerca de duas centenas de doentes com este diagnóstico.

É fácil identificar este síndrome. Caracteriza-o a hipercinesia. O doente apresenta-se em perpétuo movimento, deambula em constante inquietação, executa gestos sem finalidade ou toma atitudes de agressão ou de defesa. Normalmente há um certo grau de eloquacidade, mas o seu pensamento não conserva um fim definido. É ideofugitivo; cada associação dá lugar a outra associação e o doente corre de ideia em ideia sem nunca parar, dando assim lugar à logorreia a qual se manifesta em prolongados discursos, cânticos ou declamações ou ainda numa interminável verbigeração que repete, incessantemente, a mesma palavra ou verso se é escasso o seu material associativo.”<sup>2</sup>

Dentro dos quadros de agitação psicomotora, o médico realça a agitação maníaca, específica das psicoses endógenas, que é mais frequente em indivíduos dos 20 aos 50

---

<sup>1</sup> Síndrome (ou síndrome), que diz respeito a um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem de forma concomitante e que estão associados a um quadro identificável com etiologia e mecanismos diversos.

<sup>2</sup> Rosa, J. - "Grandes síndromas psiquiátricos". *Coimbra Médica*. Vol. XI. (1964), p. 212.

anos e que se pode manifestar inicialmente como uma crise depressiva. O tratamento da agitação psicomotora maníaca passa pela prescrição de neurolépticos – Ferreira da Rosa refere o emprego de haloperidol, levomepromazina e possivelmente um barbitúrico. Nestes casos, o doente pode ser tratado em casa. Quando, no entanto, a crise obriga ao seu internamento, o médico sugere o uso de Largactil para acalmar o doente e a utilização de novos agentes neurolépticos ao invés dos medicamentos usados na década de 50 como o paraldeído, escopolamina ou brometos. O uso de Largactil em doses de 200 a 400 miligramas costumam resultar para o controlo da agitação.

Sobre a agitação esquizofrénica, Ferreira da Rosa refere que:

“Na maioria dos casos inicia-se de modo explosivo, numa reunião, festa familiar, durante ocupações profissionais, etc. Esta agitação é caracterizada por desorientação, inconsciência, alucinações, sobretudo auditivas e ideias delirantes”<sup>1</sup>.

O médico faz alusão ainda a dois outros tipos de agitação psicomotora: a epilética, que deverá ser tratada com medicamentos próprios para a epilepsia e a agitação associada ao alcoolismo, o *delirium tremens*. Neste caso, Ferreira da Rosa refere que:

“É uma grave manifestação aguda do alcoolismo crónico que surge mercê de um traumatismo ou de uma infecção e que é de tal modo frequente que na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Coimbra foram internados nos últimos dois meses cerca de 10 casos. Caracteriza-se por confusão, tremor, alucinações intensas, predominantemente visuais e amnésia do episódio. (...) No seu delírio o enfermo diz poucas palavras, é um delírio quase sempre silencioso”<sup>2</sup>.

O tratamento de *delirium tremens* passa numa primeira instância pelo uso de Largactil <sup>3</sup>e num segundo momento pela administração de corretores do desequilíbrio

---

<sup>1</sup> Rosa, J. - "Grandes síndromas psiquiátricos". *Coimbra Médica*. Vol. XI. (1964), p. 215.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 216.

<sup>3</sup> O uso de neurolépticos nos casos de *delirium tremens* encontra apoio em literatura da época. O uso de ansiolíticos e eletrochoques parece igualmente encontrar fundamento clínico. Cf. - "O ECT no *delirium tremens*". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 619 (1954), sem página; Avol, V.P.J. - "Treatment of *delirium tremens* with reserpine (serpasil): A preliminary report". *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. Vol. 159. n.º 16 (1955), pp. 1516-1520; - "Eficácia notável do meproamato intravenoso no tratamento do *delirium tremens*". *Coimbra Médica*. Vol. VIII. (1961), p. 960.

eletrolítico e de carências vitamínicas, usando por exemplo extratos hepáticos. O médico recomenda ainda a psicoterapia como um recurso indispensável.

Quanto ao segundo grande grupo de síndromas psiquiátricos relatado pelo médico, as depressões, existe uma clara noção de que estas se apresentam no espectro oposto da agitação psicomotora, caracterizando-se por uma inibição do pensamento e da atividade.

Ferreira da Rosa refere que:

“O acesso pode aparecer em todas as idades, mas é mais frequente na involução e nas mulheres do que nos homens, relacionada com factores genéticos e ao biótipo pícnico.

Na Clínica Psiquiátrica foram internados desde 1960 até aos primeiros meses do ano corrente 174 doentes, com este diagnóstico, sendo 46 homens e 128 mulheres.

É característica a postura destes doentes. Em regra sentados, imobilizados com tronco flectido e cabeça baixa. A fisionomia é pálida, com máscara de tristeza, traços apagados, olhar fixo, a fronte franzida (omega melancólico). O doente não fala, mas geme, ou chora. Estão inibidos, frenados todos os seus processos psicológicos, intelectuais e volutivos, e de tal modo que até o simples pensar é penoso”<sup>1</sup>.

As depressões são caracterizadas pelo pessimismo do sujeito e por uma penitência autoinfligida (muitas vezes por atos cometidos na juventude) que impede o doente de ordenar um pensamento objetivo<sup>2</sup>. Uma das formas de apresentação da depressão é a hipocondria, que Ferreira da Rosa caracteriza:

“Neste caso o doente refugia-se na enfermidade com exagerado egocentrismo, e exagerada atenção na sua saúde corporal, que

---

<sup>1</sup> Rosa, J. - "Grandes síndromas psiquiátricos". Ibid. Vol. XI. (1964), p. 217.

<sup>2</sup> A título de curiosidade, veja-se o diagnóstico de Miller Guerra a propósito da patologia de Antero de Quental, diagnóstico ao qual o médico chega por leitura de cartas e poemas do autor – “Sob o fundo psicológico de tristeza vital, povoavam-lhe a mente, nas noites de insónia pertinaz, penosas rememorações da mocidade («os meus fantasmas») acusando-o da inatividade em que jazia, dos ideais traídos, do vazio e da inutilidade da vida. Esta sintomatologia propriamente psiquiátrica era acompanhada de queixas de carácter hipocondríaco que sobressaiam por tal forma que em certas épocas que chegavam a ocupar por completo o quadro clínico. Os padecimentos gástricos e intestinais, a astenia, as cefaleias, chamavam tanto a atenção dos amigos e da família, dos médicos e dele próprio, que deixavam na sombra as manifestações psíquicas.” Cf. Guerra, M. - "Uma interessante comunicação do professor Miller Guerra". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 884 (1960), p. 61.

resulta da insegurança do seu eu e da angústia ante a actividade do meio ambiente o que dá lugar a ressentimentos contra osãos.”<sup>1</sup>

O médico define ainda a sitiofobia, ou a recusa da alimentação, argumentando que neste caso se está perante uma procura da morte, um desejo relativamente consciente no doente melancólico e as tentativas de suicídio, que normalmente são cuidadosamente preparadas e dissimuladas.

O tratamento sugerido pelo médico para as depressões é descrito da seguinte forma:

“Dada a possibilidade de suicídio é de aconselhar o internamento. Os métodos de choque, especialmente o electrochoque é o tratamento mais geralmente empregue. Quanto aos medicamentos são em regra de 3 tipos: a imipramina, a levomeprazina e os inibidores das monoaminoxidoses. A imipramina recomenda-se na depressão franca associada à levomepromazina.

Nas depressões mais fortes, nos inibidos, os inibidores das monoaminoxidoses – a iproniazide (Marsilide) que pode ser associada a um neuroléptico (levomepromazina) ou a um hipnótico. Os anti-depressores manifestam a sua acção favorável em regra decorridas duas semanas, mas há necessidade de prosseguir longo tempo a medicação anti-depressiva.

Nas depressões nevróticas, com componente ansioso, devem dar-se os tranquilizantes (meprobamato) que são bem suportados. (...). A associação de um neuroléptico à imipramina eleva a taxa de cruas a 62,5%”<sup>2</sup>.

Quanto às obsessões, o médico esclarece a divisão em três grandes fenómenos mórbidos – a ideia fixa, as fobias e o impulso obsessivo. Todos eles podem coexistir num mesmo indivíduo, mas regra geral um deles é dominante. Sobre a ideia fixa, Ferreira da Rosa esclarece que:

“A ideia fixa é de conteúdo neutro e só adquire carácter patológico quando altera a conduta do indivíduo para situações contrárias à

---

<sup>1</sup> Rosa, J. - "Grandes síndromas psiquiátricos". *Coimbra Médica*. Vol. XI. (1964), p. 218.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 219.

lógica e à razão como penitências absurdas, abandono de deveres profissionais e familiares, desnecessária reiteração de certos actos, etc”<sup>1</sup>.

Já sobre as fobias, o médico refere que:

“Quando a obsessão determina directamente um temor, designa-se por fobia; são temores infundados que, nuns casos se manifestam por inibição da vontade, noutros por impulsão de determinado acto. (...) Assim temos a misofobia, o medo de se sujar, a hematofobia – o sangue – a pirofobia – o do fogo – a hidrofobia – o da água – a agorafobia, o medo dos espaços vazios e a claustrofobia dos espaços fechados, a sitiofobia o medo de tomar alimentos (sintoma que acompanha por vezes os estados depressivos) as nosofobias – medo das doenças que pode tomar a designação de sitiofobia, se diz respeito a sífilis, etc”<sup>2</sup>.

Quanto ao impulso obsessivo, Ferreira da Rosa esclarece que:

“as obsessões distinguem-se das ideias fixas porque o enfermo reconhece o seu conteúdo absurdo e luta para não se deixar arrastar por elas; esta luta, intrapsíquica, com as tendências que habitualmente dirigem o curso normal do pensamento origina um estado de angustia que lhe dá caracter patológico”<sup>3</sup>.

O médico refere ainda que as obsessões se destacam por envolver certos ritos ou cerimónias que acabam por ser semelhantes em cada indivíduo acometido por determinado impulso obsessivo. O tratamento passa fundamentalmente pela psicoterapia.

Como se verá adiante esta divisão de grandes síndromas psiquiátricos é em termos de diagnóstico de uma praticidade inquestionável, sendo, como se verá adiante, adotada pela generalidade dos clínicos dos Hospitais de Coimbra. No entanto, a simplicidade de tal classificação não deve ser entendida como uma regra no panorama das taxonomias e sistemáticas portuguesas da época.

---

<sup>1</sup> Rosa, J. - "Grandes síndromas psiquiátricos". *Coimbra Médica*. Vol. XI. (1964), p. 219.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 220.

<sup>3</sup> *Ibid.*



As depressões, por exemplo, são tema de discussão frequente, sobretudo graças aos novos avanços psicofarmacológicos que põem em causa matrizes e nosologias antes estabelecidas.

Diogo Furtado, revisitando uma sistemática das depressões, refere que:

“O advento das drogas modernas da psicofarmacologia veio pôr em evidência a necessidade duma concepção mais precisa dos estados depressivos, duma classificação orientada no sentido da sua aplicação terapêutica, porquanto aqui se verificou o mesmo facto que se havia observado para o electrochoque, isto é, encontraram-se depressões que cedem a determinadas drogas, ante as quais outros estados depressivos, cuja diferenciação fenomenológica com os primeiros não é grande, resistem e por vezes até se agravam”<sup>1</sup>.

O que a psicofarmacologia trouxe de novo à nosologia psiquiátrica é, portanto, uma necessidade de sistematização mais precisa, mas ao mesmo tempo mais simples, centrada não só no processo mórbido em si, mas igualmente na oportunidade de terapia desse mesmo processo. A novidade que surge é pois um desafio que implica uma observação e experiência dos resultados que se obtêm com os novos métodos, sejam eles físicos ou químicos, integrando-os nos paradigmas pré-existentes (por exemplo, as depressões afetivas respondem bem ao eletrochoque enquanto que a ansiedade primitiva de uma timopatia ansiosa não reage de forma positiva à mesma terapia). Ademais acresce que a biologia, a etiologia, a fisiopatologia e a sócio(circunstância) devem ser tidas em conta quando se fala de uma sistematização elaborada de forma completa.

Como escreve Ban, numa monografia que nunca chegou a ser editada:

“Clinical psychopharmacology research, directed to identify treatment responsive populations to the new psychotropic drugs, focused attention on the biologic heterogeneity of patients – in terms of responsiveness to pharmacologic agents – within the traditional diagnostic categories. For a long period, however, this was overshadowed by the recognition that the therapeutic action of

---

<sup>1</sup>Furtado, D. - "Sistemática das depressões e sua terapêutica". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 899 (1960), p. 845.

psychotropic drugs is intrinsically linked to their effect on neuronal transmission, i.e., conduction of impulses at the synaptic cleft. Because of this it was not before the late 1960's that it was acknowledged that psychopharmacology, by the development of psychotropic drugs with different action on the processing of experience, has provided a suitable means, and a heuristically important new frame of reference, for the re-evaluation of traditional diagnostic concepts and classification of psychiatric disorders”<sup>1</sup>.

No fundo, o que Ban refere é o que os clínicos portugueses fazem sobretudo durante a década de 60 - experimentam diferentes medicamentos em distintas populações de doentes psiquiátricos, apontando qual ou quais os tratamentos mais indicados para cada caso – uma redefinição da nosologia tradicional por forma de uma experimentação farmacológica.

A título de exemplo, voltemos a Diogo Furtado. Para o médico, os sintomas fundamentais que acompanham os estados depressivos são cinco: estado depressivo de humor, inibição de funções psíquicas e físicas, sentimentos de culpabilidade e inferiorização, tendência suicida e ansiedade. No entanto o autor adverte para a existência de sintomas acessórios que não devem ser ignorados – sintomas intelectuais, falta de consciência mórbida, queixas hipocondríacas e cenestésicas, sintomas do tipo paranoide, comportamento obsessivo e compulsivo e sintomas somáticos.

Diogo Furtado sugere, assim, uma sistemática das depressões que divide em três grandes grupos: depressões primitivas (que incluem as ciclotímicas, as endógenas não ciclotímicas, as neuróticas e as reativas); as depressões transicionais (que incluem a involutiva e as atípicas) e as depressões secundárias (que incluem as depressões existentes em doenças mentais e cerebrais, como aquelas da esquizofrenia e as depressões que acompanham outras doenças gerais).

Com base nesta sistemática, o autor argumenta uma maior facilidade terapêutica. Por exemplo, as depressões reativas serão mais responsivas a psicoterapia, o que não quer dizer que a psicoterapia não se constitua como uma mais valia nas outras depressões

---

<sup>1</sup> Ban, T. - "An introduction to psychiatric nosology (lectures one and three) - incomplete monograph". 2007 (?). Em linha - [inhn.org/archives/ban-collection/an-introduction-to-psychiatric-nosology]. Consultado a 23 Janeiro 2016, p. 52.

enunciadas. Os electrochoques constituem-se como uma arma terapêutica essencial. Nas palavras de Diogo Furtado:

“O electrochoque é, sem dúvida alguma a terapêutica que nos dá resultados mais espectaculares nas depressões, sobretudo nas depressões endógenas: 80 a 90 % de remissões são os números médios encontrados por todos os autores no tratamento das depressões endógenas com electrochoque. (...). Toda a depressão que não cede ao fim de 4 ou 5 electrochoques, ou pelo menos não mostra nítidos sintomas de remissão, não é seguramente uma depressão endógena. Nas depressões reactivas e neuróticas o resultado é muito mais escasso, podendo haver até casos, como vários temos observado, nos quais o electrochoque acarreta um agravamento sensível do estado de depressão”<sup>1</sup>.

É interessante notar que as terapêuticas influenciam os diagnósticos, e de certo modo a juntar aos fatores anteriormente considerados para se chegar a uma sistemática, existe agora a capacidade de mediante determinadas respostas, se chegar a um resultado mais preciso. Por outro lado, ao permitir destrinçar mecanismos de ação e fundamentos biológicos de atuação, a psicofarmacologia admite olhar para as doenças mentais com uma nova perspectiva.

Sobre a psicofarmacologia, Diogo Furtado refere que a classificação proposta por Delay das novas drogas é a mais útil. Assim, os novos fármacos são divididos em psicolépticos (da qual fazem parte os de ação paralisante, tranquilizadora ou entorpecedora, portanto os hipnóticos barbitúricos e não barbitúricos, o meprobamato e os neurolépticos); os psicoanaléticos (que induzem estimulação psíquica e vegetativa, como as aminas estimulantes, a imipramina e os inibidores da monoaminoxidase) e os psicodislépticos (provocadores de fenómenos psicopatológicos). O neurologista realça a novidade e a importância que os psicoanaléticos trazem e com base na sua experiência pessoal, organiza os métodos de tratamento consoante a classificação das depressões que sistematizou.

---

<sup>1</sup> Furtado, D. - "Sistemática das depressões e sua terapêutica". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 899 (1960), p. 851.

Assim, para as depressões ciclotímicas, Furtado sugere o uso de eletrochoques ou imipramina, podendo eventualmente existir benefício da associação dos dois. Nas depressões endógenas não ciclotímicas, o tratamento preferido será a imipramina, podendo em casos de urgência ser tentado o eletrochoque. Nas depressões neuróticas, o neurologista recomenda psicoterapia e psicanálise, inibidores da monoaminoxidase, imipramina e tranquilizantes e, na eventualidade de ser necessário, os eletrochoques. Nas depressões involutivas e atípicas, os eletrochoques (eventualmente em associação com a insulina), a imipramina e os tranquilizantes são os métodos de eleição. Por fim, nas depressões associadas a doenças mentais e doenças gerais, Diogo Furtado prefere o tratamento etiográfico, o uso de tranquilizantes e, em último recurso, eletrochoques<sup>1</sup>.

A importância dada a uma classificação clara e intuitiva das questões psiquiátricas é reforçada por Eduardo Cortesão. O médico refere que:

“Daqui derivamos para a classificação nosológica; e se é certo que podemos admitir certa flexibilidade conforme as orientações teóricas predominantes em cada autor, não é menos certo que devemos, por um lado, procurar definir os termos que empregamos, e, por outro, procurar um denominador comum, no sentido de que as expressões se refiram, tanto quanto possível, a conceitos geralmente aceites”<sup>2</sup>.

Cortesão refere a existência de quatro grandes quadros clínicos entendidos no contexto da depressão: reações depressivas, neuroses depressivas, psicose maníaco depressiva e melancolia e síndromes depressivos na menopausa e climatério. O uso de psicoterapia e dos novos fármacos são referidos pelo médico como hipóteses de tratamento.

As depressões constituem-se aliás como a causa mais comum de internamento. Segundo Vaz Serra, que apresenta uma nosologia dividida em 5 grupos – depressões, esquizofrenia, alcoolismo, mania e neuroses – no período entre 1966 e 1971 na Clínica

---

<sup>1</sup> Atente-se também no tratamento das depressões sugerido por Forcada Calvo. O médico refere o Tofranil como o medicamento de eleição na melancolia endógena pura e depressão simples; o Marsilid para quase todas as depressões, mas mais eficaz nas depressões de fundo orgânico sendo especialmente indicado nas depressões involutivas; o Marplan nas depressões neurogênicas e neuroses depressivas, podendo até ser usado na esquizofrenia e na psicose; o Librium na depressão ansiosa e estados de tensão e angústia. Forcada Calvo ressalva ainda o papel essencial dos eletrochoques em algumas depressões e da psicoterapia para as depressões neuróticas e reativas. Cf. Calvo, A.F. - "Tratamento da depressão". Ibid. Vol. XLIV. n.º 945 (1961), pp. 549-550.

<sup>2</sup> Cortesão, E. - "Depressões. Enfoque psicodinâmico". Ibid. Vol. LV. n.º 1151 (1963), pp.356-362.

Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, as depressões são responsáveis por quase 650 internamentos<sup>1</sup>. A esquizofrenia dá origem a cerca de 200 internamentos, o alcoolismo a perto de 350 internamento, a mania a pouco menos de 50 e as neuroses correspondem a cerca de 250 internamentos<sup>2</sup>. Vaz Serra alerta igualmente para a necessidade de se identificarem depressões “mascaradas”, algo aliás já defendido por Barahona Fernandes<sup>3</sup> que as designa de latentes. Estas depressões apresentam-se sem o quadro sintomatológicos apontado como característicos da depressão. Ao invés, o doente apresenta uma quantidade de queixas pouco específicas ou pelo menos pouco indicativas de um processo patológico psiquiátrico.

Vaz Serra dá como exemplo o seguinte caso:

“O doente A.G.F., de 35 anos de idade, agricultor, foi inicialmente observado na consulta externa de Medicina H.U.C. devido a queixas localizadas ao aparelho digestivo, referindo dores gástricas, perturbações da digestão e obstipação persistente. A sua sintomatologia era de tal modo rica que lhe foi feito estudo radiológico do estômago, vesícula, trânsito intestinal e provas hepáticas. Todas estas observações se revelaram negativas. Não obstante foi-lhe feita medicação variada por doença digestiva.

---

<sup>1</sup> A propósito dos trabalhos de Adriano Vaz Serra sobre a sintomatologia da depressão Cf. Serra, A.V. - "Aspectos da sintomatologia das depressões". *Coimbra Médica*. Vol. XIX. n.º Fascículo IX - Novembro (1972), pp.899-911; Serra, A.V. - "Estudo das relações do precipitante com o quadro clínico depressivo". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo II, Série III (1973), pp.155-170; Serra, A.V. e Abreu, J.L.P.d.C. - "Aferição dos quadros clínicos depressivos - I - Ensaio de aplicação do "Inventário depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos". *Ibid.*n.º Fascículo VI, Série III pp.623-644; Serra, A.V. e Abreu, J.L.P.d.C. - "Aferição dos quadros clínicos depressivos - II - Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do "Inventário depressivo de Beck"". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo VII, Série III (1973), pp.713-736; Serra, A.V. e Abreu, J.L.P.d.C. - "Análise factorial das depressões: emergência de factores numa amostra portuguesa de doentes deprimidos". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo VIII, Série III (1973), pp.875-892; Serra, A.V.; Martinho, A.V. e Lameiras, J.C.D. - "A importância das diferenças de sexo na manifestação sintomatológica dos quadros depressivos". *Ibid.*n.º Fascículo IX, Série III pp.971-993; Serra, A.V. - "Aspectos transculturais das depressões - II. - Cultura e depressões ". *Ibid.*Vol. XXI. n.º Fascículo X - Dezembro (1974), pp.1007-1020; Serra, A.V. - "Aspectos transculturais das depressões - I. -Aspectos etiopatogénicos das perturbações mentais. Cultura, sociedade e indivíduo. Cultura e psicopatologia.". *Coimbra Médica*. Vol. XXI. n.º Fascículo IX - Novembro (1974), pp. 899-924; Serra, A.V.; Patto, M.d.L.v. e Lima, M.V. - "Aplicação do inventário depressivo de Beck a uma amostra de indivíduos normais". *Medicina - revista de clínica, investigação, saúde pública e temas paramédicos*. Vol. I. n.º 10 (1976), pp. 537-548.

<sup>2</sup> Serra, A.V. - "A importância clínica dos quadros depressivos". *Coimbra Médica*. Vol. XIX. n.º Fascículo X - Dezembro (1972), pp. 1027-1042.

<sup>3</sup> Fernandes, B. - "As depressões latentes e o seu tratamento". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1543 (1972), pp. 619-622.

Como não melhorasse, foi enviado à consulta externa de Psiquiatria, sendo observado a 1º vez no dia 10-5-67. Verificou-se na altura que apresentava um certo descontrole emocional, que o levava a chorar com frequência, tristeza, incapacidade em trabalhar, astenia, perda de apetite e de peso. As queixas já referidas do aparelho digestivo haviam surgido concomitantemente. Apurou-se que tinha uma tia com diversos internamentos num hospital mental, devido a uma Psicose Maníaco-depressiva e, além desta, havia outras tias «doentes dos nervos».

Este doente foi então medicado com um anti-depressivo (amitriptilina) e com flufenazina, em doses fracas. Dois meses depois haviam desaparecido as queixas, sentindo-se a recuperar progressivamente. Em 22-8-69 recorreu de novo aos serviços de Psiquiatria, por ter sofrido recaída, com sintomatologia idêntica”<sup>1</sup>.

Assim, mais do que um seguimento cego de uma nosologia estática, o médico deve assegurar-se que consegue ler e perceber de maneira eficiente o quadro que se lhe apresenta, não permitindo que casos psiquiátricos sejam mal diagnosticados ou não diagnosticados sequer.

Quanto ao outro grande grupo nosológico identificado por Vaz Serra, a esquizofrenia, os clínicos portugueses debatem igualmente de forma bastante clara as suas fronteiras e classificações.

Como refere Gomes de Araújo Filho:

“A esquizofrenia, escolhida para tema formal do Congresso, é uma doença a respeito de cuja etiologia e mesmo de cujos mecanismos patogénicos ainda pouco se sabe, com precisão. Faz-se com certa facilidade o seu diagnóstico, o que equivale a dizer que se distinguem com suficiente nitidez os seus sintomas fundamentais –

---

<sup>1</sup> Serra, A.V. - "A importância clínica dos quadros depressivos". *Coimbra Médica*. Vol. XIX. n.º Fascículo X - Dezembro (1972), p. 1032.

e isto consegue-se a partir de modos de pensar psiquiátrico dos mais diversos”<sup>1</sup>.

Sobre a esquizofrenia, o médico pouco fala, excetuando a abordagem leve à agitação esquizofrénica. No entanto é seguro afirmar que a esquizofrenia será, de todos os quadros psiquiátricos existentes, um dos mais comumente identificados.

De um modo geral a esquizofrenia é dividida nas formas paranoide, hebefrénica e catatónica. O elemento central de diagnóstico da doença é o delírio<sup>2</sup>.

Como refere Nunes da Costa:

“Todos têm em comum um vivenciar próprio, a vivência esquizofrénica, cuja característica mais definida será, por paradoxo, o que ela tem de impenetrável e indefinível, mas que nem por isso (ou talvez por isso), dispõe de uma importância primordial no diagnóstico. No centro dessa vivência está o delírio”<sup>3</sup>.

O médico, 1º assistente do Hospital Júlio de Matos, detalha que para o diagnóstico de uma esquizofrenia deve-se atentar em variados sinais e pródromos que guiam o médico para o reconhecimento da patologia, mas que se podem resumir em três facetas – o pensamento, a atividade e o afeto. Assim, o doente esquizofrénico é por norma um indivíduo frio, indiferente, “com uma frouxidão dos processos intelectuais e uma incapacidade de imprimir ao acto de pensar uma direcção definida”<sup>4</sup>, sem noção de tempo e de memória apagada.

Barahona Fernandes refere que a classificação de esquizofrenia que adota segue a linha de pensamento de Sobral Cid, sendo esta que aplica na Clínica de Lisboa. Assim, para além da esquizofrenia propriamente dita, existem uma série de quadros clínicos semelhantes à esquizofrenia e que convém serem diferenciados. Deste modo, o psiquiatra detalha as pseudo-esquizofrenias endógenas correspondentes às psicoses atípicas

---

<sup>1</sup> Gomes de Araújo, H. - "Comentário ao 2º congresso internacional de psiquiatria". *Separata d'O Médico*. Vol. VIII. (1957), p. 1.

<sup>2</sup> Para um aprofundamento sobre o tema do delírio, Cf. Fernandes, M.A. - "Psicoterapia da esquizofrenia em bases analíticas do delírio". *Jornal do Médico*. Vol. LIII. n.º 1103 (1964), pp. 629-654; Fernandes, M.A. - "Psicoterapia da esquizofrenia em bases analíticas do delírio (continuação do número anterior)". *Ibid.* n.º 1104 pp. 697-709; Matos, C.d. - "Psicopatologia do delírio". *Ibid.* n.º 1093 pp. 21-22; Mendes, F. - "Análise do delírio nas psicoses experimentais". *Ibid.* Vol. LXXXVIII. n.º 1655 (1975), pp. 113-118.

<sup>3</sup> Costa, A.N.d. - "Esquizofrenia (clínica e diagnóstico)". *Ibid.* Vol. LV. n.º 1143 (1964), p. 814.

<sup>4</sup> *Ibid.*

degenerativas (que engloba no conceito de holodisfrenias); os estados exógenos (englobando as psicoses experimentais por drogas como a mescalina); as evoluções anormais esquizoides; outras evoluções pseudo-esquizofrénicas juvenis; estados de base orgânica cerebral (como o caso de tumores ou encefalites) e outras que não se inserem em nenhuma das categorias anteriores<sup>1</sup>.

Pedro Polónio acrescenta ainda casos especiais da doença, onde inclui as esquizofrenias puerperais, periódicas (estas menos graves e de melhor prognóstico) e de involução<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Cf. a este propósito Fernandes, B. - "A esquizofrenia no 2º Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique". *A Medicina Contemporânea*. n.º 12 (1957), pp. 577-599; Fernandes, B. - "Esquizofrenias agudas e holodisfrenias (um grupo de psicoses fásicas endógenas)". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 9. (1957), pp. 142-176.

<sup>2</sup> Cf. Polónio, P. - "As formas de evolução da esquizofrenia". *O Médico*. Vol. IV. n.º 238 (1956), pp. 319-333.



## 2. O DSM e o ICD – Receção em Portugal dos novos manuais de classificação das doenças psiquiátricas

Das enormes diferenças relatadas e decorrente duma dificuldade crescente em conciliar teorias, escolas, matrizes e práticas e de uma necessidade absoluta de standardização psiquiátrica, surgem por volta de 1950 duas publicações que tentam de alguma forma harmonizar e hegemonizar a classificação de doenças em psiquiatria. A dificuldade em encontrar um denominador comum ou uma linguagem idêntica entre diferentes escolas, países e até continentes torna-se numa verdadeira torre de Babel da psiquiatria. De certa forma, estas publicações tentam abandonar concepções que são no seu cerne individualistas ou elaboradas por personalidades e escolas específicas e fornecer uma espécie de universalização das nomenclaturas, semiologia e classificação psiquiátrica<sup>1</sup>.

A primeira taxonomia é feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que inclui uma secção dedicada à psiquiatria pela primeira vez na sexta versão da International Statistical Classification of Diseases and related Problems (ICD-6). Publicado em 1948, o ICD-6 não se torna uma classificação de referência no que à psiquiatria concerne – quase todos os países das Nações Unidas acabam por ignorar a classificação, sendo adotada por apenas cinco países: Finlândia, Nova Zelândia, Perú, Tailândia e o Reino Unido<sup>2</sup>. A verdade é que cada país prefere continuar a usar as classificações que até então adota, ao invés de optar pela utilização do ICD-6. A revisão e atualização do ICD continua, no entanto, a ser feita. Em 1955 é lançado o ICD-7, em 1965 o ICD-8, em 1975 o ICD-9 e em 1994 o ICD-10.

A outra classificação, o DSM, Diagnostic and Statistic Manual of Mental Health, é publicado pela primeira vez em 1952, sendo uma espécie de resposta norte-americana ao seu congénere da OMS<sup>3</sup>. O DSM, elaborado pela associação psiquiátrica americana (APA) inclui unicamente diagnósticos psiquiátricos. Na primeira edição, o DSM-I inclui

---

<sup>1</sup> Confirma o trabalho de Stengel, em que o autor detalha 39 classificações psiquiátricas diferentes em uso em vários países do mundo. Stengel, E. - "Classification of mental disorders". *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 21. n.º 4-5 (1959), p. 601-663.

<sup>2</sup> Cf. Blaney, P.H.; Krueger, R.F. e Millon, T. - "Oxford Textbook of Psychopathology". Oxford University Press, 2014.

<sup>3</sup> Os norte-americanos consideram que o ICD-6 revela graves falhas na codificação de determinadas doenças, e que não pode ser aplicado à população americana.

um total de 106 diagnósticos da especialidade médica. O manual continua a ser melhorado e sistematizado, resultando daí o DSM-II em 1968 (182 diagnósticos psiquiátricos), o DSM-III em 1980 (265 diagnósticos psiquiátricos e a adoção da classificação por sistema multi-axial), o DSM-III-R em 1987 (292 diagnósticos), o DSM-IV em 1994 (297 diagnósticos), o DSM-IV-TR em 2000 e o DSM-5 em 2013.

Em Portugal a adoção do ICD-6 parece efetivamente não ter sido frutífera.

Stengel refere que em Portugal:

“The Instituto Nacional de Estatística of Portugal and the Swiss Bureau Fédéral de Statistique used, at the time of this inquiry, a classification proposed for international use by Bersot in 1937. It is a shortened version of the French classification, the number of main categories having been reduced to eight.”<sup>1</sup>

A classificação Internacional de Bersot compreende, assim, as categorias de oligofrenias, psicopatias, psicoses maníaco-depressivas, psicoses simples (onde se inclui esquizofrenia e psicoses paranoides), epilepsia, psicoses orgânicas (como as senis), intoxicações (endógenas e exógenas, nomeadamente as alcoólicas) e psiconeuroses.

No entanto, as novas classificações vão aos poucos, ocupando um espaço próprio na psiquiatria portuguesa. Em 1970, Barahona Fernandes, Pedro Polónio e Seabra-Dinis propõem uma adaptação portuguesa da oitava versão do ICD, sendo que a Classificação Internacional das Doenças havia sido aprovada em Portugal a 22 de novembro de 1969 (publicado em Diário de Governo em abril de 1970).

Os médicos notam que:

“Toda a classificação internacional é um compromisso necessário entre várias tendências e é sempre passível de muitas e variadas objecções e comentários. A ICD-8 foi já adoptada por numerosos países, entre os quais os E.U.A., a U.R.S.S, Inglaterra, França, Alemanha, etc. Esperemos que seja em breve adoptada em

---

<sup>1</sup> Stengel, E. - "Classification of mental disorders". *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 21. n.º 4-5 (1959), p. 606.

Portugal, para todas as doenças e para uso estatístico e epidemiológico de comparação internacional”<sup>1</sup>.

Em Portugal existe, portanto, a percepção da necessidade de uma uniformização das nomenclaturas, uma linguagem comum que permite estar a par com a comunidade internacional. No entanto, o espírito crítico de uma tal categorização universal prevalece no discurso português, com uma notável ênfase dada à dificuldade que se gera na tradução de determinados termos e na confusão que daí pode advir para a prática clínica rotineira. As diferenças existentes entre escolas, teóricos e países devem, assim, ser esbatidas, pois como esclarecem os médicos portugueses:

“São conhecidas as diferenças de diagnósticos entre os vários países e as dificuldades consecutivas de comunicação, compreensão e entendimento. Os psiquiatras devem dar o exemplo neste campo da saúde mental e da paz internacional, abstendo-se das suas guerras verbais e encontrando pelo menos, uma linguagem comum inequívoca”<sup>2</sup>.

Mais do que noutros campos da medicina, em que uma terminologia comum se consegue facilmente e de modo harmonioso, as diferentes escolas que constituem a psiquiatria tornam-na numa disciplina difícil de categorizar, de tratar e de sistematizar. A dificuldade de uma linguagem comum traduz-se, assim, num anormal atraso de desenvolvimento da disciplina médica, que pode isolar a psiquiatria de uma progressão natural no campo da medicina.

Como os médicos referem:

“Só dentro de certas «escolas» existe um dado acordo sobre a nomenclatura e entendimento do seu círculo restrito. Entre elas tem sido difícil o ajuste recíproco e criam-se diferentes linguagens, cuja tradução se torna muito custosa e aleatória por vários motivos. Mais do que os outros médicos, os psiquiatras têm a obrigação de cuidar da clareza dos seus conceitos e da sua linguagem própria e

---

<sup>1</sup> Fernandes, B., Polónio, P. e Seabra-Dinis, J. - "Classificação internacional das doenças mentais - proposta de adaptação portuguesa". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1428 (1970), p.3-4.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.4.

de procurar fazer-se compreender. De contrário falham na sua missão”<sup>1</sup>.

A vantagem das classificações comuns e de uso universal assenta, assim, numa maior clareza de diagnóstico, numa maior certeza de prognósticos e num uso mais fácil em termos estatísticos, epidemiológicos e de informação para os clínicos e para a população<sup>2</sup>.

Os autores baseiam, assim, a sua adaptação do ICD-8 nas adaptações francesa, inglesa, espanhola e russa, usando sempre que possível a nomenclatura equivalente mais usada em Portugal. Para a adaptação portuguesa, os autores alertam que existem algumas diferenças em relação às adaptações internacionais que consultam:

“As classes numerais de classificação internacional, como é fácil de verificar, não são equivalentes. Assim, o número 295 abrange uma só doença, a esquizofrenia. Mas a maioria das outras doenças (por exemplo 293, 294, etc.) diz respeito a entidades mórbidas nosologicamente independentes. Esta desigualdade é condicionada pelo diferente grau de incidência das várias doenças, das quais as mais difundidas justificam uma classe independente que permite diferenciar, como é o caso da esquizofrenia, as suas variadas formas”<sup>3</sup>.

A proposta de tradução da Secção V (Perturbações mentais) do ICD-8 por Barahona Fernandes, Pedro Polónio e Seabra-Dinis divide-se, assim, em quatro grandes grupos, as psicoses, as neuroses<sup>4</sup>, perturbações da personalidade e outras perturbações mentais não psicóticas e as oligofrenias.

---

<sup>1</sup> Fernandes, B.; Polónio, P. e Seabra-Dinis, J. - "Classificação internacional das doenças mentais - proposta de adaptação portuguesa". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1428 (1970), p.5.

<sup>2</sup> Note-se ainda o alerta que os médicos fazem para a necessidade de uma adaptação conjunta com o Brasil, conduzindo assim a uma unificação da classificação em língua portuguesa. Os autores referem aliás que estão a trabalhar com uma equipa de médicos brasileiros numa proposta conjunta de nomenclaturas.

<sup>3</sup> Fernandes, B.; Polónio, P. e Seabra-Dinis, J. - "Classificação internacional das doenças mentais - proposta de adaptação portuguesa". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1428 (1970), p. 5.

<sup>4</sup> O conceito e tratamento de neuroses é um tema que os clínicos portugueses demonstram valioso apreço. Pedro Luzes referindo-se às neuroses escreve que “o capítulo das neuroses é dos mais essenciais da Medicina Moderna e mesmo da vida moderna”. O mesmo médico, membro da sociedade internacional de psicanálise, classifica as neuroses em dois grandes grupos. O primeiro grupo é constituído pelos casos de sintomatologia predominantemente psíquica nos quais inclui a neurose fóbica, a obsessiva e de carácter (que nas formas graves se constitui uma psicopatia), a de inibição e as depressões neuróticas. O segundo grupo inclui as neuroses de sintomatologia predominantemente somática, onde se incluem a histeria, a neurose de angústia, a hipocondria e a neurose com manifestação psicossomática. Já Fernando Medina, da Clínica Psiquiátrica e de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, refere

Dentro das psicoses, os autores englobam a demência senil e pré-senil (código 290), as psicoses alcoólicas (código 291); as psicoses associadas a infeções intracranianas (código 292); as psicoses associadas a outras afeções cerebrais (código 293), as psicoses associadas a outras doenças somáticas (294), a esquizofrenia (295)<sup>1</sup>, psicoses afetivas (296), estados delirantes e estados paranoicos (297), outras psicoses (298), psicoses não especificadas (299).

No grande grupo das neuroses, perturbações da personalidade e outras perturbações mentais, os médicos incluem as neuroses (300)<sup>2</sup>, perturbações da personalidade (301)<sup>3</sup>, perversões sexuais (302), alcoolismo (303), toxicomanias (304), perturbações somáticas de presumível origem psicogénea (305)<sup>4</sup>, sintomas não classificáveis noutra lugar (306), perturbações situacionais transitórias (307), perturbações de comportamento na infância (308) e perturbações psíquicas não especificadas como psicóticas associadas a afeções somáticas.

---

que as neuroses podem ser encaradas de três modos distintos (três escolas), nomeadamente perturbações mentais de origem psicogénica, perturbações mentais sem causa patológica e perturbações mentais sem alteração da visão objetiva do mundo. O médico refere ainda a importância de se considerar o meio social, sendo que quando a perturbação tem uma origem somática primária, deverá ser designada de psicose. Sobre a questão das neuroses e do seu tratamento, confira: Costa, N.d. - "Diagnóstico diferencial das neuroses". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 4 (1952), pp. 180-194; Fernandes, B. - "O conceito das neuroses - orientação terapêutica". *Ibid.* Vol. 4. pp. 249-270; Fernandes, B. - "Conclusão - o conceito das neuroses - orientação terapêutica". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 4 (1952), pp.249-270; Polónio, P. - "Neuroses e estados ansiosos". *Ibid.* pp. 77-94; Jakobsen, E. - "Acerca de psiconeuroses e outras doenças mentais". *Actividades Sanitas*. n.º 20 (1956), pp.1-20; Medina, F. - "Neuroses". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1157 (1965), pp. 701-704; Luzes, P. - "Psicofármacos e psicoterapia no tratamento das neuroses". *Ibid.* Vol. LX. n.º 1217 (1966), pp. 149-157; Mendes, F. - "Terapêutica clínica das neuroses". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LX. n.º 1216 (1966), 27 pp; Baruk, H. - "A cultura das neuroses e das psicoses". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1714 (1976), pp. 737-740.

<sup>1</sup> Código 295.0 – esquizofrenia simples; código 295.1 – Forma hebefrénica; código 295.2 – forma catatónica; código 295.3 Forma paranoide; código 295.4 – Episódio agudo esquizofrénico; código 295.5 - esquizofrenia latente; código 295.6 – esquizofrenia residual; código 295.7 – forma esquizo-afectiva; código 295.8 – outras formas, código 295.9 – forma não especificada.

<sup>2</sup> O diagnóstico 300.0 corresponde à neurose de angústia, que engloba o estado ansioso neurótico, neurose (reação ansiosa, estado de pânico, endotimopatia, timopatia ansiosa e depressão/histeria ansiosa. O código 300.1 diz respeito à neurose histérica (englobando por exemplo a histeria de conversão, reação dissociativa ou qualquer manifestação histérica); o código 300.2 refere-se a neurose fóbica; o código 300.3 diz respeito à neurose obsessiva, englobando a neurose obsessiva compulsiva, estado obsessivo, psiconeurose obsessiva, neurose anacástica, fobia obsessiva, síndrome obsessivo e neurose coacta. O código 300.5 refere-se à neurastenia, o 300.6 a síndrome de despersonalização, o 300.7 a neurose hipocondríaca, o 300.8 a outras neuroses não especificadas e o 300.9 a neurose não especificada.

<sup>3</sup> Incluem-se as psicopatias, personalidades psicopáticas e anormais, sendo o código constituído por 9 subcódigos.

<sup>4</sup> A categoria mais extensa. Inclui somatização visceral de origem somática, nomeadamente sintomas cardíacos como perturbações do ritmo, respiratórios como tosse psicogénea, ósteo-musculares como tremores, cutâneos como eczemas, sanguíneos, gastrointestinais como dispepsia, geniturinários como a impotência, ou endócrinos.

As oligofrenias são classificadas em oligofrenia limiar (310), oligofrenia leve (311), oligofrenia média (312), oligofrenia grave (313), oligofrenia profunda (314), oligofrenia não especificada (315) e desajustamentos (316)<sup>1</sup>.

Já em relação ao ICD-9, adotado em Portugal, Barahona Fernandes nota que:

“In Portugal, it was officially applied the classification given by the W.H.O. (ICD-9). This ordering, implying certain logical requirements inadequate to reality, had already adopted a pluralistic criteria and was put forward as being «empirical» - just as the DSM – III is presented as being free from prejudice («atheoretic»), particularly with reference to the controversial ethiology. This one is, in fact, complex and multidimensional, with multiple factor – intervenient and conditioning – interconnected in decisive and very complex «constellations», which become hampering to any pretensions to linear relationships of the «cause-effect» type”<sup>2</sup>.

Sobre as novas classificações, Barahona Fernandes detalha que apesar de alguns constrangimentos provavelmente inerentes a realidades nacionais, estas se aproximam bastante daquilo que o próprio tem vindo a desenvolver na Clínica Psiquiátrica de Lisboa. Referindo-se em particular à terceira revisão do DSM, e a classificação que este introduz baseada numa avaliação multi-axial<sup>3</sup>, Barahona Fernandes esclarece que:

“The new ratings, seen from this angle, are adjustable to previous orientations as, for example, Kretschmer’s multidimensional diagnostic, which took into account the genetic, evolutive, constitutional data (morphologic and psychologic) and Birnbaunn’s phatogenic and pathoplastic. This kind of diagnoses

---

<sup>1</sup> Fernandes, B.; Polónio, P. e J.S. Dinis - "Adenda à proposta de adaptação portuguesa para a classificação internacional de doenças mentais". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1434 (1970), p. 659.

<sup>2</sup> Fernandes, B. - "Problems of psychiatry - III -Operational classification and individual diagnosis structured and personalized". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 32. n.º 2 (1986), p. 46.

<sup>3</sup> Os eixos que o DSM-III define são: eixo I – síndromes clínicas; eixo II – *disorders* da personalidade (e de desenvolvimento); eixo III – estados e *disorders* somáticas; eixo IV – severidade do agente patogénico de natureza psico-social e com interesse prático; eixo V – nível mais elevado de funcionamento adaptativo no ano anterior à doença.

was systematically used at the Psychiatric Clinic of Lisbon since the times of Sobral Cid (between the twenties and the forties)”<sup>1</sup>.

Existe, pois, uma noção de que as novas classificações trazem alguma orientação ao diagnóstico em psiquiatria, uma vez que parecem tomar em linha de conta as grandes teorias estabelecidas e reconhecem uma multiplicidade de aspectos que desde sempre os psiquiatras portugueses trabalharam. Note-se que em 1967, no 5º Congresso Mundial de Psiquiatria, Barahona Fernandes havia já referido, ainda que de forma embrionária, a necessidade destes eixos no diagnóstico psiquiátrico:

“Taking all those aspects into consideration, we have presented, in 1967, in the Vth World Congress of Psychiatry - -which took place in Madrid – the critical analysis of the psychiatric diagnosis in general and the «aponias» that had to be faced. From a practical point of view, it became obvious the need for a diagnosis according to «échelons» putting forward a peculiar development to be applied to that type of «axes» which were then being mentioned. We differentiated in a form which was not very far from the present DSM-III: 1) the syndromes (and their sequences, called melodies), 2) the clinical forms of evolution from the pre-morbid state, 3) the personality and 4) the etiology, including biological factors (the somatic state), and psychologic factors as well. At that time, it was already being stressed, in that way, the peculiar personalization of each individual case”<sup>2</sup>.

As novas classificações provam ainda algum efeito de condicionamento ou o reforço de determinadas terminologias a serem adotadas ou abandonadas pelos clínicos portugueses. Por exemplo, e ainda sobre o DSM-III, Pedro Polónio nota que:

“The term neurosis has already disappeared from the DSM 3 and should also cease to be used by us. Patients with this disorder belong in two big groups: personality problems and psychiatric illnesses, characterized by their symptoms: such as anacopathy and

---

<sup>1</sup> Fernandes, B. - "Problems of psychiatry - III -Operational classification and individual diagnosis structured and personalized". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 32. n.º 2 (1986), p. 48.

<sup>2</sup> - "O sulpiride no 5º Congresso Mundial de psiquiatria". *Anais Azevedos*. Vol. XXII. n.º 1 (1972), p. 48.

angopathy. They are bio-psychological disfunctions of multidetermined etiology”<sup>1</sup>.

No entanto, Amaral Dias<sup>2</sup> esclarece, no final dos anos 80, que tanto as classificações do ICD como as do DSM parecem não ter triunfado de forma inequívoca em Portugal.

Falando sobre o DSM-III<sup>3</sup>, o médico refere que

“Embora publicitado largamente no meio psiquiátrico português, o DMS-III aprovado em 1979 pela APA, não teve tanto quanto cremos impacto significativo na organização do diagnóstico e tratamento dos «distúrbios mentais» em Portugal. Um inquérito recentemente lançado por nós aos psiquiatras e internos de Psiquiatria da Zona Centro, revelou que o DSM III não é nunca utilizado enquanto instrumento exclusivo da prática diagnóstica. Por outras palavras, o DSM III, como provavelmente o ICD-9, não conseguiu, por enquanto, impor-se de uma forma clara no meio psiquiátrico nacional”<sup>4</sup>.

O falhanço de tal implementação deve-se a questões às quais o DSM-III não consegue dar resposta, nomeadamente a inadequação deste manual dar relevo a questões de fundo bio-psico-social. Amaral Dias refere que “A questão que se levanta e que, a nosso ver não se encontra resolvida por enquanto com o DSM III, é a formulação científica de base de tal conceção, aliás enfatizada de há muito por outros autores”<sup>5</sup>.

O que é certo é que, especialmente durante as décadas de 80 e 90, os psiquiatras portugueses estão cientes de que as novas classificações existem e a adoção ou a mera referência ao ICD ou ao DSM encontram-se generalizadas. Este processo é, portanto, gradual e acaba por se sistematizar de forma insidiosa.

---

<sup>1</sup> Polónio, P. - "The clinical approach to psychiatry". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 35. n.º 1 (1989), p. 16.

<sup>2</sup> Carlos Amaral Dias, Diretor clínico do Centro de Apoio Médico-Psico-Pedagógico de Coimbra. Diretor do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga. Professor agregado de Psicologia Médica.

<sup>3</sup> A tradução do DSM-III surge em Portugal em 1986, sendo feita por Eduardo Cortesão.

<sup>4</sup> Dias, C.A. - "O ensino de Psiquiatria. Questões epistémicas e metodológicas.". *O Médico*. Vol. 118. n.º 1874 (1988), p. 316.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 318.



Por exemplo, Américo Baptista<sup>1</sup>, falando sobre parafilias refere, entre outros critérios de diagnóstico, os do ICD e os do DSM, acrescentando, no entanto, que os termos usados pelo DSM (no caso, o DSM-III) devem ser evitados por estarem “carregados emocionalmente”<sup>2</sup> sendo que o médico prefere utilizar outras classificações.

Noutros estudos, no entanto, opta-se diretamente pelas classificações ICD e DSM. Filomena de Sousa<sup>3</sup>, auxiliada por Maria Manuela Mendonça, reúne num estudo um total de 8491 doentes de urgência psiquiátrica do Sobral Cid, categorizando os diagnósticos pelo ICD-9, sendo os mais comuns as psicoses esquizofrénicas (código 295) e a dependências alcoólicas (código 303). A médica refere ainda a prudência na análise dos dados comentando que:

“Devemos ser prudentes na análise dos diagnósticos em Urgências devido por um lado à dificuldade de se fazer um diagnóstico numa só observação e por outro lado às diferenças de critérios que naturalmente existem entre os vários clínicos. Os diferentes critérios classificativos utilizados antes e após 1980 (Classificação Internacional de Bersot e C.I.D.9-OMS) respectivamente, dificultam as comparações destes períodos”<sup>4</sup>.

A adoção do ICD-9 parece aliás ser a regra durante a década de 80. Andrade e outros<sup>5</sup>, trabalhando com dados de hospitais psiquiátricos e hospitais com serviço de psiquiatria no Porto (um hospital geral e um militar), referem que usam todos os casos abrangidos pela nomenclatura internacional da OMS, 9º revisão (1975). Os diagnósticos mais prevalentes são os de alcoolismo e esquizofrenia<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Psicoterapeuta no Hospital Júlio de Matos

<sup>2</sup> Baptista, A. - "Parafilias - diagnóstico, avaliação e modificação". *Psiquiatria Clínica*. Vol. 1. n.º 1 (1985), pp. 53-65.

<sup>3</sup> Interna de Psiquiatria do Hospital Sobral Cid

<sup>4</sup> Sousa, F.d. - "Urgências psiquiátricas no Hospital Sobral Cid (1980-1986)". *Psiquiatria Clínica*. Vol. 8. n.º 2 (1987), pp. 113-119.

<sup>5</sup> Andrade, F.M.; Silva, I.d.C.B. e Figueiredo, Â.L.F. - "Revisão de dez anos de experiência em psiquiatria institucional". *Ibid.* Vol. 4. n.º 4 (1983), pp. 225-230.

<sup>6</sup> Vários trabalhos semelhantes podem ser consultados ao longo da década de 80 e 90, sendo que a maioria deles usa a classificação proposta pela OMS (ICD-9) ou a proposta pelo DSM-III e DSM-IV. Ver Lima, M.V.; Revez, E.A.; Joaquim, M.M. et al. - "Urgências psiquiátricas nos Hospitais da Universidade de Coimbra". *Ibid.* Vol. 2. (1981), pp. 245-251; Morais, I; Santos, Z.; Madeira, J. et al. - "Doentes internados na clínica psiquiátrica do Hospital da Universidade de Coimbra". *Ibid.* Vol. 10. n.º 3 (1989), pp. 197-202; Valente, J.; Macedo, A.; Dourado, A. et al. - "Diagnóstico psiquiátrico na investigação: abordagem polidiagnóstica". *Ibid.* Vol. 15. (1994), pp. 131-135; Gomes, F.A.; Azevedo, M.H.P.d. e Coelho, I. - "Oniomania (compras compulsivas): a propósito de 7 casos". *Ibid.* Vol. 19. n.º 1 (1998), pp. 41-46.

Ao longo da década de 90, observa-se que a categorização das doenças mentais é feita quase de forma exclusiva por meio destes manuais, muito especialmente através do DSM.



**CAPÍTULO VII. ESTUDO DE CASO: INTRODUÇÃO DE  
ANTIPSICÓTICOS NO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE  
DE COIMBRA**

## 1. Introdução

A necessidade de se passar para um estudo de campo constituiu-se como uma prioridade para a perceção e apoio prático de toda a teoria exposta até aqui.

A ideia inicial de um estudo de caso passa pela tentativa de uma análise de fichas de internamento de doentes (papeletas), visando obter uma noção da importância dos novos fármacos na clínica em geral e na psiquiatria em particular. A baliza temporal preferencial é a que reporta à década de 50, na tentativa de se encontrar padrões que reflitam as práticas do antes e do depois da psicofarmacologia e procurando abranger políticas e processos que possam ser identificados como chave.

Numa fase inicial do projeto, a ideia de recorrer a instituições psiquiátricas da zona centro tomou forma. Por volta da década de 50/60, existem em Coimbra três instituições que se podem identificar imediatamente como psiquiátricas: o hospital Sobral Cid (1946), o hospital – colónia do Lorvão (1960) e a colónia agrícola de Arnes (1964).

Para além destas instituições psiquiátricas, os Hospitais da Universidade de Coimbra são imediatamente uma opção, não só por serem uma das maiores unidades hospitalares do país e a maior da zona centro, mas por englobarem em si uma tradição histórica de longevidade científica e inovação clínica, servindo uma população abrangente e heterogénea. Para além disso os Hospitais da Universidade de Coimbra são pioneiros, embora não sejam os únicos, na introdução de serviços de psiquiatria em hospitais gerais, e o estudo pode então focar-se em dois aspetos essenciais – a introdução dos primeiros antipsicóticos num hospital geral e a sua comparação com a introdução destes mesmo medicamentos num hospital psiquiátrico.

Infelizmente a comparação entre estas duas facetas – a do hospital geral *versus* hospital psiquiátrico – não pôde ser concretizada dada a dificuldade e entraves deparados com a pesquisa proposta nos arquivos do hospital Sobral Cid<sup>1</sup>. Deste modo a solução mais prática foi a restrição da pesquisa de dados aos Arquivos da Universidade de Coimbra, onde podem ser consultadas as papeletas dos hospitais da Universidade.

---

<sup>1</sup> No anexo 2 pode-se consultar a carta da comissão de ética do hospital emitindo o parecer negativo quanto à consulta dos arquivos do hospital Sobral Cid.

## 2. Sobre o Hospital da Universidade de Coimbra e a Clínica Psiquiátrica

Data de 1508 a construção do Hospital Real, na Praça de São Bartolomeu, no reinado de D. Manuel I, um hospital que viria a ser o principal da cidade de Coimbra até ao século XVIII. Em 1774, ao abrigo da reforma da Universidade (de 1772), o Marquês de Pombal determina que todos os hospitais da cidade passem a ser administrados por esta instituição, o que de certo modo determina o nascimento dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). Em 1870, os HUC são instalados em 3 edifícios, muito por conta da deslocação do Liceu de Coimbra para as instalações do Colégio de São Bento. Assim, os HUC distribuem-se pelo Convento de São Jerónimo, pelo Colégio das Artes e pelo Hospital do Castelo, onde funciona até 1961.

Em 1943, foi criada e instalada a Clínica Psiquiátrica dos HUC, no bairro de Celas, para cujos pavilhões foram transferidos durante a década de 50 vários serviços instalados no Hospital do Castelo. Os pavilhões de Celas, construídos sobre as ruínas do Manicómio Sena em 1944, constituem um dos polos mais importantes de funcionamento dos hospitais da Universidade.

A escolha de pesquisa nos arquivos dos HUC aliás reveste-se de interesse particular se tivermos em conta que a introdução da psiquiatria em hospitais gerais se constitui como o 6<sup>a</sup> período<sup>1</sup> da psiquiatria moderna em Portugal, como é chamado por Barahona Fernandes.

Este 6<sup>o</sup> período caracteriza-se pela introdução da psiquiatria nos hospitais gerais, através da abertura de clínicas psiquiátricas ou serviços psiquiátricos nestes polos de saúde.

Os hospitais pioneiros nesta questão são o Hospital de Santa Maria, com a abertura de uma consulta e posteriormente do hospital de dia; o Hospital Geral Universitário de São João no Porto (com a abertura de serviço de psiquiatria pela mão de Fernandes da

---

<sup>1</sup> Barahona Fernandes considera que a psiquiatria moderna portuguesa se pode dividir em 6 períodos. O primeiro período compreende a fundação do Hospital de Rilhafoles em Lisboa em 1848, o segundo período caracteriza-se pela reforma da assistência e pela investigação do sistema nervoso, o terceiro período inicia-se com o ensino Universitário da Psiquiatria em Lisboa, Porto e Coimbra em 1911, o quarto período refere-se à influência da psicopatologia de Sobral Cid e o quinto período assinala-se pela inauguração do Hospital Júlio de Matos. Cf. Pichot, P.e Fernandes, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984.

Fonseca) e a Clínica Psiquiátrica com edifício no citado bloco hospitalar de Celas. Assim, os serviços de psiquiatria destes hospitais assumem-se como verdadeiros polos de inovação psiquiátrica, na vanguarda do modernismo de uma ideia de assistência, prevenção e tratamento da doença mental. Entende-se por esta vanguarda o espírito humanista da psiquiatria que com a fundação de clínicas psiquiátricas em hospitais gerais, se pode libertar de uma censura e repressão mais ou menos explícita por parte dos administradores hospitalares. Segundo Barahona Fernandes:

“Dizemos aqui apenas que o único deste movimento – agora em plena expansão, significa a ruptura das inibições e restrições dos governos autocráticos da época dos anos 50 e 60, que por exemplo, no Hospital de Júlio de Matos, se exprimira pela substituição do médico director por um administrador de tipo censório (coadjuvado por um médico director clínico). (...) Mais uma vez o «espírito libertário e humano de Pinel» e seus congéneres epocais (...) veio triunfar e as equipas psiquiátricas podem hoje percorrer e têm ligações («liaison clinics») com o resto do hospital cooperando – na medida das possibilidades – com as outras equipas terapêuticas (desde a pediatria – onde são essenciais – até aos serviços de ponta: (diálise, cuidados intensivos, etc.)”<sup>1</sup>.

Importa, pois, que se tente perceber se existe esta articulação entre a psiquiatria e as restantes especialidades médicas num hospital geral na década de 50, uma vez que é desta premissa que depende a chamada psiquiatria de ligação.

Tão importante como perceber as dinâmicas chave da clínica psiquiátrica são as grandes figuras que fazem parte dela, que a personificam. De certo modo, são os médicos, vultos chave da circunstância, que vão influenciar de forma indireta ou direta os procedimentos e técnicas que vão ditar a evolução dos serviços psiquiátricos

Os primeiros diretores da clínica psiquiátrica dos HUC são, respetivamente, Elysio de Moura e Correia de Oliveira.

Elysio de Moura (1877–1977) é uma figura maior no panorama clínico português. Nascido em Braga, filho de José Alves de Moura e Emília da Costa Pedreira de Azevedo

---

<sup>1</sup> Pichot, P.e Fernandes, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984, p. 306.

e Moura, obtém o grau de bacharel em Filosofia em 1893, bacharel em Medicina em 1899 e Doutor em 1902. É professor catedrático de Clínica Neurológica (1911-1912), de Neurologia (1912-1943), de Clínica Psiquiátrica (1914-1943) e de Psiquiatria (1943-1947). Exerce variados cargos de importância dos quais se destacam a direção de Clínica Psiquiátrica (1913), direção de Serviço de Clínica Neurológica (1926) e direção de Clínica dos Hospitais da Universidade (1937)<sup>1</sup>.

Barahona Fernandes acrescenta que:

“Era, em suma, um genial psicoterapeuta, ajudando as dificuldades dos sãos e a dor dos enfermos – com dotes natos, cultivados mais pela experiência pessoal e o reflexo dos enfermos que tratava, do que por aderência a qualquer escola ou sistema de terapêutica psicológica. (...) É justíssimo que fique claramente marcado na história da medicina portuguesa que Elycio de Moura foi efectivamente o precursor da psicoterapia entre nós”<sup>2</sup>.

Sobre José Augusto Correia de Oliveira sabe-se que nasce em São Pedro do Sul a 24 de dezembro de 1895. Filho de Custódio de Almeida Correia e Anastácia Ana da Conceição Correia, matricula-se em Medicina em 1917, licencia-se em 1923 e adquire o grau de Doutor em 1929. É segundo assistente provisório de Farmacologia em 1925, segundo assistente provisório de Neurologia (1928-1930), professor auxiliar de Neurologia (1930-1944), professor catedrático de Neurologia (1945-1948) e professor catedrático de Psiquiatria (1948-1967). É diretor de Clínica dos Hospitais da Universidade, Diretor de Clínica Psiquiátrica e Diretor do Laboratório de Eletrologia. Para além disso desempenhou funções de médico municipal de Santa Cruz da Trapa em Viseu (1924-1925) e ganha vasta experiência clínica com Egas Moniz com quem trabalha no Hospital de Santa Marta e com Sobral Cid, no Manicómio Miguel Bombarda. Trabalha ainda no Serviço de Psiquiatria da Salpêtrière, no Asilo de Santanne e na Clínica de Charenton.

---

<sup>1</sup> Rodrigues, M.A. – “Memoria professorum Universitatis Conimbrigensis”. Coimbra: Arquivo da Universidade, 1992.

<sup>2</sup> Pichot, P. e Fernandes, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984. p. 347



Consultando o seu processo nos Arquivos da Universidade de Coimbra<sup>1</sup>, verificamos que como marcos profissionais do médico que reside em Santo António dos Olivais se encontram a nomeação como segundo assistente da cadeira de Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a 17-4-1925, saindo em Diário do Governo a 1-5-1925. É contratado por um ano para segundo assistente provisório da cadeira de Neurologia da mesma Faculdade por contrato aprovado por despacho ministerial de 10-12-1927, publicado no diário do Governo a 30-12-1927. É prorrogado o contrato anterior por contrato aprovado por despacho ministerial de 4-2-1929, publicado no Diário do Governo a 19-4-1929.

É nomeado, por conveniência urgente de serviço, a professor auxiliar da cadeira de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra a 17-7-1930, sendo reconduzido no lugar de professor auxiliar do 9º grupo (Neurologia) desta faculdade por decreto, a 31-7-1933. É-lhe aprovado o termo de contrato para reger a cadeira de Psicologia Experimental na Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra por despacho ministerial de 11-1-1937. É nomeado, mediante proposta do conselho da Faculdade aprovada por despacho ministerial de 19-1-1945 a professor catedrático da cadeira de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – data de 23-1-1945. Nomeado, mediante proposta do conselho escolar a professor catedrático da cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina (portaria) a 28-6-1948. Aposenta-se a 1 de março de 1967.

---

<sup>1</sup> O processo de Correia de Oliveira encontra-se disponível nos Arquivos da Universidade de Coimbra e pode ser consultado em - OLIVEIRA, Dr. José Augusto Correia de 1 pasta c. docs. Séc. XIX e XX  
D.IV -S.1.ºD - E.7 - T.

### 3. Pesquisa de antipsicóticos em 89 886 papeletas no AUC

As papeletas consultadas no Arquivo da Universidade correspondem a registos dos doentes internados nos Hospitais da Universidade. Cada papeleta contém determinadas informações sobre o doente, os tratamentos e as prescrições durante o processo de internamento.

As papeletas dos doentes internados nos HUC encontram-se no Fundo Universitário, 3ª Secção, 4º Piso do Arquivo da Universidade de Coimbra, estando arquivadas em caixas organizadas por data de alta dos doentes.

Assim, foram pesquisadas as caixas disponíveis relativamente à década de 50<sup>1</sup>. A investigação incidiu nas caixas 304 (dezembro 1949/janeiro 1950) a 350, 355, 360, 361, 363 e 364 (maio/junho de 1959)<sup>2</sup>. Ao todo foram consultadas 89 886 papeletas.

As papeletas são boletins que contêm informação sobre o doente e o seu internamento. Do tamanho aproximado de uma metade de folha A4, a face da frente a papeleta contém informações sobre o doente<sup>3</sup> e sobre o registo de saída<sup>4</sup>. No verso da papeleta, constam as informações sobre o registo clínico de entrada<sup>5</sup>, notas para a contabilidade<sup>6</sup> e o diário<sup>7</sup>. Note-se que a grande maioria dos diagnósticos de entrada não

---

<sup>1</sup> Segundo indicação do Arquivo, a partir de 1956, existem caixas que não estão disponíveis.

<sup>2</sup> Note-se que à data da recolha de dados a caixa 329 estava erradamente catalogada como 339.

<sup>3</sup> Sobre o doente, a papeleta contém as seguintes informações: nome, data de entrada e saída, idade, estado civil, profissão, naturalidade, residência, filiação e dados sobre o casamento (nome, residência e profissão do cônjuge, duração casamento, número de nados vivos e mortos, número de filhos ainda vivos). Esta secção é assinada pelo encarregado de registo.

<sup>4</sup> No registo de saída estão inscritas as seguintes informações: doença principal, doenças coexistentes, doenças intercorrentes, tratamento (médico/cirúrgico/operatório), anestesia e acidentes, data da operação e médico responsável pela intervenção, resultado (discriminado por doença principal, coexistente ou intercorrente), parto (número de filhos de parto e o seu destino) e data da alta/morte. Esta secção é assinada pelo diretor da clínica de especialidade correspondente ao internamento.

<sup>5</sup> Nesta secção constam as informações: admissão urgente ou ordinária, banho, dieta, diagnóstico, tratamento clínico e observações. A assinatura desta secção é feita pelo facultativo.

<sup>6</sup> Da secção da contabilidade fazem parte os depósitos e as requisições para a farmácia e dispensa ou de radiografias e radioscopias. A assinatura é feita pelo enfermeiro chefe.

<sup>7</sup> Inclui as prescrições feitas e respetivas datas e a dieta.

se encontram preenchidos, pelo que se conclui que a anotação do diagnóstico efetivo (quer de entrada quer de saída) se faz na prática na secção correspondente (diagnóstico principal) do registo de saída. A maioria das papeletas aliás encontram-se pobremente preenchidas – é raro existir a assinatura do médico facultativo e uma grande maioria das papeletas não apresenta nenhuma informação sobre o tratamento a que o doente é sujeito. Quando a informação existe, é normalmente preenchida de modo muito resumido, não permitindo atentar por exemplo, em intervalos de tempo entre tratamentos. Noutros casos a informação é praticamente ilegível.

Definiu-se que as papeletas com interesse para este estudo têm de obedecer aos seguintes critérios: ou ter diagnóstico psiquiátrico ou ter prescrição de neuroléptico.

Assim, das papeletas analisadas, encontraram-se um total de 1565 papeletas que vão de encontro aos parâmetros estabelecidos.

Deste modo contabilizaram-se 656 papeletas com o diagnóstico de depressão (incluindo nesta categoria os diagnósticos de depressão agitada, síndrome melancólico<sup>1</sup>, melancolia, síndrome depressivo, depressão neurovegetativa, depressão hipocondríaca, angústia, crise melancólica, psicose depressiva, melancolia de involução, síndrome depressivo senil, reação neuro-depressiva, ideias de suicídio, ideias delirantes de suicídio, tentativa de suicídio e depressão endógena); 221 papeletas com o diagnóstico de agitação psicomotora (incluindo crise de agitação psicomotora, síndrome de excitação e crise de agitação psicomotora de tipo maníaco); 129 diagnósticos de distonia neurovegetativa (incluindo distonia neuro-circulatória, neurose neurovegetativa, perturbação distónico-vegetativa e neurodistonia vegetativa); 103 diagnósticos de esquizofrenia (incluindo síndrome esquizofrénico, esquizoidia, surto esquizofrénico e síndrome esquizoide); 73 diagnósticos de alcoolismo (incluindo alcoolismo crónico, alcoolismo agudo, etilismo agudo, etilismo e *delirium tremens*); 69 diagnósticos de neurastenia (incluindo astenia<sup>2</sup>, perturbação psiquiátrica asténica, psicastenia, síndrome de exaustão, psicopatia asténica e astenia anoréxica); 60 diagnósticos de síndrome paranoide<sup>3</sup> (incluindo os diagnósticos de esquizofrenia paranoide, reação paranoide e paranoia); 26 diagnósticos de psicopatia (incluindo psicopatia amoral e psicopatia crónica); 22 diagnósticos de síndrome confusional (incluindo estado confusional, confusão mental, confusão mental alucinatória

---

<sup>1</sup> Encontra-se igualmente a designação síndrome.

<sup>2</sup> Com indicação de tratamento no serviço de psiquiatria.

<sup>3</sup> Muitas vezes designado igualmente como síndrome paranoico.

e confusão mental associada a pelagra); 19 diagnósticos de psicose; 19 diagnósticos de oligofrenia (incluindo deficiência mental e débil mental); 18 diagnósticos de psicopatia maníaco-depressiva (incluindo síndrome maníaco-depressiva, psicose maníaco-depressiva, psicose maníaco-depressiva, reação maníaco-depressiva e reação maníaco depressiva com síndrome depressiva); 14 diagnósticos de delírio agudo (incluindo delírio alcoólico, delírio de ciúme, delírio de possessão demoníaca e delírio agudo com depressão agitada); 14 diagnósticos de psicose (incluindo psicose orgânica, psicose com sintomas, psicose de pelagra, psicose pós-gripal e psicose exógena); 12 diagnósticos de doença do foro psiquiátrico (incluindo afeção psiquiátrica, síndrome psiquiátrica, instabilidade psiquiátrica e instabilidade psíquica); 12 diagnósticos de demência senil (incluindo senilidade, estado psicopatológico senil, psicose de involução, psicose do climatério e psicose pré-senil); 10 diagnósticos de sífilis cerebral (incluindo sífilis nervosa e sífilis terciária); 8 casos de tétano e tétano agudo; 7 diagnósticos de histeria (incluindo histerismo e síndrome histeriforme); 7 diagnósticos de mania (incluindo psicose maníaca); 6 casos de demência precoce; 5 diagnósticos de ansiedade (incluindo ansiedade neurótica e ansiedade manifestada por crise de soluços); 5 casos com a indicação de “para estudo psiquiátrico”; 4 diagnósticos de neurose obsessiva-compulsiva; 4 diagnósticos de síndrome estuproso (incluindo síndrome estuproso do tipo melancólico); 4 casos de fratura de crânio e traumatismo craniano; 3 diagnósticos de hipomania (incluindo síndrome hipomaníaco); 3 diagnósticos de sitiofobia; 2 diagnósticos de anorexia psíquica e anorexia mental; 2 diagnósticos de hipocondria e síndrome hipocondríaco; 2 diagnósticos de parto puerperal normal com psicose e psicose puerperal; 2 diagnósticos de apendicite e apendicite com agitação psicomotora; 2 diagnósticos de toxicomania; 2 casos de hematémese e hematemeses com melenas; 2 diagnósticos de encefalite psicótica; 2 casos de piodermite; 1 diagnóstico de presbiofrenia<sup>1</sup>, 1 diagnóstico de perturbação psicótica de tipo desconhecido; 1 diagnóstico de estado depressivo pós-traumático; 1 diagnóstico de neurose de angústia; 1 diagnóstico de problema mental; 1 diagnóstico de parafrenia, 1 diagnóstico de psicose de Korsakoff; 1 diagnóstico de síndrome catatónico; 1 diagnóstico de hipertiroidismo; 1 caso de papeira; 1 caso de lipotimia; 1 caso de ictus com psicose senil; 1 diagnóstico de calculose vesical; 1 diagnóstico de tuberculose pulmonar; 1 caso de adenoma da próstata e 1 caso de úlcera péptica.

---

<sup>1</sup> Sobre o conceito de presbiofrenia, veja Berrios, G.E. - "Presbyophrenia: the rise and fall of a concept". *Psychological Medicine*. Vol. 16. n.º 02 (1986), pp. 267-275.

Desde logo note-se a grande variabilidade de diagnósticos, incluindo a diferença de taxonomias usadas para a classificação da mesma doença – o que está de acordo com o explorado sobre as dificuldades de uma nosologia psiquiátrica. Destacam-se os diagnósticos de depressão (que representam quase metade de todos os diagnósticos), de agitação psicomotora, distonia neurovegetativa e esquizofrenia. Estes resultados estão aliás de acordo com os estudos realizados por Vaz Serra<sup>1</sup>.

O que se pretende analisar neste capítulo não assenta unicamente nos números que compõem o cenário da década de 50 nos Hospitais da Universidade de Coimbra, mas sim as ilações que se podem tirar desses mesmos números.

As formas de interpretação são múltiplas neste contexto – o que acontece às terapias físicas durante a década de 50? Quem são estes doentes, de que padecem? Estão os médicos cientes da psicofarmacologia? Estão estes doentes a melhorar com as terapias de que são alvo? A clorpromazina é usada pelos clínicos portugueses? E os restantes fármacos recém-descobertos?

As respostas a estas perguntas não são fáceis ou sequer imediatas. A análise depara-se com imensos obstáculos. Por um lado, as dificuldades de interpretação das papeletas, muitas delas preenchidas de modo deficiente ou ilegível. Por outro lado, a análise destes documentos dá-nos unicamente o estado de arte deste hospital e não uma visão mais abrangente do que se passa a nível nacional. Assim, deve existir a noção de que as conclusões a seguir apresentadas farão sentido numa lógica local, confinada aos HUC e de certo modo sujeita a alguma variabilidade de apreciação, por parte de quem as analisa.

---

<sup>1</sup> Cf. Serra, A.V. - "Urgência psiquiátrica". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo VI, Série III (1973), pp. 601-622.

#### 4. Terapias Físicas ao longo da década de 50

Salta desde logo à atenção o facto das diferentes terapias somáticas continuarem a ser ativamente utilizadas no tratamento de doenças psiquiátricas durante a década de 50, corroborando ideias centrais discutidas em capítulos anteriores – os novos neurolépticos não obliteram a indicação do uso das terapias físicas e estas são usadas de modo isolado ou em associação com os novos fármacos.

Uma das terapias com maior importância é a electroconvulsiva. Ao longo de toda a década de 50, esta terapia é amplamente usada para o tratamento de diversas patologias. Esta conclusão vai de resto de encontro ao que se escreveu em capítulos anteriores – o valor desta terapia somática não se extingue num nascimento da psicofarmacologia. Verdadeiramente uma terapia física, os electrochoques parecem situar-se lado a lado com a psicofarmacologia ou mesmo substituí-la. Algumas vezes a terapia electroconvulsiva é administrada de forma concomitante com insulina ou com outros métodos e medicamentos, pelo que se deduz o valor da associação de terapias, algo aliás defendido teoricamente por diversos autores como já se discutiu em capítulo anterior.

O uso da terapia electroconvulsiva não se extingue ao longo da década de 50 (ela está presente de modo consistente até ao final dos anos 50), do mesmo modo que a utilização de clorpromazina não parece tornar-se a norma dentro do arsenal terapêutico disponível. A matriz das terapias físicas parece perpetuar-se de modo consistente sob a forma do emprego dos electrochoques. Será uma questão local, confinada aos HUC? A questão parece ter resposta negativa, se se avaliarem as opiniões já discutidas das diversas figuras intervenientes no processo e no *status quo* da psiquiatria portuguesa do meio do século passado. No entanto, interessa neste ponto saber o que se faz nestes hospitais e documentar de forma completa o que aqui se adota.

O apreço demonstrado pela terapia electroconvulsiva pode definir-se em duas vertentes: por um lado a eficácia que demonstra fruto de uma experiência de vários anos de utilização. A esta eficácia, alia-se um perfil de familiaridade e segurança que a técnica

possui. Por outro lado, as recentes inovações psicofarmacológicas passam, especialmente na década de 50, por um período de afirmação, algo que no campo médico é demais evidente e necessário.

Mas de que forma se materializa este domínio da terapia electroconvulsiva?

A distribuição de diagnósticos tratados com ECT é a seguinte: 159 casos de depressão agitada (incluindo síndrome depressivo, estado depressivo, melancolia, crise melancólica, tentativa de suicídio e reação neuro-depressiva); 85 casos de crise de agitação psicomotora (incluindo síndrome de agitação psicomotora); 35 casos de esquizofrenia (incluindo surto esquizofrénico, síndrome esquizofrénico e esquizoidia); 11 casos de síndrome paranoide; 4 casos de mania e hipomania; 3 casos de psicose maníaco-depressiva; 3 casos de síndrome estuproso; 2 casos de alucinose alcoólica; 1 caso de psicose obsessiva-compulsiva; 1 caso de psicose neurose; 1 caso de sitiofobia; 1 caso de parafrenia; 1 caso de psicose de involução; 1 caso de confusão mental alucinatória e 1 caso de delírio de possessão demoníaca.

A ubiquidade do uso desta terapia é notória – é usada em casos de depressão, de agitação, de esquizofrenia. Portanto, mais do que uma utilização académica da terapia (por esta altura já se havia definido de forma mais ou menos explícita a sua utilidade em casos de depressão e a sua relativa ineficácia em situações de esquizofrenia), observa-se uma utilização acima de tudo fruto da experiência clínica (ou talvez, um emprego na linha da tradição “hereditária” de práticas médicas). Será conveniente abordar a questão do ponto de vista da manutenção de uma tradição clínica, dentro de uma lógica de “*proof of concept*” – algo que a eletroterapia já afirmou de forma indiscutível. Será aliás interessante verificar que numa papeleta<sup>1</sup> os eletrochoques são simplesmente chamados de método de Cerletti. Representará isto uma homenagem ao médico italiano que os idealizou ou trata-se de um modo mais familiar e respeitoso de referência à terapia electroconvulsiva?

Note-se que não se pretende discutir neste contexto a existência de alguma acomodação ou refastelamento por parte dos clínicos portugueses com o uso dos eletrochoques – as restantes terapias físicas existem e são aplicadas, muitas vezes até em conjunto com a eletroterapia. No entanto, é notória uma predileção por este método.

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3448”, in: Caixa 321, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

Na maioria dos casos, o ECT foi aplicado em monoterapia (249 casos). Em 39 situações, o uso de ECT foi associado a um medicamento não neuroléptico; em 9 casos existe a associação de ECT com insulina e um medicamento não neuroléptico; em 7 casos verifica-se a associação de ECT com insulina; em 2 casos observa-se a associação de ECT com água das pedras Luso; e com uma ocorrência cada existe a associação de ECT com Largactil, de ECT com psicoterapia e de ECT com cardiazol e um medicamento não neuroléptico.

Note-se que o elevado número de casos tratados unicamente com eletrochoques pode não ser o correto. A maioria das papeletas não tem a porção de prescrições preenchida, sendo que normalmente a indicação do uso de eletrochoques surge na secção de requisições das notas para a contabilidade. Nestes casos, assume-se que o eletrochoque é administrado sem o uso de nenhuma terapia extra, seja ela medicamentosa ou física. No entanto casos existem em que as papeletas não se encontram preenchidas no campo das prescrições, mas têm anexadas fichas terapêuticas que por sua vez indicam a medicação usada pelos doentes. São raros os casos em que tais fichas estão presentes, mas permitem questionar até que ponto estes casos foram tratados unicamente com eletrochoques. Por outro lado, dado o elevado número de papeletas em que simplesmente não existe nenhuma menção a medicamentos ou tratamentos permite a dúvida de que estes eletrochoques não tenham sido administrados isoladamente.

Tome-se o exemplo do caso da papeleta 873<sup>1</sup>. Este doente, um homem de 28 anos, dá entrada no hospital a 6 de março de 1953 e tem alta a 18 de abril de 1956, com o diagnóstico de esquizofrenia. Da sua papeleta constam a administração de 115 eletrochoques, o número mais alto que se encontrou nesta pesquisa. Durante os cerca de 3 anos que está internado, a única medicação que é referida como administrada ao doente é estreptomicina (um antibiótico) por duas vezes (possível infeção nosocomial?). Será difícil imaginar que em 3 anos de internamento, e sujeito a ciclos tão frequentes de eletrochoque, o doente não tenha necessitado de mais nenhuma medicação, fosse ela um barbitúrico ou um brometo.

De resto, a maioria dos medicamentos que se encontram associados ao uso de eletrochoques são exatamente barbitúricos (como o Veronal, o Medinal e o Luminal),

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 873”, in: Caixa 346, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).



brometos, escopolamina, coramina, morfina, óleo de rícino e vitaminas (nomeadamente a Vit B1 e Vit C).

Veja-se o exemplo da papeleta 1697<sup>1</sup>. A doente, uma mulher de 34 anos de Arganil, dá entrada com o diagnóstico de síndrome depressivo a 7 de abril de 1959. Na secção de prescrições contam-se um total de 6 comprimidos de Bellergal (um medicamento composto por um barbitúrico, ergotamina e beladona, e comercializado sobretudo para o público feminino), 12 comprimidos de Optalidon (uma mistura de analgésico, a propifenazona, um barbitúrico e cafeína), 6 comprimidos de Luminal (fenobarbital), 8 ampolas de vitamina E, 7 ampolas de Fosfovis (um extrato de fígado animal) e 2 drageias de Veronal. No total a doente foi sujeita a 5 eletrochoques, tendo alta a 2 de junho de 1959 com a indicação de remissão.

Note-se agora o exemplo da papeleta 2026<sup>2</sup>. A doente, uma mulher de 23 anos de Coimbra dá entrada com o diagnóstico de crise de agitação psicomotora a 22 de maio de 1953. Durante o seu internamento é-lhe administrada morfina (2 ampolas), coramina (1 ampola) e brometo de escopolamina (2 comprimidos). No total, a doente recebe 5 eletrochoques, tendo alta a 22 de junho de 1953 em remissão.

Outra classe de medicamentos que curiosamente se encontra associada ao uso de eletrochoques são os antibióticos, nomeadamente a penicilina ou a estreptomicina. A associação de antibióticos leva a crer duas hipóteses – ou o doente dá entrada com um diagnóstico psiquiátrico, mas com uma patologia infecciosa coexistente ou o doente contrai uma infeção nosocomial. De qualquer modo, a administração de antibióticos a doentes com eletrochoque não deixa de ser digna de menção e é possível que seja um exemplo da interligação entre especialidades médicas.

Atente-se no caso da papeleta 1457<sup>3</sup>. A doente, uma mulher de 53 anos de Nelas, dá entrada com o diagnóstico de crise melancólica a 1 de abril de 1950. Apenas é sujeita a um eletrochoque, a 9 de maio de 1950. No campo das prescrições encontra-se a administração de penicilina (2 frascos de 200.000U), brometo de escopolamina (2 ampolas) e coramina (16 comprimidos). A doente tem alta a 7 de julho de 1950 em

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1697”, in: Caixa 364, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2026”, in: Caixa 327, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1457”, in: Caixa 308, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

remissão. Nunca é referida a causa para a administração do antibiótico, o que aliás é comum a todos os restantes casos de administração deste fármaco em doentes sujeitos a eletrochoque.

Outro caso, este o da papeleta 4056<sup>1</sup>, é de um homem de 53 anos de Pombal, com o diagnóstico de síndrome de agitação psicomotora e com entrada a 13 de novembro de 1951. O doente é sujeito a um total de 15 eletrochoques, sendo este caso um dos poucos em que anexado à papeleta se encontra o registo de tratamento com a terapia electroconvulsiva. O doente é, portanto, sujeito a eletrochoques a 20 e 27 de novembro (presumivelmente de 1951), a 1 de dezembro (presumivelmente de 1951), a 1, 13, 14, 16, 20, 23, 27 e 30 de janeiro (presumivelmente de 1952) e a 3, 6, 10, 13 e 18 de fevereiro (presumivelmente de 1952). Além disso a papeleta deste doente contém também a ficha terapêutica que se constitui por 4 folhas onde predomina a administração de estreptomicina e ampicilina, dois antibióticos. O doente tem alta a 3 de março de 1953 com a indicação de remissão.

Em qualquer um dos casos descritos, excetuando-se aqueles em que se verifica a coexistência de antibióticos, existe uma noção clara de que a terapêutica principal são os eletrochoques, ou seja, a medicação administrada concomitantemente parece ser sobretudo de índole adjuvante ao efeito principal exercido pela terapia electroconvulsiva, ou seja, o esquema terapêutico com medicamentos parece ser construído à volta da terapia electroconvulsiva e não o contrário. Apesar de a quase totalidade das papeletas não referir nenhum esquema terapêutico de administração de terapia electroconvulsiva (ou seja, não há indicação das datas de administração da terapia), o número de eletrochoques costuma aparecer isolado da restante medicação, normalmente no espaço da contabilidade. No entanto alguns casos dão margem para dúvidas.

Por exemplo, a papeleta 4339<sup>2</sup> dá conta de uma crise depressiva, diagnosticada a uma mulher de 26 anos de Vila Nova de Gaia. A doente dá entrada a 29 de setembro de 1949. Existem várias páginas de prescrição anexadas a esta papeleta, que estando coladas não permitem identificar a medicação administrado. No entanto o verso da última página dá conta de um total de 22 comprimidos de Veronal administrados e um único

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 4056”, in: Caixa 325, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra). Esta papeleta encontra-se reproduzida em anexo 4.

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 4339”, in: Caixa 306, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

eletrochoque que surge indicado no final da folha. Pode-se, assim, apenas especular se o electrochoque surge como alternativa depois de um ciclo de Veronal infrutífero, ou se pelo contrário, a doente havia sido sujeita a outros electrochoques no decurso do seu internamento, sendo o Veronal um adjuvante.

Note-se, ainda, que a maioria dos electrochoques parecem ocorrer na enfermaria, embora existam exceções a esta regra. Na papeleta 1767<sup>1</sup>, uma mulher de 39 anos de Soure, diagnosticada com síndrome de agitação psicomotora e com data de entrada de 18 de maio de 1952, recebe 6 electrochoques em quarto particular e 1 electrochoque na enfermaria. Os honorários do quarto particular são de mil escudos. A doente tem alta a 11 de junho de 1952 em remissão. Outro caso, o da papeleta 904<sup>2</sup>, um homem de 41 anos que dá entrada com o diagnóstico de delírio agudo de alcoolismo a 6 de março de 1952 recebe 2 electrochoques em quarto particular, existindo ainda a menção ao facto de ter recebido 5 visitas durante o tempo que esteve internado. À data da alta, a 11 de abril de 1952, o doente tem a indicação de curado.

A associação dos electrochoques com a insulina é prática comum e embora não pareça ser tão habitual como a associação da terapia electroconvulsiva com medicação oral, não deixa de ser usada como uma combinação terapêutica de valor.

Veja-se o exemplo da papeleta 2545<sup>3</sup>. A doente, uma mulher de 19 anos de Carregal do Sal dá entrada com o diagnóstico de esquizofrenia a 6 de julho de 1954. No decurso do seu internamento é sujeita a dois electrochoques e a 39 ciclos de insulina. O primeiro ciclo de insulina acontece a 27 de julho de 1954 e repete-se a cada 3 dias até 30 de outubro de 1954. Sobre o electrochoque não existe indicação da data de administração. Neste caso surge claramente o predomínio da insulinoterapia sobre o electrochoque – terá a doente experimentado a terapia electroconvulsiva sem sucesso no início do tratamento optando-se pela insulinoterapia ou terá o electrochoque sido indicado como meio complementar à insulina? Qualquer que tenha sido o esquema terapêutico, a doente tem alta a 3 de novembro de 1954 com a indicação de remissão e com o pagamento de 3,800 escudos.

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1767”, in: Caixa 320, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 904”, in: Caixa 319, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2545”, in: Caixa 338, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

Atente-se outro caso, o da papeleta 3239<sup>1</sup>. O doente, um homem de 34 anos de Coimbra, dá entrada a 12 de setembro de 1952 com o diagnóstico de síndrome paranoico. Durante o tratamento, além do uso de 11 coraminas, o doente é sujeito a 12 eletrochoques e a 6 ciclos de insulina. Os ciclos de insulina são administrados inicialmente de dez em dez dias e depois de modo mais frequente (o primeiro ciclo é-lhe administrado a 20 de outubro, seguindo-se ciclos a 30 de outubro e a 5, 7, 10 e 13 de novembro de 1952). Mais uma vez não existe indicação da data de administração do eletrochoque. Neste caso particular parece existir uma simbiose perfeita entre as duas terapias, a insulino-terapia e a terapia electroconvulsiva, muito embora se deva ter em conta que sem datas específicas para a segunda terapia todas as assunções devem ser cautelosas. O doente tem alta a 15 de novembro de 1952, com a indicação de remissão.

Atente-se agora na papeleta 587<sup>2</sup>. A doente, uma mulher de 28 anos de Penacova é diagnosticada com esquizofrenia dando entrada a 10 de fevereiro de 1953. Da terapêutica instituída neste doente contam-se 11 eletrochoques e 7 ciclos de insulina. A doente tem ordem de alta a 24 de abril do mesmo ano, com a indicação de remissão.

O uso concomitante de terapia insulínica com os eletrochoques não tem indicação apenas em casos de esquizofrenia ou síndrome paranoico, como os casos evidenciados até aqui. A utilização das duas terapias verifica-se também em casos de síndromes depressivos como se pode confirmar no caso da papeleta 655<sup>3</sup>. Neste caso, um homem de 47 anos dá entrada a 18 de fevereiro de 1953, com o diagnóstico de depressão, e com tratamento que inclui 9 eletrochoques e 7 ciclos de insulina (além de 16 ampolas de brometos e 1 ampola de adrenalina). O doente, natural de Trancoso, tem alta a 8 de maio de 1953 com a indicação de remissão.

Outro uso das duas terapias é o da agitação psicomotora, como se pode observar no caso da papeleta 3330<sup>4</sup>. A doente, uma mulher de 28 anos de Coimbra, dá entrada a 16 de setembro de 1955, sendo sujeita a 7 eletrochoques e a 8 insulinas (2 insulinas em

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3239”, in: Caixa 322, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 587”, in: Caixa 325, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra). Esta papeleta encontra-se reproduzida em anexo 5.

<sup>3</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 655”, in: Caixa 326, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra)

<sup>4</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3330”, in: Caixa 344, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

outubro, 3 em novembro e 3 em dezembro de 1955). A mulher tem alta a 21 de dezembro de 1955 com a indicação de curada.

Já o uso concomitante de eletrochoques com cardiazol parece ser uma prática menos usual. Encontra-se descrito um único caso, relativo à papeleta 3337<sup>1</sup>. A doente, uma mulher de 31 anos de Vila Nova de Ourém tem o diagnóstico de estado melancólico e é tratada com 4 eletrochoques, 6 ampolas de cardiazol e vitamina C. Tem alta a 24 de outubro de 1952, com a indicação de melhorada.

Assinale-se ainda a existência de uma papeleta que indica precisamente o uso do eletrochoque com psicoterapia. Como já se discutiu em capítulo anterior, a psicoterapia é defendida pelos clínicos portugueses como uma arma absolutamente eficaz e necessária nos doentes do foro psiquiátrico. No entanto, a raridade com que esta é mencionada em esquemas terapêuticos é de assinalar. Em todas as papeletas analisadas, o recurso à psicoterapia é mencionado num número muito restrito. O que significa isto? A explicação para esta ocorrência não é fácil. Pode acontecer, como já se discutiu, que o espírito da psicoterapia esteja imbuído em todas as intervenções psiquiátricas, e, portanto, a sua menção em formato físico seja negligenciada por fruto de uma redundância implicitamente assumida pelos clínicos portugueses. Pode também ser o caso de que a psicoterapia aplicada tenha registo em procedimentos próprios que não as papeletas. Por último, pode-se justificar a ausência da sua menção porque simplesmente a psicoterapia não foi utilizada. Esta última conclusão não está de acordo com o discurso dos clínicos portugueses da altura, mas não pode ser descartada.

A papeleta com menção à psicoterapia é a 3448<sup>2</sup>. A doente, uma mulher de 19 anos de Coimbra, dá entrada com o diagnóstico de sitiofobia, sendo tratada com eletrochoques (não é especificado o número) e existindo a menção de sessões de psicoterapia. A doente está internada apenas 3 dias, de 22 a 25 de setembro de 1952, saindo com a indicação de curada.

O uso do Largactil, a clorpromazina, com eletrochoques surge numa única papeleta, a 3268<sup>3</sup>. A doente é uma mulher de 20 anos, natural de Coimbra, costureira. Dá

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3337”, in: Caixa 322, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3448”, in: Caixa 321, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3268”, in: Caixa 343, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

entrada a 10 de setembro de 1955 com o diagnóstico de reação neurodepressiva. É sujeita a 7 eletrochoques, sendo-lhe administrado durante o internamento uma ampola de Largactil duas vezes e ainda escopolamina e morfina. Sai clinicamente curada, a 3 de outubro de 1955. O médico responsável assina como Dr. Figueiredo.

Será possível encarar este uso da clorpromazina como um mero adjuvante, muito ao nível do uso da morfina e da escopolamina. A clorpromazina parece neste caso ser usada com uma finalidade de auxílio na obtenção de um estado de acalmia geral (do mesmo modo que é usada a morfina, por exemplo). Claramente a terapia principal neste caso materializa-se com os eletrochoques, sendo o Largactil um complemento usado e não o tratamento de eleição *per se*, o que aliás vai de encontro às indicações da clorpromazina no início do seu uso clínico.

A eficácia dos eletrochoques são um dos fatores que privilegiam o seu uso. 114 doentes têm o estado de remissão à data da alta, com outros 95 com a indicação de curado, 23 com a nota de curado das manifestações físicas, 38 com a indicação de melhorado, 7 de muito melhorado e 2 com a nota de remissão (cl clinicamente curado). Apenas 6 doentes têm alta com a indicação de não existirem alterações no estado de saúde. Ademais, existem 24 papeletas sem informação sobre o estado de saúde à saída do doente.

Dos 309 casos de uso de eletrochoques, uma grande maioria tem benefício terapêutico. Destaque-se, no entanto, a variabilidade de estados dos doentes aquando da alta. O termo remissão é o que aparece mais frequentemente referido. Se se analisar o próprio termo, as conclusões que se podem retirar podem não ser imediatas. Remissão indica, em medicina, uma fase da doença em que não é detetável manifestação física. No entanto, a remissão não implica uma cura definitiva, mas antes um estado de invisibilidade patológica – deste modo, o doente não está curado, encontra-se apenas livre de sintomas podendo sofrer uma recidiva. Perpetua-se, assim, a noção de que as doenças psiquiátricas são crónicas (ou pelo menos algumas doenças psiquiátricas), o que vai de encontro ao que se preconiza a nível retórico. Curioso será reparar o caso de duas indicações de remissão com cura clínica. Estes casos correspondem a uma síndrome depressiva<sup>1</sup> tratada unicamente com eletrochoque e um caso de agitação psicomotora<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3077”, in: Caixa 337, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2265”, in: Caixa 320, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

igualmente tratado apenas com eletrochoques. A remissão poderá, assim, ser entendida como um sinónimo de outro estado de alta, o de curado dos sintomas físicos. Nestes casos, subentende-se que o indivíduo continua doente, a causa subjacente ao seu internamento continua ativa, mas a patologia em si não produz sintomatologia associada. Já os casos identificados como clinicamente curados pressupõem que a doença em si deixou de existir, a dismorfia celular, molecular, visceral deixou de o ser. E note-se que nenhum dos doentes a quem é dada alta com a indicação de curado é um doente esquizofrénico – validando a noção de que os clínicos portugueses da época reconhecem a esquizofrenia como uma doença crónica. De facto, a grande maioria das saídas com a indicação de curado correspondem a síndromes de agitação psicomotora e depressões, situações efetivamente passíveis de uma cura clínica. Os casos de esquizofrenia ou surto esquizofrénico têm normalmente associados os estados de alta de remissão ou melhorado<sup>1</sup>. Os casos em que o doente sai no mesmo estado correspondem a processos regra geral prolongados, em que se tenta uma abordagem de múltiplas terapias, sem sucesso.

Tome-se o exemplo da papeleta 3259<sup>2</sup>, uma mulher de 15 anos, internada de 1949 a 1951 com o diagnóstico de esquizofrenia, ou o exemplo da papeleta 5156<sup>3</sup>, um homem de 66 anos igualmente internado de 1949 a 1951 com o diagnóstico de mania crónica. Neste último caso, anexado ao processo encontram-se inúmeras folhas de medicação, incluindo eletrochoques, que indicam os vários processos de tentativa de remissão (ou cura?) do doente.

Outra das terapias que se encontra prescrita de forma relativamente abrangente é a insulino-terapia. Já se discutiu a sua utilização em associação com o eletrochoque. Não obstante, muitas vezes esta terapia surge utilizada de modo isolado ou único. Tal como o verificado com os eletrochoques, a insulino-terapia é usada para uma variedade de condições patológicas, muito embora se tivesse já definido as suas maiores virtudes nos casos de esquizofrenia.

---

<sup>1</sup> Ou citando Pedro Polónio “O doente curado, ou não é uma esquizofrenia ou está mal observado” Cf. Polónio, P. - "As formas de evolução da esquizofrenia". *O Médico*. Vol. IV. n.º 238 (1956), pp.319.

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3259”, in: Caixa 313, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 5156”, in: Caixa 313, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

Deste modo o tratamento com insulina é aplicado em 14 diagnósticos de crise melancólica e síndrome depressivo; 12 casos de esquizofrenia (incluindo surto esquizofrénico, síndrome esquizofrénico e demência precoce), 11 diagnósticos de síndrome paranoide e esquizofrenia paranoide; 4 casos de agitação psicomotora e crise de agitação psicomotora; 1 diagnóstico de psicopatia; 1 neurose obsessiva compulsiva; 1 psicose maníaco depressiva; 1 síndrome catatónico e um caso de astenia.

Comparativamente aos eletrochoques, verifica-se que a insulinoterapia parece ser mais utilizada no contexto das síndromes paranoides, muito embora, não deixe de ser usada nos casos de crises depressivas. Curioso será observar o seu uso no contexto da astenia, situação para a qual não se encontram referências da utilização de insulinoterapia. O próprio significado de astenia, que se pode definir como um estado de fadiga e fraqueza orgânica, sem perda real de capacidade muscular pode aliás ter várias etiologias, de ordem orgânica ou psíquica e várias formas de manifestação, passando por dispneia ou fatigabilidade fácil, podendo, pois, associar-se ou distanciar-se de quadros psiquiátricos.

A papeleta 2813<sup>1</sup>, que diz respeito ao caso de astenia, refere-se a uma jovem de 17 anos, de Pombal, que dá entrada a 20 de agosto de 1955. Durante o seu internamento, é feito à doente um raio X do crânio e posteriormente existe a indicação de “choque insulínico pelo método geral” tendo a doente alta a 19 de setembro de 1955 com a indicação de melhorado. Sendo a astenia um sintoma pouco específico, que aflige uma miríade incontável de patologias, desde infeções a insuficiência cardíaca, será seguro ponderar aqui que o doente sofra de uma patologia psiquiátrica? Uma primeira análise dita que sim. Uma síndrome depressiva, que se pode caracterizar por astenia, pode ser um dos diagnósticos que foi feito, mas não escrito na papeleta. Por outro lado, não se pode olvidar a questão da neurastenia, termo introduzido por Beard em 1867 e que define um estado de astenia física e psíquica, de incapacidade permanente, melancolia e muitas vezes acompanhado de irritabilidade, cefaleias e alterações do sono. A neurastenia caracteriza-se por ser uma doença da civilização urbana, resultado da vida moderna. Poderá ser este o caso? E se assim for, porquê o uso de insulinoterapia neste doente? Outra questão interessante será a utilidade do raio x do crânio – porque foi feito? Em que contexto?

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2813”, in: Caixa 364, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).



Podem-se apenas conjecturar hipóteses, uma vez que não existe a garantia de que efetivamente o diagnóstico seja simplesmente astenia, e a insulino-terapia tenha sido experimentada neste caso (e com bons resultados).

A maioria dos choques insulínicos foi administrada com o uso de medicação não psicotrópica (29 casos). Existem ainda 12 choques insulínicos em monoterapia, 3 casos em que houve associação com o cardiazol, um caso de associação com ECT e outro caso de associação com medicação não psicotrópica e psicoterapia.

Desde logo nota-se que o uso de insulino-terapia<sup>1</sup> enquanto terapêutica única é muito inferior ao uso dos eletrochoques, e mesmo de uma forma geral, ou seja, combinada com outras terapias, a insulina parece ser preterida em relação aos eletrochoques. Há que não esquecer que a insulino-terapia exige, por parte dos hospitais, uma maior logística de pessoal e de infraestruturas, sendo adicionalmente um método que acarreta riscos mais gravosos e frequentes que a eletroconvulsivoterapia.

Quando usada em combinação com medicação não neuroléptica, verifica-se, tal como evidenciado com os eletrochoques, uma associação frequente com barbitúricos, morfina, escopolamina, coramina e brometos. Encontra-se adicionalmente o uso frequente de extratos hepáticos (uma espécie de tónico e revitalizante fabricado a partir de fígado de mamíferos) e mais uma vez o uso de antibióticos em alguns casos. Tal como com os eletrochoques, é de presumir que o uso de antibióticos se associe a uma infeção pré-existente ou que surge no decorrer do internamento.

O número de sessões de insulino-terapia varia bastante consoante o caso a tratar. Apesar de muitas papeletas não indicarem a frequência de ciclos de insulina a que cada doente é sujeito, os casos em que existe esta indicação variam de 3 ciclos de insulina até quase duas dezenas.

Por exemplo, na papeleta 952<sup>2</sup>. O doente, um homem de 37 anos, agricultor, de Oliveira do Hospital, é internado com o diagnóstico de síndrome agitação psicomotora a 17 de março de 1951. O doente é sujeito a um total de 17 ciclos de insulina, distribuídos pelos meses de março (1 ciclo, dia 24), abril (4 ciclos, dias 5,11,13 e 30), maio (11 ciclos,

---

<sup>1</sup> Na experiência relatada por Pedro Polónio, a insulino-terapia revela-se como um dos tratamentos de eleição para a esquizofrenia. Cf. Polónio, P. - "As formas de evolução da esquizofrenia". *O Médico*. Vol. IV. n.º 238 (1956),

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, "Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 952", in: Caixa 313, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

dias 3,5,8,10,12,19,21,23,25,28 e 30) e junho (1 ciclo, dia 4). Todos os tratamentos incluem dois frascos de insulina, exceto o de dia 19 de maio, em que se usa apenas um. Concomitantemente o doente está medicado com Luminal. A 13 de junho de 1951, é-lhe dada alta com a indicação de remissão.

Noutro caso, o da papeleta 32<sup>1</sup>, um doente de 16 anos natural da Figueira da Foz, diagnosticado com esquizofrenia e com entrada a 3 de janeiro de 1951 é sujeito a um total de 13 ciclos de insulino-terapia (2 frascos por sessão), saindo a 12 de junho de 1951 com indicação de melhorado.

Atente-se agora no caso da papeleta 932<sup>2</sup>. O doente, um homem de 56 anos natural de Odemira, dá entrada a 23 de fevereiro de 1950 com o diagnóstico de síndrome paranoico<sup>3</sup>. A 6 de março existe a indicação do doente ter sido sujeito a insulino-terapia (2 frascos) e coramina (2 ampolas). O tratamento repete-se a 10 de março e a 27 de março. Por fim, existe a indicação de que o doente é sujeito a um eletrochoque em data não especificada, tendo alta a 23 de abril de 1950 com o estado de melhorado. Como se pode depreender, é possível que a terapêutica com insulina não estivesse a surtir o efeito esperado ou desejado, pelo que o último passo é o eletrochoque.

Esta combinação de terapias, com vista à melhoria do estado dos doentes, não se esgota nesta associação.

O uso de cardiazol combinado com insulina encontra-se descrito em 3 casos, dois diagnósticos de esquizofrenia paranoide e um de agitação psicomotora<sup>4</sup>.

O caso da papeleta 4275<sup>5</sup> refere-se a uma doente de 19 anos de Aveiro, com uma crise de agitação psico-motora. A doente dá entrada a 25 de setembro de 1949 e é sujeita a uma terapia combinada de insulina e cardiazol. A 7 de março de 1950, recebe insulina

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 32”, in: Caixa 313, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 932”, in: Caixa 306, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> A alternância entre o termo paranoide e paranoico é feita tendo em conta o modo como está escrito originalmente na papeleta.

<sup>4</sup> A papeleta que diz respeito a esta crise de agitação psicomotora, papeleta 4275 encontra-se extensamente rasurada no campo de diagnóstico. Embora o diagnóstico mais legível seja o de agitação psicomotora, consegue-se ler igualmente, embora rasurado, surto esquizofrénico e acesso maníaco. Pelo facto destes diagnósticos estarem em segundo plano e riscados, optou-se por contabilizar esta papeleta com o diagnóstico de agitação psicomotora. Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 4275”, in: Caixa 309, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>5</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 4275”, in: Caixa 309, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

(2 frascos) e a 14 de março 4 ampolas de cardiazol. A 16 de março recebe, no mesmo dia, insulina e cardiazol. A 18 de março repete o tratamento com cardiazol (4 ampolas), sendo sujeita a mais duas ampolas deste medicamento 3 dias depois. Finalmente, a 23 de março volta a fazer insulina e cardiazol (2 ampolas de ambos), tendo alta a 4 de setembro de 1950, em remissão. O espaço de tempo entre os tratamentos e alta pode indicar o facto de que a doente é sujeita a mais tratamentos ou pelo menos a outros tipos de terapia.

Outro caso, o da papeleta 3574<sup>1</sup>, diz respeito a uma esquizofrenia paranoide, com entrada a 8 de agosto de 1949. Neste caso, a doente, uma mulher de 31 anos de Ancião, funcionária dos CTT é sujeita a imensa medicação que não se consegue ler uma vez que as folhas se encontram coladas. No entanto, consegue-se discernir o uso de cardiazol a 14 de março de 1950 e a 21 de março, e o uso de insulina (2 ampolas) e cardiazol (4 ampolas de 5 cc.) a 16 de março, a 18 de março, e a 23 de março. A doente sai no mesmo estado, tendo alta a 20 de novembro de 1950.

É digna a menção ao uso de psicoterapia numa das papeletas. O caso que diz respeito à papeleta 3673<sup>2</sup> é de um homem de 35 anos, serralheiro de profissão diagnosticado com uma melancolia, a 21 de setembro de 1950. O doente é sujeito a insulino-terapia um total de quatro vezes (23 de setembro, 23 e 31 de outubro e 9 de novembro), existindo a menção na papeleta da necessidade do doente se ausentar durante as tardes dos dias 29 de outubro e 5 de novembro por conveniência psicoterapêutica. O doente tem alta a 11 de novembro de 1950, com a indicação de remissão.

Quanto ao estado dos doentes aquando da data de alta, podemos verificar que 21 doentes têm alta com o estado de remissão, 12 com o estado de melhorado, 2 com o estado de curado, 1 com a indicação de muito melhorado e 1 falecimento. Existem ainda 9 doentes sem alteração do estado que motivou o internamento.

Tal como verificado com os eletrochoques, uma grande maioria dos casos surge com a indicação de remissão e de melhoria.

Verifica-se que comparativamente aos resultados apresentados com o eletrochoque, existem mais doentes cujo estado de alta é o mesmo do de entrada. Isto

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3574”, in: Caixa 310, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3673”, in: Caixa 310, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

significa que possivelmente a insulino-terapia não produziu os resultados terapêuticos esperados. Todos os casos em que os doentes saem no mesmo estado correspondem a esquizofrenia, nomeadamente a esquizofrenia paranoide (7 casos) e esquizofrenia (2 casos). Os 7 casos de esquizofrenia paranoide representam, assim, uma larga fatia dos 11 casos totais desta doença tratados com insulino-terapia e, ao contrário do que acontece com os eletrochoques, nota-se que a menção de saída do doente com a indicação de “mesmo estado” corresponde, quase unicamente, a um único diagnóstico. Daqui, pode-se indagar acerca da possibilidade de um tratamento mais eficaz para a esquizofrenia paranoide.

O caso de falecimento diz respeito à papeleta 915<sup>1</sup>. A doente, uma mulher de 55 anos de Coimbra, dá entrada com múltiplos diagnósticos: síndrome catatónica e pneumopatia aguda. A data de entrada é a de 4 de março de 1945.

Durante o seu internamento, que dura cerca de dez anos, a doente é sujeita a 7 ciclos de insulino-terapia durante o final do ano de 1950 e o início de 1951. Na folha de prescrições constam ainda extratos hepáticos e coramina, sendo este último medicamento muitas vezes administrado concomitantemente à administração de insulina. A causa de morte, quase quatro anos depois dos ciclos de insulina, a 17 de março de 1955 é por colapso cardíaco. Assim, é seguro assumir que a morte não tenha resultado como consequência direta da doença psiquiátrica (ou do seu tratamento), mas antes de uma agudização ou doença orgânica com acometimento cardíaco.

Quanto ao tratamento com cardiazol, encontram-se unicamente dois casos – o uso de cardiazol parece, assim, ser muito mais comum em associação com a insulina do que em terapia isolada.

O primeiro caso, referente à papeleta 3510<sup>2</sup> diz respeito a uma doente de 22 anos de Oliveira de Hospital. Dá entrada a 4 de agosto de 1949 com o diagnóstico de agitação psicomotora e é sujeita a tratamento com cardiazol (sem indicação de doses ou número de tratamentos). Outras medicações efetuadas pela doente incluem efedrina e escopolamina. A doente tem alta a 17 de janeiro de 1950, sem indicação sobre o estado de saída.

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 915”, in: Caixa 340, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3510”, in: Caixa 304, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

A segunda papeleta<sup>1</sup> onde se pode encontrar a prescrição de cardiazol diz respeito a um doente de 28 anos de Celorico da Beira. O doente tem o diagnóstico de psicose à data de entrada, 27 de abril de 1959. Não existe indicação do número ou posologia de tratamentos, tendo o doente alta a 18 de maio de 1959 com a indicação de melhorado.

É curioso notar o uso de cardiazol, já no final da década de 50, quando os novos neurolépticos estão já disponíveis e com utilização clínica, o que pode significar a utilidade dos métodos de tratamento físicos em algumas patologias (o doente sai melhorado), mas o que está em desacordo com o postulado pelos clínicos portugueses da época<sup>2</sup>.

O uso de Somniféne é referido em 10 papeletas – quatro casos de agitação psicomotora, dois de depressão, um de esquizofrenia, um de psicose maníaco depressiva, um de psicopatia amoral e um com a indicação única de doente do foro psiquiátrico.

O Somniféne é habitualmente administrado com barbitúricos, nomeadamente o Veronal ou o Luminal e com extratos hepáticos ou outras preparações vitamínicas. Note-se que o uso de Somniféne pode não ser exclusivamente feito em curas de sono, mas também como adjuvante e sedante em casos de agitação. No entanto, admite-se que pelo menos a maior parte dos casos aqui tratados sejam efetivamente curas de sono.

Veja-se o exemplo da papeleta 2592<sup>3</sup>. O doente, um homem de 46 anos de Condeixa, é admitido com uma crise depressiva a 23 de junho de 1950. Durante o internamento é-lhe administrado Somniféne (3 ampolas), escopolamina (2 ampolas), morfina (2 ampolas) e brometo de cálcio (3 ampolas). Tem alta a 22 de setembro de 1950 com a indicação de remissão.

Atente-se agora no caso da papeleta 1903<sup>4</sup>. A doente, uma mulher de 55 anos de Figueiró dos Vinhos, dá entrada a 21 de maio de 1955, com a indicação de múltiplas

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1698”, in: Caixa 364, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> O preferencial tratamento de neuroses, nomeadamente as psicoseiros, é a psicoterapia. O uso de tranquilizante, nomeadamente o Largactil e o Serpasil é também preconizado pela maioria dos clínicos portugueses. Frago Mendes refere que em casos graves, que não respondem a terapêutica tranquilizante e aos quais a psicoterapia encontra grande resistência se pode indicar a cura pelo sono, a insulino-terapia e o choque acetilcolínico, embora estes casos sejam de indicação reservada. Não se encontra referência da utilidade do cardiazol no tratamento de neuroses. Cf. Mendes, F. - “Terapêutica clínica das neuroses”. *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LX. n.º 1216 (1966), 27 pp.

<sup>3</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2592”, in: Caixa 309, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>4</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1903”, in: Caixa 347, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

queixas, nomeadamente gástricas e pulmonares. Os médicos suspeitam de um abscesso pulmonar ou de um quisto hidático (ambos os diagnósticos estão escritos com um ponto de interrogação). Além disso, o outro diagnóstico é o de psicose maníaco-depressiva. À doente é feito um raio X do tórax e administrada estreptomicina (possivelmente devido ao diagnóstico confirmado por imagiologia de abscesso pulmonar). Dias mais tarde (sem data legível), é administrado à doente Somniféne (um total de 5 ampolas) e Luminal (um total de 16 comprimidos de 0,10 grs). Além disso, a doente tem ainda prescrita psicoterapia. À saída, a 28 de junho de 1956, a doente encontra-se no mesmo estado, com a indicação de que não se conseguiu um fiador para a manutenção do internamento da especialidade.

Enquanto os restantes casos têm a indicação de remissão, note-se que existem dois falecimentos nas papeletas que incluem a prescrição de Somniféne. Um deles, o doente da papeleta 2894<sup>1</sup>, de 17 anos, diagnosticado com psicopatia amorala, morre quase um ano depois de internamento, por uma taquicardia paroxística. No campo das prescrições existe a indicação de pelo menos duas ampolas de Somniféne sem data de utilização do medicamento. Deste modo a ligação da morte ao método de tratamento é meramente hipotética.

O outro caso diz respeito à papeleta 3649<sup>2</sup>. O doente, um homem de 52 anos de Coimbra, diagnosticado com agitação psicomotora morre quatro dias depois do internamento, a 10 de outubro de 1954. Não existe a indicação da causa de morte, mas tendo em conta que não são indicadas nenhuma das morbidades e dado o curto espaço de tempo de internamento (4 dias) e o elevado número de ampolas de Somniféne utilizadas (6 ampolas) é mais provável conjecturar neste caso que a morte se tenha dado como consequência do tratamento.

Note-se que o uso de Somniféne encontra-se ainda descrito em casos que não estão associados diretamente a diagnósticos psiquiátricos, nomeadamente o tétano.

Por exemplo, no caso da papeleta 779<sup>3</sup>. Um homem de 45 anos, diagnóstico de tétano agudo, com entrada a 1 de março de 1956. É-lhe administrado soro antitetânico

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2894”, in: Caixa 308, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3649”, in: Caixa 337, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 779”, in: Caixa 346, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

(20 frascos de 100000U), penicilina, estreptomicina (3 gramas), antistina<sup>1</sup> (6 embalagens) e Somniféne (3 comprimidos). Tem alta a 18 de março de 1956, curado.

Encontra-se ainda descrito um único caso de malarioterapia nas papeletas pesquisadas.

O caso é o de um homem de 48 anos (papeleta 2316<sup>2</sup>), carpinteiro de Pombal, diagnosticado com sífilis nervosa e com entrada a 26 de maio de 1949. Na folha de prescrições encontra-se Veronal, coramina, extratos hepáticos e por fim malarioterapia. Tem alta a 4 de julho de 1950 com a indicação de melhorado.

Como é de esperar, o advento dos antibióticos muda por completo o tratamento da sífilis nervosa, pelo que este é possivelmente um dos últimos casos (se não o último) de sífilis nervosa a ser tratada com malarioterapia nos HUC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Anti-histamínico.

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2316”, in: Caixa 308, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> Com efeito, os casos encontrados com diagnóstico de sífilis nervosa posteriores à papeleta 2316 são tratados com antibiótico.

## 5. O uso de Largactil – clorpromazina.

A primeira papeleta com referência ao Largactil encontra-se em 1955. Esta data é de resto um ponto de referência vital.

Embora não tenha sido possível traçar uma cronologia exata da introdução do Largactil em Portugal, sabe-se que o medicamento começa a ser comercializado pelos Laboratórios Vitória (por importação vinda de França). por altura de 1954, ano em que surgem os primeiros anúncios ao medicamento no Jornal do Médico. Na altura, como se discutiu, é comercializado com o rótulo de medicamento para uma miríade de patologias – o afinilamento do uso de Largactil de modo centrado na psiquiatria dá-se de forma gradual ao longo da década de 50, impulsionado pelas descobertas subsequentes da reserpina e do haloperidol e pelos estudos e experiência clínica que o afirmam como mais que um mero sedativo. À semelhança deste critério de seletividade natural e ajustamento gradual, o que se encontra nos arquivos pesquisados é uma espécie de amálgama de uso da clorpromazina. O medicamento parece ser experimentado em várias especialidades e para várias patologias, materializando-se no conceito de fármaco multidimensional e com características variadas. Na verdade, a noção de que a clorpromazina vem efetivamente substituir os tratamentos e fármacos em vigor até então não parece existir na psiquiatria da década de 50. O *status quo* desta especialidade médica não parece mudar radicalmente. Ao invés, a experimentação com o novo medicamento parece ser a palavra de ordem, com aproximações a diferentes especialidades, múltiplas doenças e várias combinações de tratamento.

As terapias somáticas continuam a ser largamente preconizadas, notando-se um domínio dos electrochoques sobre as restantes opções disponíveis. Quanto muito, no início, a clorpromazina parece ser encarada como um adjuvante de tratamento, uma maneira de suavizar o estado de espírito e de tornar o doente mais acessível ao tratamento “verdadeiro”.

Encontram-se, assim, um total de 34 papeletas com referência ao uso de neuroplégicos<sup>1</sup>. Destas 34 papeletas apenas 10 correspondem a diagnósticos psiquiátricos (e dentro destas nem todas são exclusivamente diagnóstico psiquiátrico), sendo os

---

<sup>1</sup> Destas 34 papeletas exclui-se a papeleta 3268 já discutida na secção de electrochoques.



restantes distribuídos por uma variedade de patologias, de traumatismos cranianos a tétano.

A primeira papeleta em que se encontra a referência ao uso de Largactil é a 902<sup>1</sup>. Diz respeito a um doente do sexo masculino, 45 anos de Coimbra, funcionário público. O doente é admitido a 19 de março de 1955, com vários sintomas, sendo o diagnóstico primário (doença principal, como se lê na papeleta) uma distonia neurovegetativa. Na entrada, associado à distonia neurovegetativa, o doente apresenta mal-estar geral. À saída, apresenta um ictus cerebral. O doente dá entrada a 19 de março de 1955 e tem alta a 29 de abril do mesmo ano, com a indicação de “no mesmo estado”.

A papeleta não vem assinada pelo diretor da clínica psiquiátrica, o Dr. Correia de Oliveira, e a assinatura do facultativo é ilegível (pelo que se pode depreender que a alta do doente não tenha sido feita pela psiquiatria). O doente encontra-se internado na enfermaria de Medicina. Também não existem indicações sobre os serviços pelos quais o doente foi passando. Em muitos casos, o doente é admitido, por exemplo, pelo serviço de cardiologia, sendo depois transferido para outros serviços, chegando ao serviço de psiquiatria. Neste caso, no entanto, a informação disponível é muito pouca, além daquela que se elaborou. O diagnóstico de distonia neurovegetativa é muito pouco específico, relacionando-se com uma multiplicidade de sistemas controlados centralmente, pelo sistema nervoso, através dos seus ramos simpático e parassimpático. Nos anos 50, o conceito está fortemente ligado aos neuróticos – a distonia neurovegetativa assume-se como uma somatização da ansiedade, podendo tomar várias formas.

Pedro Polónio alerta a absoluta necessidade de se contemplar o aspeto psíquico das doenças somáticas:

“Temos tido vários casos em que a doença, ora se manifesta por crises ansiosas, ora se manifesta por doenças psicossomáticas. Um doente que sofria de colite mucomembranosa passou a sofrer de crises ansiosas quando esta doença desapareceu; um doente que sofria de asma deixou de sofrer dessa doença desde que caiu num estado crónico de ansiedade; um doente quando sofre de eczema, não sofre de ansiedade, ou quando está ansioso não tem eczema.

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 902”, in: Caixa 340, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

Ansiedade e asma, ou eczema, parecem ser sintomas equivalentes de manifestação da mesma alteração básica”<sup>1</sup>.

Assim, a constante ligação entre fatores orgânicos, psicogénicos e fisiológicos é uma rede recíproca e influenciável. A distonia neurovegetativa é, pois, uma concretização palpável e física de um desequilíbrio psíquico.

Ainda Pedro Polónio:

“Existe uma imensa margem de variação de indivíduo para indivíduo no limiar e intensidade da resposta ansiosa, mas todos os indivíduos têm um limite de tolerância a partir do qual reagem com ansiedade.

Habitualmente começam por manifestar sinais de tensão nervosa, insónia, preocupações ansiosas e queixas somáticas. Estas costumam ser a manifestação de uma excitabilidade ou distonia neuro-vegetativa, que se exprime habitualmente através do aparelho circulatório ou digestivo. O aparecimento destes sintomas neuro-vegetativos concretiza e fixa a ansiedade e serve de ponto de partida para elaborações secundárias”<sup>2</sup>.

Barahona Fernandes coaduna a visão de Polónio, referindo-se às distonias como um desequilíbrio do neurótico, que se exprime fisicamente enquanto uma maleita observável, que pode tomar uma multitude de aspetos:

“Ao nível biológico mais geral temos a conhecida série de distonias do vegetativo (cardio-vasculares, gástrico-intestinais, uro-genitais, etc.), perturbações da nutrição em geral, da libido, do sono, etc.

Intimamente fundidas com estas (e constituindo ambas o que se chama de vitalidade) temos, no nível psíquico elementar: a angústia e a tristeza vitais. Trata-se de vivências globais desarmónicas, mais ou menos referidas ao corpo como sensações internas de tensão, mal-estar, opressão, dor, ardor, etc”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Polónio, P. - "Neuroses e estados ansiosos". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 4 (1952), p. 79.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Fernandes, B. - "Conclusão - o conceito das neuroses - orientação terapêutica". Ibid. p. 279.

Deste modo, o diagnóstico de distonia neurovegetativa sem nenhuma indicação adicional traz um problema de caracterização do tratamento e da patologia em si. Porquê usar o Largactil neste caso? O doente apresentar-se-ia agitado? Ansioso? Ou o uso de Largactil foi feito em contexto fora do âmbito psiquiátrico?

Pode-se especular a hipótese do Largactil ter sido administrado como forma de controlar alguma agitação do doente, aliás de acordo com as indicações de sedação que o fármaco é reconhecido ter. No entanto, como não é fornecida nenhuma indicação de posologia e dosagem do fármaco, não se pode afirmar com toda a certeza o porquê de o fármaco ter sido administrado. De resto, com tantas indicações de uso nos primórdios da sua existência, o medicamento pode simplesmente ter sido usado como antiemético, dado a indicação de mal-estar geral que o doente tem como sintomas de entrada. Pode igualmente pensar-se que o medicamento pode ter sido administrado com o papel de suavizar o doente ou de alguma forma aliviá-lo de alguma agitação ou ansiedade que a distonia neurovegetativa lhe possa estar a provocar.

A segunda papeleta onde se encontra a prescrição de Largactil é a 2163<sup>1</sup>. Diz respeito a um homem de 45 anos, funcionário do Instituto Botânico. Dá entrada a 29 de junho de 1955, com o diagnóstico de ansiedade. Neste caso, o médico que lhe prescreve o Largactil é o Dr. João Porto<sup>2</sup>, e o doente é admitido através do serviço de cardiologia, onde permanece até à data de alta.

Aquando do internamento, o doente é sujeito a um raio X gastroduodenal e torácico e a um eletrocardiograma. Durante o internamento, é-lhe prescrito um total de

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2163”, in: Caixa 342, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> João Maria Porto, natural do concelho de Nisa, em Portalegre, nasce a 9 de setembro de 1891. É doutorado em medicina e reside na freguesia de Sé Nova, sendo casado com Angélica Andrade Lopes. É filho de Joaquim Martins Porto e Maria da Graça Neves Porto. No seu processo constante dos Arquivos da Universidade de Coimbra pode ler-se que em 4-9-1920 é nomeado 2º assistente de Patologia e Terapêutica cirúrgicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A 29-12-1923 é nomeado 1º assistente provisório do 5º grupo da faculdade de Medicina. A 16-6-1928 é nomeado professor catedrático, com dispensa de provas médicas, da 14ª cadeira, do 12º grupo (Pediatria) da Faculdade de Medicina. Nomeado, por conveniência urgente de serviço, para o cargo de diretor da clínica da cadeira de pediatria da faculdade de medicina a 24-11-1928. A 6-11-1935 professor catedrático de Terapêutica Médica, transferido da cadeira de pediatria para a Terapêutica médica clínica. A 28-7-1936 é confirmado no cargo de Diretor da Faculdade de Medicina. A 19-8-1942 é nomeado, mediante contrato por cinco anos a Diretor dos HUC. A 24-1-1950 é nomeado diretor dos HUC e no mesmo dia a diretor da clínica dos HUC. A 8-1-1957 é nomeado para, na qualidade de diretor do hospital da Universidade de Coimbra, fazer parte da comissão técnica e consultiva junto da comissão administrativa da cidade universitária com vista à construção do hospital escolar. (portaria de 5-1-1957). A 20-5-1957 provido por transferência no lugar de professor catedrático da cadeira de clínica médica (portaria 11-5-1957). A 27-11-1967 é concedida a medalha de ouro de serviços distintos a título póstumo. Reforma-se a 9-9-1961 (atinge o limite de idade) relação publicada no diário do governo, II série, nº274, de 23 de novembro de 1961. Foi deputado da assembleia nacional.

16 comprimidos de Largactil, tendo o doente alta a 5 de agosto de 1955 com a indicação de melhorado.

Este caso é um exemplo da multidisciplinidade e do conceito de medicina de ligação, que se apregoa por estas alturas. O facto de o doente ter sido sujeito a métodos de imagiologia e a exames complementares de diagnóstico mostra que os clínicos procuram uma causa orgânica para o mal-estar do doente – é possível que este tenha entrado com queixas gástricas ou cardíacas, apesar de tal não vir explícito na papeleta. A falta de provas nestes exames, possivelmente, conduz ao diagnóstico de ansiedade (ou mais precisamente talvez a distonia neurovegetativa de que se falou anteriormente) e o doente é unicamente medicado com Largactil, tratamento do qual beneficia.

Note-se, ainda, que estas duas papeletas não vêm assinadas pelo Dr. Correia de Oliveira, e não parece existir nada que permita concluir que os doentes tenham passado pela Clínica Psiquiátrica dos HUC – ou seja, a clorpromazina não parece restringir-se à psiquiatria, mas antes está a ser testada por médicos de outras especialidades. Mais uma vez, esta conclusão está de acordo com os primórdios da utilização dos novos neuroplégicos e os vários benefícios que estes parecem apresentar em várias patologias.

No entanto, os psiquiatras não estão à margem da revolução. Alguns dos casos encontrados são patologias psiquiátricas que encontram o tratamento no uso dos novos neuroplégicos.

A papeleta 2550<sup>1</sup> é a terceira papeleta encontrada com a indicação do uso de um neuroplégico, neste caso a reserpina, ou o Serpasil. O doente, um homem de 27 anos, alfaiate de profissão e natural de Pombal, dá entrada no serviço de urgência a 28 de julho de 1955, sendo transferido para a psiquiatria no dia seguinte. O diagnóstico é o de delírio agudo com depressão agitada. É-lhe feito um raio X do crânio e seios da face. Durante o internamento, as prescrições do doente indicam um total de 12 ampolas de Serpasil, com o doente a ter alta a 12 de outubro de 1955 com a indicação de curado.

Neste caso pode-se supor que a indicação da reserpina seja a de acalmar a agitação do doente. O valor da reserpina na limitação de estados confusionais é também referido várias vezes na literatura da época, pelo que pode igualmente ter sido administrada com o objetivo de eliminar ou debelar o estado de delírio agudo. Os resultados parecem ser

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2550”, in: Caixa 343, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

benéficos, com o doente a sair curado. Como na maioria das papeletas, não existe indicação do facultativo, apenas a assinatura de Correia de Oliveira enquanto diretor da Clínica de Psiquiatria.

Outro caso – a papeleta 2318<sup>1</sup> que diz respeito a uma depressão endógena. O doente, um homem de 25 anos de Sabrosa, é admitido a 9 de julho de 1958 por serviço não especificado, passando à psiquiatria a 29 de julho de 1958. É-lhe administrado Largactil, Becozyme forte, vitamina B e Fenegan, tendo alta a 11 de setembro de 1958 com a indicação de melhorado. A administração de Largactil parece assumir o carácter de tranquilizante, talvez substituindo alguns dos sedativos então em uso – a bem ver as restantes prescrições dizem respeito a vitaminas, não existindo menção do uso de qualquer barbitúrico ou brometo. Por isso é possível que a clorpromazina assuma neste caso o papel de sedativo, clamante ou hipnótico.

Já a papeleta 716<sup>2</sup> diz respeito a uma oligofrenia de um jovem de 14 anos. O doente de Coimbra, dá entrada a 18 de fevereiro de 1959, sendo transferido para a psiquiatria a 13 de março do mesmo ano. Recebe tratamento com Largactil (sem especificação de dose ou posologia) tendo alta a 30 de junho de 1959 sem indicação de estado de saída. A utilização do uso de Largactil neste jovem é uma questão difícil de explicar – a indicação do uso de clorpromazina neste caso pode justificar-se se existir alguma agitação por parte do doente, o que não é descrito em nenhum lado. A aplicação *per se* da clorpromazina em casos de oligofrenia não encontra nenhum suporte direto em bibliografia da época, e os clínicos portugueses da altura não parecem colocar sequer essa hipótese.

Ainda no âmbito de diagnóstico psiquiátrico encontramos um caso de ictus e psicose senil, na papeleta 288<sup>3</sup>. A mulher de 67 anos de Coimbra, internada a 22 de janeiro de 1955, recebe tratamento com 2 ampolas de Largactil e 2 ampolas de Fenegan. É internada na 2ª Medicina de onde tem alta a 29 de setembro do mesmo ano. Neste caso, apesar de não existir nenhuma indicação, poderá ser possível inferir que o diagnóstico (e possivelmente o tratamento) da psicose senil tenha sido feito por um psiquiatra? A

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2318”, in: Caixa 360, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 716”, in: Caixa 364, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 288”, in: Caixa 343, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

resposta parece positiva – apesar da doente ser internada na Medicina, a assinatura do médico facultativo é a de Correia de Oliveira. Isto exemplifica o espírito de ligação que a psiquiatria deve ter no seio de outras disciplinas médicas.

Como já foi referido parece existir nos HUC aquilo que se idealizou denominar de psiquiatria de ligação, ou, de um modo mais abrangente, a interdisciplinaridade e a relação conivente de vários serviços e clínicos.

Atente-se no caso da papeleta 4314<sup>1</sup>. O doente, um homem de 24 anos de Coimbra, Pintor cerâmico de profissão, dá entrada com o diagnóstico de apendicite a 14 de dezembro de 1955. Escrito por baixo deste diagnóstico aparece a indicação de agitação psicomotora, com outro tipo de letra (que corresponde à letra de Correia de Oliveira). O doente é inicialmente visto por Bissaya Barreto e no campo das prescrições existe a indicação de coramina, vitamina C, penicilina (5,000,000U), estreptomina (3 grs) e cafiaspirina. Supõe-se, pois, que o doente tenha sido sujeito a uma apendicectomia ou esteja a recuperar da operação. Nove dias depois da entrada (em serviço que não é possível identificar) é transferido para a psiquiatria, sendo prescrito ao doente Luminal e Largactil (6 comprimidos). O doente tem alta a 7 de janeiro de 1956 com a indicação de melhorado.<sup>2</sup>

Pode-se inferir que tenha existido aqui uma conjugação de esforços, no sentido de um tratamento integral do doente. A apendicite pode ter sido o diagnóstico mais urgente, mas a agitação psicomotora, que não se sabe se é uma condição pré-existente ou que surge depois do internamento, não é ignorada. Notam-se, assim, os esforços conjugados das equipas médicas, e a concretização da medicina de ligação que engloba a psiquiatria nos seus parâmetros.

Existem, assim, vários casos em que a doença de entrada é uma condição claramente não psiquiátrica, mas durante o internamento (ou talvez por causa dele), surja um diagnóstico psiquiátrico.

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 4314”, in: Caixa 345, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> O uso de Largactil é encontrado em mais um caso de apendicite aguda (papeleta 2452, de 1956), desta vez sem nenhum diagnóstico psiquiátrico associado. Pode-se concluir que existe assim o uso de clorpromazina ou enquanto agente usado na apendicectomia ou como sedante no pós-operatório. Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2452”, in: Caixa 348, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

A papeleta 649<sup>1</sup> diz respeito a um homem de 40 anos de Tomar, pedreiro. Dá entrada a 18 de fevereiro de 1956 com o diagnóstico de encefalopatia hipotensiva no serviço de Medicina, sendo que o diagnóstico final é o de psicose (embora não exista indicação de o doente ter passado pela psiquiatria). É tratado com Largactil (sem indicação de quantidade, posologia ou forma farmacêutica), tendo alta a 31 de março de 1956 com a indicação de melhorado. O médico é o Dr. José Hernâni Coelho Silveirinha.

Outro caso diz respeito à papeleta 1284<sup>2</sup>. A doente, uma mulher de 61 anos, operária fabril de Manteigas, dá entrada com o diagnóstico de papeira, através do serviço de contagiosas a 7 de abril de 1956. A 30 de abril de 1956 é transferida para a psiquiatria com a indicação de ansiedade, sendo tratada com Largactil e tendo alta assinada por Correia de Oliveira a 2 de junho de 1956.

As restantes papeletas em que se encontra o uso de neuroplégicos não têm diagnóstico psiquiátrico.

Existem vários casos de tétano em que a clorpromazina é usada, o que de resto está descrito em literatura de modo detalhado<sup>3</sup>.

O tratamento de casos de tétano contempla o uso de uma variedade de fármacos. O protocolo usual nestes tipos de situação passa primeiro pela administração de 400,000 U de soro antitetânico, 200,000 U via endovenosa e outros 200,000 U por via intramuscular. Depois, a medicação passa pelo uso de penicilina cristalizada potássica (1,000,000 U, via intramuscular de 4 em 4 horas), estreptomicina (1 grama diário, via intramuscular), soro salino com dextrose a 10% (1 L, endovenoso, de 12 em 12 horas), prednisolona (12,5 mg no soro, de 12 em 12 horas), clorpromazina (25 mg intramusculares de 12 em 12 horas), prometazina (50 mg intramusculares de 12 em 12 horas), hidrato de cloral (50 mg intramuscular de 12 em 12 horas) e Somniféne e Luminal quando necessário. Normalmente o doente é traqueotomizado após a administração do soro antitetânico, e a medicação é dada por intubação nasogástrica quando aplicável.

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, "Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 649", in: Caixa 346, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, "Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1284", in: Caixa 347, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> Cf. - "A clorpromazina no tétano". *Jornal do Médico*. Vol. XLVII. n.º 1001 (1962), p. 757; Araújo, F.d.C. - "Um caso de intoxicação pela clorpromazina durante o tratamento de um doente com tétano grave". *Ibid.* Vol. XLIX. n.º 1035 pp. 676-679.

A clorpromazina (e a prometazina) são habitualmente usados como agentes sedativos e anticonvulsivos, sendo o Somniféne e o Luminal usados quando a convulsão é muito intensa. Além disso é habitual a dose de clorpromazina ser aumentada para se obter uma sedação mais eficaz, evitando o uso excessivo do hidrato de cloral.

Encontram-se assim um total de 8 casos de tétano agudo, em que clorpromazina é usada.

O doente mais novo diagnosticado com tétano é um menino de 6 anos<sup>1</sup> de Penedono. Dá entrada a 18 de maio de 1956 pela 3ªC.h. A medicação é a habitual nos casos desta doença: soro antitetânico (10,000,000U), penicilina (4,000,000 U), estreptomicina (3 grs), Largactil (3 ampolas), Fenegan (3 ampolas), Somniféne (sem indicação de dose). O doente acaba por falecer a 22 de maio de 1956.

Outro exemplo, o da papeleta 3091<sup>2</sup>. O doente, um homem de 26 anos, pedreiro de Alvaiázere. Dá entrada a 21 de agosto de 1956 pela 2ªC.h. É medicado nesta data com soro antitetânico (4 frascos de 1 000 000 U), penicilina (6,000,000 U), estreptomicina (3 gramas), Somniféne (6 ampolas) e coramina (6 ampolas). A 24 de agosto é medicado com soro antitetânico (20 frascos de 1 0000 U), penicilina (5,000,000 U) Largactil (6 ampolas) e Fenegan (6 ampolas). A 29 de agosto é medicado com penicilina (5 000 000U), Largactil (3 ampolas), Somniféne (3 ampolas) e coramina (6 ampolas). Tem alta a 1 de setembro, com a indicação de curado. Curioso notar que o tratamento está resumido pelo médico que o prescreve (Dr. Albertino Pinho) como “método geral – soro antitetânico e ganglioplégicos”. Mais do que a referência ao uso dos antibióticos, os ganglioplégicos surgem em lugar de destaque no tratamento do tétano agudo<sup>3</sup>.

Dos restantes diagnósticos de tétano onde se encontra referência ao Largactil, dois casos ficam curados, dois falecem, um piora e outro não tem indicação de condição de saída. Apenas um dos casos tem menção legível de médico prescritor, sendo o doutor Silva Feitor.

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1768”, in: Caixa 347, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3091”, in: Caixa 348, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> Embora seguindo uma outra lógica a menção aos ganglioplégicos por parte do médico possa fazer sentido por serem medicamentos ainda em processo de introdução de uso clínico e fáceis de não serem incorporados no método geral de tratamento por desconhecimento da novidade.



Os restantes casos de emprego de neuroplégicos vão de encontro ao que se expôs em capítulo anterior – a clorpromazina é usada numa variedade de condições que não são de índole psiquiátrica.

Quatro casos dizem respeito a fraturas e traumatismos cranianos. Já se conhece o uso do Largactil em casos de hibernação prolongada para cirurgias, mas sem indicação de cirurgia explícita, a utilização da clorpromazina neste contexto não deixa de ser surpreendente, pelo menos tendo em conta as discussões em Portugal à volta do tema dos novos fármacos. Mostra, no entanto, que os clínicos portugueses estão atentos ao que se passa no estrangeiro – apesar de em Portugal não se encontrar literatura referente ao tema do uso de clorpromazina em ortopedia, alguns autores estrangeiros discutem a utilidade do Largactil em traumatismos cranianos.

Particularmente, a clorpromazina parece ser útil nestes casos pelo seu efeito sedativo e antiemético, tornando-se uma mais-valia quando se trata de traumatismo causados por alcoolismo.

Atente-se num caso descrito em 1955 por médicos norte-americanos:

“Case 1. - A 49-year-old man with a history of chronic alcoholism was admitted to the hospital because of an episode of unconsciousness and stupor resulting from trauma to the left temporal region. For 12 days prior to the admission he had been drinking heavily.

The patient was disoriented, hyperactive, and belligerent and resisted attempts at examination. He was given 50 mg. of chlorpromazine intravenously, and within 20 minutes physical examination as well as lumbar puncture were performed without resistance. (...). The administration of chlorpromazine in this case permitted necessary diagnostic studies and made the patient more easily managed”<sup>1</sup>.

A clorpromazina é assim usada em casos de fraturas, muito especialmente no contexto de doentes alcoólicos, como comprova a experiência internacional. Nestes casos o interesse da sua utilização prende-se com o efeito de sedar o doente e permitir efetuar

---

<sup>1</sup> Shea, J.G.; Alman, R.W. e Fazekas, J.F. - "The use of chlorpromazine in the management of patients with head injury". *AMA*. Vol. 96. n.º 2 (1955), p. 168.

diferentes exames de diagnóstico que de outro modo encontrariam resistência por parte do doente.

Parece possível que os clínicos portugueses usem o Largactil em casos de traumatismos cranianos exatamente por este motivo. O alcoolismo é um dos maiores problemas de saúde mental de Portugal por volta desta década, e é válido supor que estes traumatismos correspondam a casos de agitação de doentes que necessitam de ser acalmados para proporcionar ao médico um tratamento e diagnóstico eficaz.

Atente-se no caso da papeleta 3452<sup>1</sup>. O doente, um homem de 56 anos, negociante de profissão e de Miranda do Corvo, dá entrada a 12 de setembro de 1956 com o diagnóstico de fratura fechada do crânio da região parietal esquerda.

A 15 de setembro é medicado com Largactil (3 ampolas), penicilina (5,000,000U) e Simpatol<sup>2</sup> (sem indicação de forma farmacêutica ou posologia). A 17 de setembro é medicado com estreptomicina 83 grama). A 19 de setembro é medicado novamente com Largactil (4 ampolas), penicilina (5,000,000 U), Fenegan (4 comprimidos) e Simpatol (sem indicação de forma farmacêutica ou posologia). A 22 de setembro é medicado com penicilina (5,000,000) e estreptomicina (3 gramas). Tem alta a 24 de setembro de 1956, com a indicação de “em vias de cura”. Consegue-se identificar o médico prescritor neste caso, sendo o Dr. João Perestrelo de Alarcão e Silva<sup>3</sup>, chefe dos serviços de ortopedia.

Os restantes casos de traumatismos, todos eles cranianos, dizem respeito a homens, entre os 44 e os 70 anos de idade, com a única indicação de administração de Largactil e sem outra referência. Todos eles têm a indicação de saída de melhorado, tendo sido vistos na 4<sup>o</sup>C.h.

O uso de Largactil em contexto de alcoolismo encontra-se ainda descrito noutra papeleta<sup>4</sup>, mas neste caso o episódio que motiva o doente ao hospital é uma lipotimia. O doente, um homem de 41 anos de Coimbra dá entrada a 5 de novembro de 1955 e é-lhe

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3452”, in: Caixa 348, Fundo Universitário, 3<sup>o</sup> Secção, 4<sup>o</sup> Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Simpatol corresponde ao tartarato de p-metilaminoetanolfenol. É usado em estados infecciosos caracterizados por debilidades da circulação. É ainda utilizado em astenia e em convalescença.

<sup>3</sup> João Perestrelo de Alarcão e Silva (1900-1975), licenciado em Medicina em 1924. É 2<sup>o</sup> assistente de Clínica e Policlínica cirúrgica entre 1925 e 1936. É preparador do laboratório da Clínica Cirúrgica (1926-1933) e chefe dos serviços de laboratório de ortopedia (1933-1970).

<sup>4</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3825”, in: Caixa 344, Fundo Universitário, 3<sup>o</sup> Secção, 4<sup>o</sup> Piso (Coimbra).

receitado Largactil (4 ampolas) e 250 ml de vinho do porto na 2º Medicina. Acaba por falecer 4 dias depois.

O Largactil é também o medicamento de eleição em dois casos de piodermite<sup>1</sup> (muito possivelmente devido ao seu efeito anti-histamínico), sendo que as duas mulheres diagnosticadas, possivelmente mãe e filha (dão entrada no mesmo dia, a 4 de agosto de 1956 e têm a mesma morada) são medicadas com 10 comprimidos de Largactil no serviço de dermatologia. No entanto, existe a indicação de que ambas recusam o tratamento e têm alta a 31 de agosto do mesmo ano e no mesmo estado.

Existe também a referência à utilização do neuroplégico Largactil num caso de retenção urinária por calculose vesical<sup>2</sup>, sendo o doente internado na Urologia no dia a seguir à entrada pelo serviço de urgência a 7 de julho de 1956. É-lhe administrado o medicamento na dose de 3 ampolas de 0,025 gramas em conjunto com antibióticos, acabando por falecer dois dias depois. O uso de Largactil neste caso pode dever-se a um controlo de vómitos (é sabido que o cálculo renal pode provocar alterações a este nível) ou para controlo da agitação.

Note-se também o uso da clorpormazina em dois casos com o diagnóstico de hematémeses<sup>3</sup> e melenas (em 1956), embora em ambos os casos as papeletas correspondentes<sup>4</sup> estejam em muito mau estado e não é possível concluir nenhuma medicação concomitante ou estado de saída. Supõe-se que neste contexto o uso de Largactil se relacione com o seu efeito antiemético. A mesma conclusão pode ser extrapolada para a indicação de clorpormazina num caso de úlcera péptica (também em 1956) encontrada noutra papeleta<sup>5</sup> (neste caso, o médico prescriptor, Dr. Rocha Pita indica para tratamento 12 comprimidos de Largactil e um conjunto de vitaminas – o doente sai curado).

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2956 e 2957”, in: Caixa 348, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3304”, in: Caixa 348, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>3</sup> Vómito com sangue.

<sup>4</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 816 e 3124”, in: Caixa 348, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>5</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2344”, in: Caixa 348, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

Outros casos de emprego de Largactil incluem uma doente<sup>1</sup> com o diagnóstico de hipertiroidismo<sup>2</sup>, muito possivelmente como forma de atenuar os efeitos de hiperexcitabilidade associada à tiroide desregulada e um caso de infeção das trompas de Falópio<sup>3</sup> muito provavelmente como forma de controlar vômitos<sup>4</sup>.

Encontra-se ainda um caso de tuberculose pulmonar em que concomitantemente ao uso de antibióticos se usa clorpromazina<sup>5</sup>.

Na literatura estrangeira surgem inúmeros relatos de que a clorpromazina pode ajudar na recuperação de doentes com tuberculose. Geiger e Finkelshtein referem que:

“Largactil (Chlorpromazine) has been used in psychiatric and surgical practice. This paper reports its use in a chronic schizophrenic patient who also suffered from pulmonary tuberculosis. The patient had been treated for some time by artificial pneumothorax, and he had a stationary lesion in the left lung. In November 1953 there was found to be a spread of the disease to the right lung with infiltration and cavitation. This followed treatment with insulin in a mental hospital. He was now treated with Largactil, and between November 1953 and March 1954 not only did his mental state improve greatly but the infiltration and cavitation in the right lung disappeared. (...) Largactil has a sympatholytic effect, and according to the authors it should therefore stimulate resistance to infection, antibody formation and fibrotic reaction around a tuberculous focus. They

---

<sup>1</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 649”, in: Caixa 346, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>2</sup> Na literatura estrangeira encontram-se casos de utilização do medicamento para o tratamento de hipertiroidismo com a função de frenar a excitabilidade provocada pela condição patológica, embora estes sejam feitos em animais. Cf. George, R. e Lomax, P. - "The effects of morphine, chlorpromazine and reserpine on pituitary-thyroid activity in rats". *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. Vol. 150. n.º 1 (1965), pp. 129-134.

<sup>3</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 3228”, in: Caixa 348, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>4</sup> Na literatura estrangeira encontram-se usos de Largactil numa variedade de infeções como forma de controlar vômitos associados às mesmas. Cf. Mover, J.H.; Kent, B.; Knight, R.W. et al. - "Clínical studies of an anti-emetic agent, chlorpromazine". *American Journal of Medical Sciences*. Vol. 228. n.º 2 (1954), pp. 174-189.

<sup>5</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1195”, in: Caixa 348, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

believe that this is the first trial of Largactil in the treatment of tuberculosis, and they call for an extensive trial of the drug"<sup>1</sup>.

Ou seja, inicialmente notam-se melhoras significativas da tuberculose em doentes com diagnósticos psiquiátricos a serem tratados com clorpromazina. Quando se começam a fazer as primeiras investigações sobre a validade da utilização da clopromazina em doentes tuberculosos e sem patologia mental, parte-se da suposição de que o antipsicótico possui alguma capacidade microbicida – os estudos feitos no estrangeiro na altura apontam esta mesma hipótese<sup>2</sup>. No entanto, esta premissa não parece validar-se – apesar de alguns casos de melhorias significativas, de um modo geral a clorpromazina não prova ser um agente com um potencial antituberculostático. Não deixa, no entanto, de ser nota de menção o uso do Largactil em tuberculose em Portugal, embora não se consiga retirar muito mais informação da respetiva papeleta, que data de 1956. O doente, um homem de 32 anos, não tem nenhuma indicação de diagnóstico psiquiátrico concomitante, pelo que não se sabe se a clorpromazina é indicada como forma de tratamento para uma doença mental subjacente ou como auxiliar da antibioterapia. Não existe indicação do estado do doente aquando da saída, nem de médico prescritor, tendo o doente alta quase dois meses depois da data de internamento, em serviço que não se consegue identificar.

Por fim, assinale-se ainda o uso de Serpasil (reserpina) num homem de 68 anos com o diagnóstico de adenoma da próstata<sup>3</sup>. Esta indicação encontra fundamento em alguma bibliografia estrangeira, nomeadamente através das ações da reserpina no sistema simpático humano<sup>4</sup>. O doente, admitido a 15 de maio de 1956 tem a prescrição de 20 comprimidos do medicamento em conjunto com a indicação de raio X do trânsito intestinal e de 3 ampolas de citrato de sódio. Tem alta a 9 de agosto de 1956 no mesmo estado.

---

<sup>1</sup> Geiger, H. e Finkelstein, B. - "Largactil (Chlorpromazine) in the Treatment of Tuberculosis". *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. Vol. 84. n.º 37 (1954), p. 1063.

<sup>2</sup> Cf. Hollister, L.E.; Eikenberry, D.T. e S. Raffel - "Chlorpromazine in Nonpsychotic Patients with Pulmonary Tuberculosis 1". *American Review of Respiratory Disease*. Vol. 81. n.º 4 (1960), pp. 562-566; Pleasure, H. - "Chlorpromazine (thorazine) for mental illness in the presence of pulmonary tuberculosis". *Psychiatric Quarterly*. Vol. 30. n.º 1-4 (1956), pp. 23-30; Raffel, S.; Kochan, I.; Poland, N. et al. - "The Action of Chlorpromazine upon Mycobacterium Tuberculosis 1, 2". *American Review of Respiratory Disease*. Vol. 81. n.º 4 (1960), pp. 555-561.

<sup>3</sup> Arquivo da Universidade de Coimbra, "Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1713", in: Caixa 348, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

<sup>4</sup> Cf. Harris, R. - "Effects of oral sex hormones and reserpine in elderly men". *Journal of the American Geriatric Society*. Vol. 6. n.º 4 (1958), pp. 297-305; Muscholl, E. e Vogt, M: - "The action of reserpine on the peripheral sympathetic system". *Journal of Physiology*. Vol. 141. n.º 1 (1958), p. 132.

## CONCLUSÕES

A descoberta da clorpromazina e o aparecimento de toda uma moderna disciplina, a psicofarmacologia, deve ser entendida como um processo que por si só não se espelha na cura de uma doença (embora, de certa forma, o seja também), mas antes se revela como um conjunto de transformações e diálogos que se sucedem e que culminam em novas questões no grande esquema da psiquiatria.

Os laboratórios franceses Rhône-Poulenc e a equipa de Paul Charpentier podem ser considerados como os catalisadores da descoberta da clorpromazina em 1952, no entanto os papéis essenciais de personalidades como Laborit, Delay ou Deniker impedem que a descoberta desta molécula única assente nos ombros de uma pessoa ou instituição específica. Não se pode igualmente esquecer o enorme papel que um conjunto de circunstâncias específicas joga a favor da descoberta dos novos neurolépticos – as guerras mundiais, os anti-histamínicos, as observações casuais de mentes curiosas. O mesmo acontece com a descoberta dos novos antidepressivos – são medicamentos que surgem por empirismo certo, fruto de uma serendipidade feliz que permite observar efeitos secundários que se transformam em indicações principais.

A descoberta dos novos fármacos tem particularidades próprias, que devem ser entendidas recorrendo à etiopatogenia das doenças mentais - são desconhecidas, são entidades que dentro do campo da doença humana se distinguem como únicas, uma vez que acometem aquilo que distingue o homem do animal, a “alma”. O papel da psiquiatria é assim diferente do de outros especialistas, uma vez que há a necessidade de um mediador para com o doente, alguém que perceba e que oriente o estado de espírito e que se transforme ele próprio num agente de cura.

De um modo geral, os novos medicamentos são rapidamente recebidos em Portugal e a comunidade médica nacional revela-se entusiasmada com as novas possibilidades terapêuticas que se materializam. O entusiasmo é no entanto contido e zeloso. As doenças mentais envolvem o mais profundo aspeto do homem e distinguem-se de forma clara de uma patologia orgânica pura, de um acometimento da “carne”. Neste caso não se sabe bem onde está o “defeito” ou o que fazer para o suprimir. Sabe-se que até este ponto existem terapias somáticas que se têm revelado de modo mais ou menos eficaz, embora as premissas da sua utilização encontrem fundamento numa prática

entranhada e empírica e não num mecanismo óbvio de ação. A clorpromazina (e os restantes antipsicóticos) vêm alterar este estado de coisas e uma das primeiras consequências é uma remodelação do papel do médico com o doente psiquiátrico. A clorpromazina torna-se inicialmente um auxiliar clínico, um modo de suavizar o doente e torná-lo mais recetivo à ação médica. O medicamento atua assim num ponto essencial que permite que o doente fique de certa forma domado e seja mais fácil de intervir. O facto de nos primeiros anos de utilização a clorpromazina ser encarada de forma acessória, ou seja, é usada como complemento dos eletrochoques ou da insulina ou preterida por estes métodos elucida outro aspeto essencial *do modus operandi* da classe psiquiátrica portuguesa – o da precaução. No entanto não se deve entender que o surgimento dos novos medicamentos (e a ênfase é dada na clorpromazina, de longe o neuroléptico mais referido pelos clínicos portugueses nesta fase embrionária) é olhado pela classe médica portuguesa de forma ligeira. A valorização do medicamento é indubitável, com os clínicos a mostrarem apreço e interesse pela substância. As discussões sobre os efeitos do novo medicamento multiplicam-se, as idas a congressos de especialidade são muitas, mas o discurso dos médicos nacionais segue uma linha dogmática de utilidade do novo medicamento pautada por uma cautela saudável. O novo fármaco tem um caminho longo de afirmação, com aspetos de discussão múltiplos – onde atua? Como atua? O que provoca no Homem-Doente? Como encara o doente o medicamento? Como deve o psiquiatra proceder agora que existe uma “pílula mágica”? As questões são mais importantes do que as respostas.

As preocupações sobre estas perguntas estão espelhadas nas discussões e nos artigos de opinião da altura. A ideia central é a de que o medicamento é claramente um avanço importante, mas existe o perigo de se proceder a um automatismo de medicalização sem controlo do estado subsequente do doente, uma linha de montagem em que se esquece a faceta total do homem e existe um mero ato prescritor. Encontra-se aliada a esta questão o medo sobre o real efeito dos novos medicamentos no homem, na possível anulação de algo que lhe é inato, da sua própria essência. O que interessa é, portanto, uma reafirmação da importância do psiquiatra e não a sua secundarização. Por outro lado, o próprio psiquiatra deve agora reformular velhos papéis e atualizar-se perante as mudanças que estão a ocorrer. Quer-se a formação integrada de novos profissionais, atentos às evoluções que tomam lugar e pedem-se equipas multidisciplinares orientadas para os novos desafios. Propõem-se novas teorias que englobam conhecimentos já

adquiridos com outros que vão sendo processados e ressalta aqui o papel essencial de Barahona Fernandes e da sua “transferência vital” como método essencial e regulador de atitudes médicas.

O processo de abandono das terapias somáticas e de fármacos sintomáticos, como a morfina, não se dá de forma imediata. Pelo contrário, a tendência é a sua manutenção ao longo da década de 50, numa simbiose de velhos e novos tratamentos. Eventualmente, na década de 60 e 70, o aparecimento de novos fármacos antipsicóticos (nomeadamente os antipsicóticos atípicos) e antidepressivos mais potentes, mais eficazes e com menos efeitos secundários aliado ao maior conhecimento médico das patologias em causa bem como uma experiência adquirida ao longo das últimas décadas dita um abandono progressivo das terapias biológicas.

Novas questões remetem de forma clara para a própria doença mental e para o papel fulcral que os novos medicamentos trazem no esclarecimento de uma etiopatogenia. A descoberta de novos neurotransmissores, as mudanças que os recentes fármacos provocam em correntes de substâncias químicas que percorrem o cérebro e o corpo permitem que pela primeira vez na história da psiquiatria exista algo tangível de explicação científica para as causas das doenças mentais. O que isto traz de novo, além das evidentes consequências nas linhas clínicas e de estudo, é uma nova conceptualização da doença mental e do próprio doente, contribuindo para uma anulação de estigma.

Por sua vez, as novas teorias causais revolucionam os ensaios clínicos e o modo como as novas substâncias devem ser experimentadas e testadas em termos de efeitos potenciais no indivíduo, nascendo assim a experimentação humana. A pesquisa industrial de novos fármacos neurolépticos e antidepressivos materializa-se com a síntese de inúmeros derivados que ou acrescentam novos efeitos desejáveis ou eliminam os indesejáveis, e as classes médicas e industriais lançam-se em publicações e ensaios com novos fármacos. Assinale-se a este propósito a importância do aparecimento da clozapina no início dos anos 70, o primeiro antipsicótico atípico, que vem debelar vários dos efeitos indesejáveis associados aos primeiros neurolépticos. Note-se ainda a emergência dos antidepressivos da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina, como a fluoxetina ou a sertralina, que se constituem na atualidade como os fármacos mais prescritos dentro da família dos antidepressivos.

De uma forma mais geral a própria sociedade portuguesa adapta-se (ou tenta adaptar-se) a novas premissas. A saúde mental é discutida de forma acesa, surgem



questões da higiene mental do povo, do trabalho, da criança e do velho. A noção de cronicidade da doença mental é de alguma forma já estabelecida, mas surge consolidada a certeza de que ninguém está imune a padecer de tal mal. Será paradoxal observar que é com o surgimento de medicamentos para as doenças mentais que a saúde passa de uma perspectiva curativa para uma preventiva, mas é exatamente isso que acontece. Os médicos nacionais alertam para a necessidade de proteger as populações de risco, nomeadamente as urbanas, para os riscos de uma industrialização crescente, de novos papéis de trabalho e familiares, que em conjunto desestabilizam a homeostasia interna do organismo humano e provocam desequilíbrio. Os medicamentos são assim agentes catalisadores de uma nova noção de medicina preventiva que procura o melhoramento do homem, uma rigidez moral que por si só será responsável pela manutenção de uma saúde mental. Discutem-se por esta altura noções de hereditariedade da doença mental, eugenia dos povos e sobretudo saúde mental – como a obter, de que modo a sociedade influencia o bem-estar humano e pessoal, de que maneira o homem atinge um equilíbrio vital.

O papel da psiquiatria sai reforçado, encontrando uma efetivação dentro de um arsenal de medicamentos – quer-se que a psiquiatria faça parte de uma medicina geral, exige-se uma ligação desta especialidade ao cômputo global da medicina porventura mais “credível”. Surgem assim os primeiros projetos de psiquiatria de setor e de ligação em Portugal. A necessidade de leis atuais e de infraestruturas adequadas tem um bom início, pelo menos teoricamente. A lei Flores, de 1945, é assumida como uma lei moderna, capaz de competir com o que de melhor se faz internacionalmente. Infelizmente, na prática, as deficiências são notórias, com falta de médicos especialistas, de hospitais, de dispensários ou de centros especializados em saúde mental infantil. O problema do alcoolismo em Portugal percorre as décadas de 50, 60 e 70, tornando-se um polo de atenção por parte dos “higienistas da mente”.

A receção dos medicamentos que se seguem à clorpromazina é assumidamente mais natural – a discussão iniciada pelo primeiro neuroléptico permite que assim o seja. A reserpina (1954) consolida o papel da clorpromazina pois permite que a discussão à volta da psicofarmacologia se mantenha ao mesmo tempo que elucida mecanismos de ação sobre neurotransmissores. No entanto, o fármaco tem vida curta, face aos perigosos efeitos secundários que implica. O haloperidol (1958) é entendido como um poderoso aliado para o tratamento dos doentes mentais, nomeadamente nas enfermarias. Os novos antidepressivos, a imipramina e a iproniazida (no final dos anos 50 e início dos 60), são

encarados como uma evolução natural dos antipsicóticos, e o cerne da questão desdobra-se mais em premissas de natureza neuro-química-biológica e de diagnóstico do que em verdadeiras revoluções que possam transmutar a face de uma especialidade médica. O seu valor é reconhecido pelos médicos portugueses, que os consideram de importância enorme. Mas o que continua central em cada uma destas situações é a necessidade imperiosa de ter um médico psiquiatra a acompanhar o tratamento e o doente bem como o estabelecimento basilar de que a doença psiquiátrica merece um estudo cuidado e à parte de outras maleitas. De qualquer modo, observa-se que os tratamentos somáticos, com especial destaque para os eletrochoques assumem durante a década de 50 e 60 um papel essencial no tratamento das depressões sendo os novos medicamentos experimentados quase sempre em associação ou por comparação com a eficácia destes.

Outra questão que se torna urgente com a chegada dos novos medicamentos é a de esclarecer a nosologia psiquiátrica. A opinião geral da comunidade médica portuguesa reflete de certo modo o que se observa a nível internacional – confusão. Várias escolas de pensamento, coletivas ou individuais, contribuem para uma nosologia diversa e para uma regionalização de categorizações exclusivas. Os novos medicamentos exigem que haja uma linguagem universal ao mesmo tempo que permitem agrupar doenças por respostas terapêuticas. Assim, assiste-se ao nascimento e atualização dos grandes manuais de diagnósticos psiquiátricos, os quais são rapidamente imiscuídos na prática médica portuguesa.

A investigação conduzida no Arquivo da Universidade de Coimbra permite um enquadramento real do que é discutido pelos clínicos portugueses da altura. Estabeleceu-se uma barreira temporal de uma década (1949-1959), para avaliar o uso de fármacos neurolépticos e as patologias associadas, entre outros dados – nomeadamente o que acontece às terapias somáticas ao longo da década de 50.

Algumas conclusões são imediatamente aparentes sobre o uso de neuroplégicos durante a década de 50 nos HUC. Não existe um abandono das terapias somáticas com o advento da psicofarmacologia, pelo menos de forma imediata. As terapias físicas, muito especialmente o eletrochoque, são usadas como tratamento preferencial, mesmo depois da clorpromazina ter aparecido em cena. Isto é notório. Se analisarmos os diagnósticos exclusivamente psiquiátricos a partir da data da primeira papeleta com prescrição de clorpromazina, os eletrochoques ultrapassam largamente o uso do novo fármaco. Assim, a certeza de que as terapias somáticas em geral e a terapia electroconvulsiva em particular

mantêm o seu valor é indiscutível. Esta noção está aliás de acordo com o que a comunidade médica portuguesa escreve na altura. Eventualmente, e com a descoberta e a utilização de mais fármacos neuroplégicos e antidepressivos, a psicofarmacologia ganha o seu lugar de destaque na psiquiatria portuguesa, mas isto não acontece durante a década de 50, pelo menos nos HUC – uma pesquisa em arquivos da década de 60 e 70 seria interessante para demonstrar quando se dá a verdadeira emancipação da psicofarmacologia nestes hospitais.

Não quer dizer, no entanto, que os clínicos portugueses recusem a utilização do novo medicamento – pelo contrário, existem provas de que a classe médica, e não só psiquiátrica, está a par dos novos medicamentos. Qual o lugar da clorpromazina nas especialidades médicas? O Largactil quando surge no mercado e é utilizado pelos médicos, é um medicamento claramente em experimentação, usado para vários fins. O afunilamento do seu uso em psiquiatria é gradual e um pouco na lógica de teste. Começa a ser usado na hibernação artificial, depois alarga o seu espectro de ação por outras especialidades. O que parece evidente é que a clorpromazina é usada por um número elevado de especialidades, na tentativa de se demarcar onde os seus efeitos são mais notórios – apenas nesta amostra de casos temos o uso da clorpromazina em especialidades como a dermatologia, cirurgia, urologia ou infeciologia e em patologias tão díspares como traumatismos cranianos ou cálculos renais. Parece igualmente ser usada com várias finalidades: antiemético, sedante, ansiolítico, calmante, antipruriginoso... Isto indica claramente que os médicos estão atentos à literatura que se produz sobre as diferentes aplicações da clorpromazina e que não têm medo em experimentar o novo medicamento.

Acontece que o estabelecimento da sua indicação principal se concretiza na psiquiatria, mas ao mesmo tempo note-se que este processo leva o seu tempo. Pode-se perguntar o porquê de um uso tão limitado dos novos agentes em psiquiatria (a reserpina por exemplo é usada unicamente num diagnóstico psiquiátrico). O motivo não deverá ser a falta de informação. Consultando o processo do diretor da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Correia de Oliveira, encontra-se menção ao facto do médico ter solicitado autorização para se ausentar do país em visita a congressos internacionais de psiquiatria e a clínicas psiquiátricas estrangeiras. Isto acontece pelo menos em 1949, onde o médico se ausenta de Portugal para visitar a América do Norte e vários países europeus, deslocando-se a clínicas especializadas em psiquiatria. Em 1951, é equiparado a bolseiro e parte em “viagem de estudo” para vários países europeus. Em

1957, pede autorização para se ausentar do país por forma a tomar parte no Congresso Internacional de Psiquiatria de Zurique e para visitar clínicas psiquiátricas e neurológicas em Espanha, França e Suíça. O Congresso de Zurique é um dos pontos-chave de partilha de conhecimentos psiquiátricos nesta década, nomeadamente sobre as novas substâncias. Não é só Correia de Oliveira que está presente. Outros médicos portugueses, das escolas de Coimbra, Porto e Lisboa marcam presença, como nota Barahona Fernandes<sup>1</sup>. Um dos principais temas de discussão neste congresso é exatamente a psicofarmacologia, e as novas substâncias psicotrópicas, como a clorpromazina e a reserpina. Portanto Correia de Oliveira detém a informação crucial sobre a emergente psicofarmacologia. Então porquê a aparente relutância em usar a clorpromazina e reserpina? E esta realidade estará confinada aos HUC ou será uma tendência geral de hospitais gerais? O que se passa nos hospitais psiquiátricos, como o Sobral Cid? Será interessante perceber se o que se observa nestes hospitais é uma tendência regional ou se, a nível nacional se constata o mesmo panorama. Da mesma forma, será premente identificar quais as diferenças que se encontram entre um hospital geral e um hospital psiquiátrico. No projeto inicial desta tese, planeava-se analisar o arquivo do Hospital Sobral Cid como objeto de comparação com os HUC. Tal não foi possível, por não aprovação da comissão de ética do hospital psiquiátrico, mas este tema pode ser uma linha de investigação para projetos futuros. O alargamento da pesquisa no Arquivo da Universidade de Coimbra para o início da década de 70 é outra linha que pode ser sugerida, permitindo averiguar em que altura se dá o verdadeiro domínio da clorpromazina sobre as terapias somáticas, nomeadamente os eletrochoques e de que forma os antidepressivos influenciam os padrões de tratamento da altura.

Os anos 50 não são a década em que a clorpromazina se estabelece de modo radical e obscurece o uso de terapias físicas. É antes a década em que os neuroplégicos estão a ser usados em várias “frentes de batalha”, onde se dá a experimentação clínica e prática do seu uso e onde se estabelecem fronteiras de utilidade. É a década em que na psiquiatria a clorpromazina começa a ser ensaiada em alguns casos, testada em conjunto com terapias somáticas e aparentemente valorizada sobretudo pelo seu perfil de sedação.

Eventualmente, a clorpromazina, ou mais especificamente, a revolução psicofarmacológica que aparece como consequência desta descoberta, dominarão o

---

<sup>1</sup> Cf. Fernandes, B. - "A participação portuguesa no II Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), pp. 13-30.

panorama psiquiátrico nacional.

## **CRONOLOGIA**

- 1835** – Criação da Sociedade Farmacêutica Lusitana.
- 1848** – Fundação do Hospital de Rilhafoles (Lisboa).
- 1874** – Nascimento de António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz.
- 1876** – Nascimento de José Luís Rodrigues Cebola Jr.
- 1877** – Nascimento de Elysio de Azevedo e Moura.
- 1883** – Fundação do Hospital Conde de Ferreira (Porto).
- 1893** – Fundação da Casa de Saúde do Telhal – Ordem Hospitaleira de S. João de Deus (Sintra). O primeiro diretor desta instituição é Luís Cebola.
- 1894** – Fundação da Casa de Saúde de Idanha – Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (Sintra).
- 1898** – Fundação da Associação dos Médicos Portugueses.
- 1906** – Nascimento de Diogo Furtado.
- 1907** – Nascimento de Henrique João de Barahona Fernandes.
- 1911** - Criação de cadeiras de psiquiatria em Lisboa, Porto e Coimbra.
- 1917** – Wagner von Jauregg introduz a malarioterapia para o tratamento da paralisia geral.
- 1922** – Nascimento de João Manuel Fragoso Mendes.
- 1928** – Descoberta da penicilina por Alexander Fleming.
- 1933** – Manfred Sackel desenvolve a insulino-terapia para o tratamento de esquizofrenia e outros distúrbios mentais.
- 1935** – Ladislau von Meduna publica os primeiros resultados com a terapia por choque cardiazólico.
- 1935** – Primeira experiência com a leucotomia pré-frontal, por Egas Moniz e Almeida Lima.
- 1938** – Ugo Cerletti desenvolve um método de provocar convulsões através da eletricidade: nasce a terapia electroconvulsiva.  
A Associação dos Médicos Portugueses dá lugar à Ordem dos Médicos. O primeiro Bastonário da Ordem dos Médicos é Elysio de Azevedo e Moura.
- 1939** – Fim da Segunda Guerra Mundial.
- 1940** – Criação da Comissão Reguladora de Produtos Químicos e Farmacêuticos.
- 1942** – Inauguração do Hospital Júlio de Matos (Lisboa)
- 1945** – Criação do primeiro Centro de Assistência Psiquiátrica em Portugal, cujo diretor é Fernando Ilharco.  
Termina a Segunda Guerra Mundial.
- 1946** – Inauguração do Hospital Sobral Cid (Coimbra).
- 1948** – Declaração Universal dos Direitos do Homem.  
Publicação do ICD-6.
- 1949** – Aprovação dos estatutos da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria. O

presidente é António Flores e o vice-presidente é Almeida Lima.  
Prémio Nobel da Medicina ou Fisiologia é atribuído a Egas Moniz.

- 1952** – Comercialização do primeiro antipsicótico, a clorpromazina (Largactil).  
Publicação do DSM-1.
- 1954** – Primeiros resultados publicados sobre uma nova substância antipsicótica, a reserpina.  
Comercialização do Largactil em Portugal através dos laboratórios Vitória, por importação de França.
- 1955** – Falecimento de António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz
- 1957** – Nathan Kline refere o efeito antidepressivo da iproniazida em doentes psiquiátricos. Roland Khun relata o uso de imipramina para o tratamento da depressão.
- 1958** – Síntese do haloperidol, nos Laboratórios Janssen, Bélgica.
- 1960** – Comercialização do primeiro ansiolítico, o clordiazepóxido.
- 1961** – Descoberta da amitriptilina.
- 1962** – Inauguração do Hospital Magalhães Lemos.
- 1964** – Descoberta do diazepam.  
Falecimento de Diogo Furtado.  
Elaboração da Declaração de Helsínquia.
- 1967** – Falecimento de José Luís Rodrigues Cebola Jr.
- 1972** – Lançamento do primeiro antipsicótico atípico, a clozapina.  
Com origem na Sociedade Farmacêutica Lusitana surge a Ordem dos Farmacêuticos.
- 1974** – Primeira publicação sobre a fluoxetina, que nas duas décadas seguintes se tornará o antidepressivo mais prescrito do mundo.
- 1977** – Falecimento de Elysio de Azevedo e Moura.
- 1979** – Após discussões de alteração de estatutos que começa em 1971, ocorre a separação da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria em duas Sociedades independentes, a de Neurologia e a de Psiquiatria. O primeiro presidente da Sociedade Portuguesa de Neurologia é João Lobo Antunes.
- 1981** – (?) Falecimento de João Manuel Fragoso Mendes.
- 1989** - A Sociedade Portuguesa de Psiquiatria passa a designar-se Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.
- 1992** – Falecimento de Henrique João de Barahona Fernandes

## **FONTES E BIBLIOGRAFIA**



## **Arquivos e bibliotecas consultados**

Arquivo da Universidade de Coimbra

Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra

Biblioteca Municipal de Coimbra

Biblioteca Nacional de Portugal

Biblioteca do Pólo das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra

Biblioteca Seabra-Dinis

Centro de Documentação Farmacêutica da Ordem dos Farmacêuticos

## **Fontes e bibliografia**

### **1. Fontes manuscritas, policopiadas e imagens**

#### **1.1) Arquivo da Universidade de Coimbra**

Papeletas de doentes internados nos Hospitais da Universidade de Coimbra –  
Caixas (4º Piso, 3ª Seção, Fundo Universitário):

- caixa 304. FD : Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: papeletas de doentes internados. Ano 1949/1950. Mês dezembro/janeiro. Antigo Volume nº 187/188. Cota AUC - V -2ºD;
- Caixa 305. FD Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: papeletas de doentes internados. Ano 1950. Mês: fevereiro/março. Antigo Volume nº 188/189. Cota AUC - V-2ºD;
- caixa 306. FD Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1950. Mês: março/abril. Antigo Volume nº 189. Cota AUC - V-2ºD;
- Caixa 307. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. Sr: Papeletas de doentes internados. Ano 1950. Mês: maio/junho. Antigo Volume nº 190. Cota AUC - V- 2ºD;

- Caixa 308.FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. Sr: Papeletas de doentes internados. Ano 1950. Mês: julho/agosto. Antigo Volume nº 191. Cota AUC - V- 2ºD;
- Caixa 309. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. Sr: Papeletas de doentes internados. Ano 1950. Mês: setembro/outubro. Antigo Volume nº 192. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 310. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. Sr: Papeletas de doentes internados. Ano 1950. Mês: novembro/dezembro. Antigo Volume nº 193. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 311. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1951. Mês: janeiro/fevereiro. Antigo Volume nº 194. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 312. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1951. Mês: março/abril. Antigo Volume nº 195. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 313. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1951. Mês: maio/junho. Antigo Volume nº 196. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 314. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1951. Mês: junho/julho. Antigo Volume nº 196/197. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 315. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1951. Mês: agosto/setembro. Antigo Volume nº 197/198. Cota AUC - V – 2ºD;
- Caixa 316. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1951. Mês: outubro/novembro. Antigo Volume nº 198/199. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 317. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1951/1952. Mês: dezembro/Janeiro. Antigo Volume nº 199/200. Cota AUC - V - 2ºD;

- Caixa 318. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1952. Mês: fevereiro/março. Antigo Volume nº 200/201. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 319. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1952. Mês: abril/maio. Antigo Volume nº 201/202. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 320. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1952. Mês: junho/julho. Antigo Volume nº 202/203. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 321. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1952. Mês: agosto/setembro. Antigo Volume nº 203/204. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 322. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1952. Mês: outubro/novembro. Antigo Volume nº 204/205. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 323. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1952. Mês: novembro/dezembro. Antigo Volume nº 205. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 324. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1953. Mês: janeiro/fevereiro. Antigo Volume nº 206. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 325. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1953. Mês: março/abril. Antigo Volume nº 207. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 326. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1953. Mês: maio/junho. Antigo Volume nº 208. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 327. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1953. Mês: junho/julho. Antigo Volume nº 208/209. Cota AUC - V - 2ºD;

- Caixa 328. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1953. Mês: agosto/setembro. Antigo Volume nº 209/210. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 329. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1953. Mês: setembro/outubro. Antigo Volume nº 210. Cota AUC - V - 2ºD – (NOTA: esta caixa encontrava-se erradamente catalogada com o número 339);
- Caixa 330. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1953. Mês: novembro/dezembro. Antigo Volume nº 211. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 331. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1953/1954. Mês: dezembro/janeiro. Antigo Volume nº 211/212. Cota A.U.C. - V - 2ºD;
- Caixa 332. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1954. Mês: fevereiro/março. Antigo Volume nº 213/214. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 333. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1954. Mês: março/abril. Antigo Volume nº 215. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 334. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1954. Mês: maio/junho. Antigo Volume nº 216/217. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 335. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1954. Mês: junho/julho. Antigo Volume nº 217/218. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 336. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1954. Mês: agosto/setembro. Antigo Volume nº 219/220. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 337. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1954. Mês: outubro/novembro. Antigo Volume nº 221/222. Cota AUC - V - 2ºD;

- Caixa 338. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1954. Mês: novembro/dezembro. Antigo Volume nº 222/223. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 339. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1955. Mês: janeiro/fevereiro. Antigo Volume nº 224/225. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 340. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1955. Mês: março/abril. Antigo Volume nº 226/227. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 341. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1955. Mês: maio/junho. Antigo Volume nº 228/229. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 342. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1955. Mês: julho/agosto. Antigo Volume nº 230/231. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 343. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1955. Mês: setembro/outubro. Antigo Volume nº 232/233. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 344. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1955. Mês: novembro/dezembro. Antigo Volume nº 234/235. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 345. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1956. Mês: janeiro/fevereiro. Antigo Volume nº 236/237. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 346. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1956. Mês: março/abril. Antigo Volume nº 238/239. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 347. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1956. Mês: maio/junho/julho. Antigo Volume nº 240/241/242. Cota AUC - V - 2ºD;

- Caixa 348. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1956. Mês: agosto/setembro. Antigo Volume nº 243/244. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 349. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1956. Mês: outubro/novembro. Antigo Volume nº 245/246. Cota AUC - V - 2ºD;
- Caixa 350. Arquivo da Universidade de Coimbra. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1956-1957. Mês: dezembro/janeiro/fevereiro. Antigo Volume nº 247/248/249. Cota AUC - V – 2ªD;
- Caixa 355. Arquivo da Universidade de Coimbra. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1957. Mês: novembro/dezembro. Antigo Volume nº 258/259. Cota AUC - V – 2ªD;
- Caixa 360. Arquivo da Universidade de Coimbra. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1958. Mês: setembro/outubro. Antigo Volume nº 268/269. Cota AUC - V – 2ªD;
- Caixa 361. Arquivo da Universidade de Coimbra. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1958. Mês: novembro/dezembro. Antigo Volume nº 270/271. Cota AUC - V – 2ªD;
- Caixa 363. Arquivo da Universidade de Coimbra. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1959. Mês: março/abril. Antigo Volume nº 274/275. Cota AUC - V – 2ªD;
- Caixa 364. Arquivo da Universidade de Coimbra. FD: Hospitais da Universidade de Coimbra. SR: Papeletas de doentes internados. Ano 1959. Mês: maio/junho. Antigo Volume nº 276, 277. Cota AUC - V – 2ªD.

### **a. Processos de médicos**

Oliveira, Dr. José Augusto Correia de  
1 pasta com documentos. Séc. XIX e XX.

D.IV -S.1.ºD – E.7 – T.3

Polónio, Dr. Pedro Carlos do Amaral  
1 pasta com documentos. Séc. XX.

D.IV – S.1.ºD – E.8 – T.2 – N.ª 233

Porto, Dr. João Maria  
1 pasta com documentos. Séc. XIX e XX.

D.IV – S.1.ºD -E.7 -T.5

### **3. Fontes impressas**

#### **2.1. Portuguesas**

##### **2.1.1. Revistas Científicas**

*A Medicina Contemporânea*

*Abboterapia*

*Acção Médica*

*Acta Médica Portuguesa*

*Acta Médica Portuguesa – Ordem dos Médicos*

*Acta Psiquiátrica Portuguesa*

*Actividades Sanitas*

*Actualidades Biológicas*

*Actualidades Ciba*

*Actualidades Clínico Terapêuticas*

*Actualidades e Utilidades Médicas*

*Anais Azevedos*

*Anais da Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical*

*Anais da Faculdade de Farmácia do Porto*

*Anais do Instituto de Medicina Tropical*  
*Anais Portugueses de Psiquiatria*  
*Análise Psicológica*  
*Anuário da Ciência e Tecnologia*  
*Anuário da Universidade de Lisboa*  
*Anuário da Universidade do Porto*  
*Arquivos da Clínica Médica*  
*Arquivos da Universidade de Lisboa*  
*Arquivos de Clínica Médica*  
*Arquivos de História da Medicina Portuguesa*  
*Arquivos de Medicina - revista de ciência e artes médicas*  
*Arquivos de Neurocirurgia de Coimbra*  
*Arquivos do Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental*  
*Arquivos do Instituto de Higiene e Medicina Social da Universidade de Coimbra*  
*Arquivos do Instituto de Patologia Geral da Universidade de Coimbra*  
*Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*  
*Arquivos Portugueses de Cirurgia*  
*Arquivos Portugueses de Psiquiatria*  
*Asclepio*  
*Bibliografia Científica (Medicina)*  
*Bibliografia Farmacêutica (Serviços de Bibliografia Científica do Instituto Pasteur de Lisboa)*  
*Boletim Clínico dos Hospitais Civis de Lisboa*  
*Boletim da ARS de Coimbra*  
*Boletim da Escola de Farmácia*  
*Boletim da Faculdade de Farmácia - Notícias Farmacêuticas*  
*Boletim da Faculdade de Medicina de Lisboa*  
*Boletim da Ordem dos Médicos*  
*Boletim do Grémio Nacional das Farmácias*  
*Boletim do Hospital de S. Marcos*  
*Boletim do Hospital Geral de Santo António - Porto*  
*Boletim do Hospital Pulido Valente*  
*Boletim dos Hospitais da Santa Casa da Misericórdia do Porto*  
*Boletim dos Hospitais da Universidade de Coimbra*



*Boletim dos Serviços de Saúde Pública*  
*Boletim Geral de Medicina*  
*Boletim Informativo da Ordem dos Farmacêuticos*  
*Cadernos Científicos*  
*Ciência Actual*  
*Clínica Contemporânea*  
*Clínica, Higiene e Hidrologia*  
*Coimbra Médica*  
*Eco farmacêutico*  
*Educação Médica*  
*Espaço Médico*  
*Esquemas Clínicos - Laboratórios Vitória*  
*Farmácia Portuguesa*  
*Farmacoterapia Actual*  
*Gazeta Médica Portuguesa*  
*Hexágono Roche*  
*Hospitais Distritais Gerais (Estatísticas)*  
*Hospitais Portugueses*  
*Infarmed - Informação estatística*  
*Informação - Administração Regional de Saúde de Coimbra*  
*Informação Terapêutica*  
*Interfarma*  
*Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*  
*Jornal das Ciências Médicas*  
*Jornal do Médico*  
*Jornal do Policlínico*  
*Jornal dos Farmacêuticos*  
*Jornal dos Farmacêuticos do Ultramar*  
*Jornal INPI*  
*Lisboa Médica*  
*Medicamenta - revista farmacêutica de estudos e trabalhos profissionais (edição  
para Portugal)*  
*Medicamento, História e Sociedade - Boletim dedicado à história e outras  
ciências sociais aplicadas à farmácia*

*Medicina - revista clínica, investigação, saúde pública e temas paramédicos*  
*Medicina de Hoje*  
*Medicina Interna*  
*Medicina Moderna - Publicação dos Serviços de informação e investigação científicas do Instituto Luso-Fármaco*  
*Medicina Universal - Revista policlínica*  
*Médico - edição portuguesa*  
*Medico Boehringer - edição portuguesa*  
*Médico de Família*  
*Médico Policlínico*  
*Momento Médico*  
*Noticiário da OMS*  
*Notícias Farmacêuticas - Jornal científico profissional*  
*Notícias Médicas*  
*O Clínico*  
*O Médico*  
*Portugal Médico*  
*Portugaliae acta biologica*  
*Psicologia - Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*  
*Psiquiatria na prática médica*  
*Pulso*  
*Revista da Faculdade de Ciências (Universidade de Coimbra)*  
*Revista da Universidade de Coimbra*  
*Revista das Ciências Médicas*  
*Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*  
*Revista Portuguesa de Clínica e Terapêutica*  
*Revista Portuguesa de Farmácia*  
*Revista Portuguesa de Medicina Militar*  
*Revista portuguesa de Psicossomática*  
*Revista Portuguesa de Química*  
*Revista Portuguesa de Saúde Pública*  
*Saúde mental: boletim do instituto de assistência psiquiátrica*  
*Semana Médica*  
*Serviço Bibliográfico Roche*

*Tempo Medicina*

*Terapêutica Actual*

*Trabalhos do laboratório de Anatomia Patológica e Patologia Geral da  
Faculdade de Medicina do Porto*

*Triângulo - jornal Sandoz das ciências médicas*

*Viver*

### **2.1.2. Legislação**

Lei nº 2006, de 11 de abril de 1945, Diário do Governo nº 77/1945, Série I de 1945-04-11.

Lei nº 2118 de 3 de abril de 1963, Diário do Governo n.º 79/1963, Série I de 1963-04-03.

## **2.2. Estrangeiras**

### **2.2.1. Revistas científicas**

*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica.*

*Advances in Biochemical Psychopharmacology*

*American Journal of Nursing*

*American Journal of Psychiatry*

*American Journal of Public Health and Nation's Health*

*American Psychologist*

*American Review of Respiratory Disease*

*Annals of Internal Medicine*

*Annals of the New York Academy of Sciences*

*Archives of Internal Medicine*

*British Medical Journal*

*Bulletin of the New York Academy of Medicine*

*Bulletin of the World Health Organization*

*Collected papers of the Mayo Clinic and the Mayo Foundation*

*Confinia Neurologica*

*Current Psychiatric Therapies*  
*Diseases of the Nervous System*  
*Drug Intelligence and Clinical Pharmacy.*  
*History of Psychiatry*  
*Hospital Community Psychiatry*  
*International Drug Therapy Newsletter*  
*International Journal of Neuropsychiatry*  
*JAMA: The Journal of the American Medical Association*  
*Journal of Affective Disorders*  
*Journal of Clinical Psychiatry*  
*Journal of Clinical Psychopharmacology*  
*Journal of Experimental Medicine*  
*Journal of Nervous and Mental Diseases*  
*Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*  
*Journal of the American Geriatrics Society*  
*Journal of the Medical Society of New Jersey*  
*Labo Pharma*  
*L'encéphale*  
*Maryland State Medical Journal*  
*Medical History*  
*Medical Sciences*  
*Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*  
*Minnesota Medicine*  
*Nature*  
*Neuropsychobiology*  
*New England Journal of Medicine*  
*Proceedings of the Royal Society of Medicine*  
*Psychosomatics*  
*Rivista Sperimentale di Frenatria*  
*Schizophrenia Bulletin*  
*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*  
*Southern Medical Journal*  
*The American Journal of the Medical Sciences*  
*The British Journal for the History of Science*

*The British Journal of Psychiatry*  
*The Journal of Physiology*  
*The Lancet*  
*The Psychiatric Quarterly*  
*Trends in Pharmacological Sciences*  
*Yale Journal of Biological Medicine*

### **4.3. Fontes: livros, artigos e outras publicações**

#### **4.3.1. Pequenas notícias e outras publicações de periódicos sem indicação de autor.**

"14 milhões de loucos e neuróticos no Brasil". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 828.

"17 psiquiatras portugueses no II congresso mundial de psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 765 (1957), p. 118.

"1º Encontro de Serviço Social em Saúde Mental - Zona Centro". *Medicina - revista de clínica, investigação, saúde pública e temas paramédicos*. Vol. I. n.º 8/9 (1976), pp. 526-528.

"9200\$ para assistência psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 891 (1960), p. 461.

"A clorpromazina e outros derivados da fenotiazina". *Jornal do Médico*. Vol. XLIV. n.º 939 (1961), pp. 179-183.

"A acção do Tofranil nos estados depressivos crónicos. Interesse dos tratamentos e manutenção.". *Coimbra Médica*. Vol. VII. (1960), p. 782.

"A amitriptilina nos estados depressivos atípicos". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 67.

"A capacidade de assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro e em S. Paulo". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 828.

- "A clordiazepoxida e o tratamento do alcoolismo". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 295.
- "A clorpromazina no tétano ". *Jornal do Médico*. Vol. XLVII. n.º 1001 (1962), p. 757.
- "A cura combinada de sono e tofranil. Tratamento das depressões ansiosas.". *Coimbra Médica*. Vol. VIII. (1961), p. 201.
- "A estrada do porvir na psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 828.
- "A evolução da psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 767 (1957), p. 202.
- "A icterícia pela clorpromazina". *Coimbra Médica*. Vol. III. n.º Fascículo II (1956), p. 172.
- "A insulinoterapia da esquizofrenia". *Coimbra Médica*. Vol. VI. (1959), p. 770.
- "A nova droga na esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 889 (1960), p. 353.
- "A psicanálise é uma ciência médica". *Jornal do Médico*. Vol. XXIV. n.º 598 (1954), p. 612.
- "A psiquiatria básica na prática clínica". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 486 (1952), p. 1020.
- "A psiquiatria entrou na academia francesa". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 894 (1960), p. 605.
- "A saúde mental na Grã-Bretanha". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 886 (1960), p. 171.
- "A saúde mental na Inglaterra". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 766 (1957), p. 157.
- "Abscesso do pulmão como complicação terapêutica de choque em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 607 (1954), p. 75.
- "Acção da clorpromazina sobre a função e hemodinâmicas renais na insuficiência cardíaca congestiva". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 774 (1957), p. 618.
- "Acção terapêutica da acepromazina. Tolerância, efeitos secundários. A propósito da cura de perturbações mentais graves.". *Coimbra Médica*. Vol. VI. (1959), p. 618-619.
- "Actas da Sociedade". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CV. n.º 1-6 (1941), pp. 182-198.

- "Actas da Sociedade". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CV. n.º 1-6 (1942), pp. 25-39.
- "Actas da Sociedade". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CVII. n.º 1-12 (1943), pp. 67-84.
- "Agranulocitose associada à administração de clorpromazina". *Coimbra Médica*. Vol. III. n.º Fascículo I (1956), p. 86.
- "Ainda a participação portuguesa no II congresso mundial de psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 768 (1957), p. 262.
- "Alergenicidade dos medicamentos tranquilizantes". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 778 (1957), p. 885.
- "Alterações oculocutâneas depois de vários anos de altas doses de clorpromazina (Resumo)". *Jornal do Médico*. Vol. LVII. n.º 1174 (1965), p. 719.
- "Aplicações médicas do Largactil. Um novo modificador do sistema nervoso, de efeitos neuroplégicos.". *Terapêutica Vitória*. n.º 30 (1955), p. 29-36.
- "Aranhas esquizofrénicas". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 757 (1957), p. 694.
- "Artigo sobre o Hospital Miguel Bombarda". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 517 (1952), p. 1133.
- "As doenças mentais na Bélgica". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 751 (1957), p. 365.
- "As drogas atarácicas ou tranquilizadoras". *Portugal Médico*. Vol. XLII. n.º 1 (1958), p. 66-71.
- "As emoções perturbam apenas o psiquismo?". *Serviço bibliográfico Roche*. n.º 10 (1963), p. 37-40.
- "As hormonas esteróides em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 614 (1954), sem página.
- "As vitaminas B1 e PP em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 611 (1954), p. 236.
- "Aspectos lamentáveis da assistência psiquiátrica em Évora apontados na Assembleia Nacional pelo Dr. Cutileiro Ferreira". *Jornal do Médico*. Vol. LIII. n.º 1101 (1964), pp. 542-543.

- "Assistência psiquiátrica do norte - construção do Hospital Magalhães Lemos". *O Médico*. Vol. IV. n.º 231 (suplemento) (1956), pp. 88-91.
- "Assistência psiquiátrica no Luxemburgo". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 768 (1957), p. 260.
- "Associação de medicamentos tonicardíacos e tranquilizantes - o Pendulon". *Actividades Sanitas*. n.º 24 (1957), pp. 1-3.
- "Associação do asacyclonol e do electrochoque". *Coimbra Médica*. Vol. VIII. (1961), p. 113.
- "Bases para um plano nacional de assistência psiquiátrica". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VIII. n.º 11 (1959), pp. 720-729.
- "Calendário de congressos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 749 (1957), p. 270.
- "Catatonia experimental e radiações ionisantes - clorpromasina e irradiações do cérebro com cobalto 60 em cobaias". *Coimbra Médica*. Vol. VI. (1959), pp. 412-413.
- "Centenário do nascimento de Miguel Bombarda". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 472 (1952), p. 326.
- "Centro de assistência psiquiátrica da zona norte". *Jornal do Médico*. Vol. XXII. n.º 546 (1953), p. 103.
- "Ciclo de conferências sobre esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIX. n.º 1523 (1972), p. 597.
- "Clorpromazina como agente terapêutico na medicina clínica". *Coimbra Médica*. Vol. II. (1955), p. 309.
- "Clorpromazina na tuberculose". *Acção Médica*. Vol. Ano XXI. n.º 83-84 (1957), pp. 39-40.
- "Clorpromazina no tratamento dos soluços". *Acção Médica*. Vol. Ano XIX. n.º 75 (1955), p. 54.
- "Colóquio sobre depressões e seu tratamento". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 896 (1960), p. 726.
- "Comunicação sobre o lançamento da Mopazine". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 768 (1957), p. 237.



- "Comunicação sobre um novo ansiolítico". *Notícias Médicas*. n.º 7 (1972), p. 6.
- "Conceitos actuais acerca da depressão no estágio inicial". *Serviço bibliográfico Roche*. n.º 4 (1958), pp. 13-16.
- "Conferência do Dr Diogo Furtado no II curso de higiene escolar universitário". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 899 (1960), p. 891.
- "Conferência do Dr Miller Guerra no Algarve". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 899 (1960), p. 891.
- "Conferência do Dr Miller Guerra". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 884 (1960), p. 61.
- "Congresso Internacional de psicocirurgia". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 1. n.º 1 (1949), pp. 131-138.
- "Congresso Nacional de Saúde Mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 924 (1960), pp. 252-255.
- "Crise hipertensiva devida aos inibidores da monoaminooxidase". *Jornal do Médico*. Vol. LIII. n.º 1097 (1964), pp. 280-282.
- "Crises hipertensivas devidas aos inibidores das monoamino-oxidase". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 1013.
- "Curiosidade sobre a Rauwolfia Serpentina". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 571 (1954), p. 100.
- "Curiosidades sobre os tranquilizantes". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 774 (1957), p. 626.
- "Curso de higiene mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 897 (1960), p. 780.
- "Curso de higiene mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 900 (1960), p. 948.
- "Curso de higiene mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLII. n.º 904 (1960), p. 161.
- "Curso de psiquiatria para pós-graduados". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIII. n.º 1439 (1970), p. 93.
- "Dietilamina do ácido lisérgico e psiquiatria. Introdução geral.". *Coimbra Médica*. Vol. VII. (1960), p. 516.
- "Diogo Furtado". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 470 (1952), p. 234.

- "Dor abdominal após o uso de clorpromazina". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 824.
- "Doutoramento de Miller Guerra". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 501 (1952), p. 383.
- "Efeitos convulsionantes da isoniazida". *Jornal do Médico*. Vol. XXIV. n.º 591 (1954), p. 237.
- "Efeitos secundários dos tranquilizantes". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 752 (1957), p. 417.
- "Eficácia notável do meprobamato intravenoso no tratamento do delirium tremens". *Coimbra Médica*. Vol. VIII. (1961), p. 960.
- "Elixir de reserpina (Ficha Galénica)". *Boletim da Faculdade de Farmácia - Notícias Farmacêuticas*. Vol. Ano XXXVIII. n.º Fascículo IV-V (1972), sem página.
- "Emprego da reserpina (serpasil) no tratamento do alcoolismo crónico". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 767 (1957), p. 196.
- "Entrevista a Barahona Fernandes". *Jornal do Médico*. n.º 658 (1955), p.234.
- "Entrevista com o Prof. Barahona Fernandes sobre o V congresso mundial de psiquiatria". *Notícias Médicas*. n.º 8 (1972), pp. 4-14.
- "Estados de excitação psíquica". *Jornal do Médico*. Vol. LIII. n.º 1108 (1964 (1964), p. 999.
- "Estudo clínico comparativo de novos psicolépticos". *Coimbra Médica*. Vol. VIII. (1961), p. 113.
- "Estudo clínico das indicações da imipramina (G-22535/oMG) nas perturbações mentais da senilidade ou no decurso da senescência". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 214.
- "Estudo clínico dos mecanismos de acção da clorpromazina". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 767 (1957), p. 196.
- "Estudo comparado dos tranquilizantes". *Jornal do Médico*. Vol. XLVI. n.º 977 (1961), pp. 289-292.
- "Estudo dos «Esucos» ou U.C.B. 3412 num grupo de 91 doentes psicóticos e neuróticos (Resumo)". *Jornal do Médico*. Vol. XLVII. n.º 1003 (1962), pp. 881-882.

- "Estudo experimental dos medicamentos psicotropicos". *Triângulo - jornal Sandoz das ciências médicas*. Vol. IV. n.º 6 (1960), pp. 244-249.
- "Estudo sobre o ensaio terapêutico do metaminodiasepoxide (R.O. 5-0690)". *Coimbra Médica*. Vol. VII. (1961), pp. 113-114.
- "Experiência clínica com a amitriptilina". *Jornal do médico*. Vol. LIII. n.º 1093 (1964), p. 44.
- "Festa dedicada aos doentes do Hospital Miguel Bombarda". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 755 (1957), p. 589.
- "Hemorragias digestivas, complicações do tratamento pelo alcalóide da Rauwolfia". *Coimbra Médica*. Vol. V. (1958), p. 273.
- "Hepatite da clorpromazina (Thorazina)". *Coimbra Médica*. Vol. II. (1955), pp. 809-810.
- "Hepatite da iproniazida". *Coimbra Médica*. Vol. VI. (1959), p. 864.
- "Hepatite mortal no decurso dum tratamento por iproniazida". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 347.
- "Higiene mental e energia atômica". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 819-821.
- "Hiperlipemia essencial tratada com heparina e clorpromazina". *Coimbra Médica*. Vol. III. n.º Fascículo III (1956), p. 269.
- "Homenagem a Barahona Fernandes". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 583 (1954), p. 819.
- "Homenagem à memória dos Profs José António Serrano e Miguel Bombarda". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 478 (1952), p. 594.
- "I Congresso Nacional de Saúde Mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 924 (1960), p. 252-255.
- "I Congresso de medicina psicossomática de língua francesa". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 898 (1960), p. 819.
- "I congresso internacional de psicocirurgia (Lisboa, Agosto 1948)". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 1. n.º 1 (1948), pp. 131-138.

- "Icterícia consequente à administração de clorpromazina". *Coimbra Médica*. Vol. V. (1958), p. 270.
- "Icterícia da clorpromazina". *Coimbra Médica*. Vol. V. (1958), p. 740.
- "Icterícia prolongada (durante mais de três meses) surgindo no decurso da administração da clorpromazina". *Coimbra Médica*. Vol. V. (1958), p. 76.
- "II Encontro nacional de psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIX. n.º 1523 (1972), pp. 598-600.
- "II Simpósio internacional sobre serotonina e perturbações do comportamento". *Jornal do Médico*. Vol. CXXVIII. n.º 2356 (1990), p. 534.
- "Indicações actuais da leucotomia". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 669.
- "Iproniazida nos tuberculosos". *Acção Médica*. Vol. Ano XXII. n.º 87 (1957), pp. 32-33.
- "IV Curso de psicologia médica". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 496 (1952), pp. 172-180.
- "Jornadas médicas luso-brasileiras". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 483 (1952), p. 858.
- "La síntesis de la reserpina". *Medicamenta (Farmacêutica)*. n.º 140 (1956), p. 215.
- "Lugar da iproniazida no tratamento dos estados depressivos". *Coimbra Médica*. Vol. VII. (1960), pp. 1018-1019.
- "Meprobamato e reserpina". *Anais Azevedos*. n.º 4-5 (1958), pp. 241-242.
- "Migração e doença mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 899 (1960), p. 888.
- "Neuroplegia simples - narcose potencializada - hipotermia controlada". *Triângulo - jornal Sandoz das ciências médicas*. Vol. II. n.º 5 (1956), pp. 188-191.
- "Nota sobre a utilização clínica do 2028 M.D.". *Coimbra Médica*. Vol. VIII. (1961), pp. 201-202.
- "Nota sobre a utilização do R. 1625 num grupo de doentes com psicoses agudas de origem alcoólica". *Coimbra Médica*. Vol. VIII. (1961), p. 960.
- "Notícia sobre uma conferência do Diogo Furtado no ateneu comercial do Porto". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 896 (1960), p. 727.
- "Nova classificação das doenças mentais". *Jornal do Médico*. Vol. XXII. n.º 552 (1953), p. 423.

- "Nova orientação da psicoterapia". *Serviço bibliográfico Roche*. n.º 6 (1961), pp. 21-24.
- "Novidades num centro de neurocirurgia". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 608 (1954), p. 105.
- "O criminoso era um doente mental". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 754 (1957), p. 523.
- "O drama da loucura no Brasil". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 828.
- "O ECT no delirium tremens". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 619 (1954), sem página.
- "O electrochoque sob a acção da fenacetilureia". *Jornal do Médico*. Vol. XXII. n.º 547 (1953), p. 170.
- "O electrochoque". *Coimbra Médica*. Vol. VI. (1959), p. 770.
- "O emprego da proclorpromasina na prática psiquiátrica". *Coimbra Médica*. Vol. VII. (1960), pp. 516-517.
- "O futuro de 120 lobotomizados". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 753 (1957), p. 446.
- "O futuro hospital para doentes mentais". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 828.
- "O lugar da psiquiatria da infância e adolescência". *Jornal do Médico*. Vol. LXXI. n.º 1411 (1970), p. 378-383.
- "O papel da clorpromazina no tratamento da asma brônquica e enfisema pulmonar crónico". *Coimbra Médica*. Vol. IV. (1957), p. 1046.
- "O primeiro colóquio internacional francês acerca da cura pelo sono". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 610 (1954), pp. 193-196.
- "O professor Egas Moniz defende a leucotomia". *Jornal do Médico*. Vol. XXIV. n.º 599 (1954), pp. 677-679.
- "O riso, o cómico e o humor no síndrome esquizofrénico". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 889 (1960), p. 353.
- "O sangue dos esquizofrénicos melhora a saúde mental dos homens normais?". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 889 (1960), p. 340.

- "O sulpiride no 5º Congresso Mundial de psiquiatria". *Anais Azevedos*. Vol. XXII. n.º 1 (1972), pp. 63-69.
- "O Tofranil nas grávidas". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIX. n.º 1516 (1972), p. 162.
- "O tratamento da hipertensão arterial com reserpina". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 621 (1954), p. 821.
- "O tratamento insulínico da esquizofrenia". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 472.
- "O uso de alcalóides totais da Rauwolfia Serpentina em neuropsiquiatria infantil". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 752 (1957), p. 406.
- "O Valium Roche - correlações entre a investigação fundamental e as experiências clínicas". *Serviço bibliográfico Roche*. n.º 2 (1965), pp. 5-12.
- "Os barbitúricos em medicina geral e em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXIV. n.º 599 (1954), pp. 657-658.
- "Os doentes mentais são doentes como os outros". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 768 (1957), p. 259.
- "Os odores nos hospitais psiquiátricos". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 607 (1954), p. 67.
- "Os psiquiatras americanos e a nova orientação da psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 828.
- "Os tranquilizantes na prática médica corrente". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 891 (1960), p. 445.
- "Uma viagem de Barahona Fernandes". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 894 (1960), p. 622.
- "Perigos inerentes ao emprego dos medicamentos tranquilizantes nos estados de ansiedade". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 772 (1957), p. 518.
- "Primeiros resultados sobre a acção de um novo psicotónico, o S.186., nos estados de enfraquecimento cerebral na senilidade". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 214.
- "Professor Diogo Furtado no II congresso mundial de psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 763 (1957), p. 38.

- "Psicocirurgia há 4 séculos". *Médico Policlínico*. n.º 4 (1978), p. 36.
- "Psicose sífilítica". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 749 (1957), p. 256.
- "Quimioterapia antidepressiva". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1150 (1965), p. 318.
- "Reacções extrapiramidais produzidas por medicamentos (Resumo)". *Jornal do Médico*. Vol. XLVII. n.º 997 (1962), pp. 509-511.
- "Reanimação respiratória nos comas barbitúricos". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 892 (1960), p. 511.
- "Re-orientação terapêutica em alguns estados depressivos: aspecto clínico duma nova mono-amina oxidase inibidora (W-1544-A, Fenelsina)". *Coimbra Médica*. Vol. VI. (1959), p. 1056.
- "Resultados dos primeiros ensaios em psiquiatria do thiocolchicosido (Coltranyl)". *Coimbra Médica*. Vol. VI. (1959), p. 306.
- "Resultados obtidos com o ensaio do R. 50831 no tratamento dos estados depressivos". *Coimbra Médica*. Vol. VII. (1960), p. 516.
- "Serviços psiquiátricos públicos extra-hospitalares". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 892 (1960), p. 511.
- "Síntese dum antagonista específico da serotonina". *Triângulo - jornal Sandoz das ciências médicas*. Vol. VI. n.º 1 (1963), pp. 31-36.
- "Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria- inauguração do novo ano académico". *Notícias Médicas*. n.º 15 (1972), p. 5.
- "Solução injectável de cloridrato de clorpromazina a 0.5% (Ficha Galénica)". *Boletim da Faculdade de Farmácia - Notícias Farmacêuticas*. Vol. Ano XXXVIII. n.º Fascículo I-II-II (1972), 2 pp.
- "Sulfóxido de clorpromazina". *Medicamenta (Farmacêutica)*. n.º 131 (1956), p. 219.
- "Tentativa de suicídio pela clorpromazina e pelo fenobarbital". *Jornal do Médico*. Vol. XXIV. n.º 599 (1954), p. 672.
- "The benzodiazepines and insomnia. Papers from symposia. VII World Congress of Psychiatry, Vienna, July 1983; and 14th CINP Congress, Florence, June 1984". *Clinical Neuropharmacology*. Vol. 8 Suppl 1. (1985), pp. S1-125.

- "Tratamento ambulatório de psicoses crônicas". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 892 (1960), p. 511.
- "Tratamento da angina de peito pela Rauwolfia Serpentina". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 776 (1957), p. 760.
- "Tratamento dos estados maníacos pela associação reserpina-tiopropemasina (7843 RP)". *Coimbra Médica*. Vol. VII. (1960), p. 907.
- "Tratamento médico da hipertensão arterial". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 749 (1957), p. 241.
- "Tratamentos em psiquiatria por um novo neuroléptico (7044 RP)". *Gazeta Médica Portuguesa*. Vol. XII. n.º 2 (1959), p. 324.
- "Tratamentos hormonais em neurologia e psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 891 (1960), pp. 442-44.
- "Trazodona - simpósio". *O Médico*. Vol. 116. n.º 1836 (1987), p. 745.
- "Três novos tratamentos em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 479 (1952), p. 635.
- "Um cão submetido a tratamento psiquiátrico". *Jornal do Médico*. Vol. XLI n.º 892 (1960), p. 506.
- "Um caso bizarro de perturbação mental". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 763 (1957), p. 36.
- "Um diagnóstico de depressão". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo II, Série III (1973), pp. 199-205.
- "Um novo neuroléptico, a acepromazina". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), p. 823.
- "Um novo tranquilizante". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 757 (1957), p. 695.
- "Um novo tratamento em esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. XXII. n.º 553 (1953), p. 475.
- "Um psiquiatra premiado num singular concurso". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 891 (1960), p. 448.



- "Uma conferência do Dr Diogo Furtado na Faculdade de Direito de Lisboa". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 900 (1960), p. 948.
- "Uma conferência do Dr. Diogo Furtado". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 774 (1957), p. 646.
- "Uma conferência do Dr. Ramón Sarró na sociedade das ciências médicas". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 900 (1960), p. 947.
- "Uma conferência do Prof. Barahona Fernandes no I Curso de Higiene Mental do Porto". *Jornal do Médico*. Vol. XLII. n.º 910 (1960), p. 492.
- "Uma experiência psiquiátrica elucidativa". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 767 (1957), p. 202.
- "Uma tentativa de suicídio pela ingestão simultânea de imipramina e levopromasina". *Coimbra Médica*. Vol. VIII. (1961), p. 201.
- "Utilização da tioridiazina em clínica psiquiátrica. A propósito de 100 casos.". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 380.
- "Utilização do pentotal sódico e do curare no electrochoque". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 483 (1952), p. 842.
- "V Congresso Internacional de Neurologia (Lisboa, 7-12 de Setembro 1953)". *Medicamenta - revista de estudos e trabalhos profissionais de medicina - edição para Portugal*. n.º 241 (1953), pp. 142-143.
- "Viagem de Barahona Fernandes". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 755 (1957), p. 584.
- "Viagem de Diogo Furtado". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 898 (1960), p. 838.
- "Viagem de estudo aos estabelecimentos psiquiátricos da Suíça. Relatório". *Boletim da Assistência Social*. n.º 50 a 52 (1947), pp. 98-121.
- "Viagem de estudo aos estabelecimentos psiquiátricos da Suíça. Relatório.". *Boletim da Assistência Social*. n.º 56 a 58 (1947), pp. 227-252.
- "Visita do Dr Paul Sivadon, perito psiquiatra da OMS". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 610 (1954), p. 203.

"Xarope de prometazina (Ficha Galénica)". *Boletim da Faculdade de Farmácia - Notícias Farmacêuticas*. Vol. Ano XXXIX (1973). n.º Fascículo I-II-III-IV-V (1973-1974), 2 pp.

"Zopiclone, a third generation of hypnotics. Proceedings of a symposium of the 13th CINP (Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum) congress, Jerusalem, June 1982". *International Pharmacopsychiatry*. Vol. 17 Suppl. 2. (1982), pp. 1-250.

#### **4.3.2. Livros, artigos e outras publicações**

ABRAMS, R. e FINK, M. - "The present status of unilateral ECT. Some recommendations". *Journal of Affective Disorders*. Vol. 7, n.º 3-4 (1984), pp. 245-247.

ACKNER, B. - "O tratamento insulínico da esquizofrenia". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 472.

ACKNER, B., HARRIS, A. e OLDHAM, A. J. - "Insulin treatment of schizophrenia; a controlled study". *Lancet*. Vol. 272, n.º 6969 (1957), pp. 607-611.

ACKNER, B. e OLDHAM, A. J. - "Insulin treatment of schizophrenia. A three-year follow-up of a controlled study". *Lancet*. Vol. 1, n.º 7228 (1962), pp. 504-506.

ADLER, G. - "Psicoses agudas". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVII. n.º 1951 (1975), pp. 560-561.

AGUILAR, T. e PECEGUEIRO, A. - "Perturbações ansiosas". *O Médico*. Vol. 125. n.º 2051 (1991), pp. 391-398.

AGUILERA, G. - "Inhalaciones de nitrogénio en Psiquiatria. La terapéutica del temperamento". *Medicamenta - revista de estudos e trabalhos profissionais de medicina - edição para Portugal*. n.º 250 (1954), pp. 132-137.

AGUIRRE, J. F. P. - "El narcoanálisis como tratamiento de elección en las neurosis". *Imprensa Médica*. Vol. Ano XVII. n.º 12 (1953a), pp. 705-710.

AGUIRRE, J. F. P. - "Estudio experimental de las terapêuticas de liquido cefaloraquideo". *Imprensa Médica*. Vol. Ano XVII. n.º 3 (1953b), pp. 153-165.

- AGUIRRE, J. F. P. - "Observaciones clínicas sobre la terapeutica electro-convulsionante "sumativa"". *Imprensa Médica*. Vol. Ano XX. n.º 4 (1956), pp. 207-210.
- AINSWORTH, M. e BOWLBY, J. - "An ethological approach to personality development". *American Psychologist*. Vol. 46. n.º 4 (1991), p. 333.
- ALEXANDER, L. - "Therapeutic process in electroshock and the newer drug therapies: Psychopathological considerations". *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. Vol. 162. n.º 10 (1956), pp. 966-969.
- ALMEIDA, D. - "O delirar". *O Médico*. Vol. 122. n.º 1969 (1990), pp. 269-279.
- ALMEIDA, J. M. C. d. 1985. *A adaptação do insuficiente renal crónico à hemodiálise, estudo da influência da personalidade e das matrizes familiares, socio-cultural e terapêutica*. Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa
- ALMEIDA, L. d. - "Hibernação artificial". *Coimbra Médica*. Vol. XII. (1965), pp. 291-329.
- ALVES, M. M. - "Farmacologia dos medicamentos psicotrópicos". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LIX. n.º 1203 (1966), 27 pp.
- ALVIM, F. - "Os problemas da delinquência à luz da psicanálise". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 755 (1957), pp. 541-547.
- AMARAL, A. - "Alguns problemas da leucotomia prefrontal". *Medicina Contemporânea*. Vol. 67. n.º 11 (1949), pp. 385-397.
- AMARAL, A. - "Alguns progressos recentes da neurologia e psiquiatria". *A Medicina Contemporânea*. n.º 1 (1958), pp. 71-77.
- AMARAL, A. - "O «electroshock» no tratamento das doenças mentais". *Imprensa Médica*. Vol. 8. n.º 6 (1942), pp. 81-84.
- AMARAL, A. - *O tratamento cirurgico das doenças mentais*. Lisboa: Tip. A. Mendonça, 1945.
- AMARAL, A. - "A remodelação do Hospital Miguel Bombarda e a assistência psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XXII. n.º 565 (1953), pp. 1102-1104.
- AMARAL, A. e Leitão, P. - "Resultados comparativos entre a leucotomia prefrontal de Moniz e a lobotomia de Freeman". *Medicina Contemporânea*. Vol. 56. n.º 11 (1948), pp. 433-443.

- AMARAL, M. d. A. - "Assistência psiquiátrica. Princípios e realizações". *Separata do Boletim da Assistência Social*. n.º 107-110 (1953), 31 pp.
- ANDRADE, F. M.; SILVA, I. d. C. B. e FIGUEIREDO, Â. L. F. - "Revisão de dez anos de experiência em psiquiatria institucional". *Psiquiatria Clínica*. Vol. 4. n.º 4 (1983), pp. 225-230.
- ANTUNES, L. - "A biopsia cortical no diagnóstico neuropsiquiátrico. Nota sobre uma primeira série de 20 casos". *Jornal do Médico*. Vol. XLVIII. n.º 1022 (1962), pp. 873-874.
- APPLETON, W. S. e CHIEN, C.-P. - "American Psychopharmacology: Second Class Status?". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 113. n.º 499 (1967), pp. 637-641.
- ARAÚJO, D.; CARAMONA, M. M. e BRANDÃO, F. - "Influência de inibidores específicos da MAO A (clorgilina) e da MAO B (Deprenil) na metabolização do mediador simpático libertado pela estimulação nervosa". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 18. (1980), p. 12.
- ARAÚJO, F. d. C. - "Um caso de intoxicação pela clorpromazina durante o tratamento de um doente com tétano grave". *Jornal do Médico*. Vol. XLIX. n.º 1035 (1962), pp. 676-679.
- ARAÚJO, H. G. d. - "A esquizofrenia como existência dupla". *Jornal do Médico*. Vol. CIII. n.º 1892 (1980), pp. 627-632.
- AREIAS, M. E. G. e Pereira, A. S. - "Esquizofrenia. Uma abordagem multidimensional (II)". *O Médico*. Vol. 115. n.º 1801 (1986), pp. 190-196.
- AREIAS, M. E. G. e Pereira, A. S. - "Esquizofrenia. Uma abordagem multidimensional.". *O Médico*. Vol. 115. n.º 1800 (1986), pp. 162-167.
- ATKIN, I. - "Triazol 156 in chronic schizophrenia". *Lancet*. Vol. 233. n.º 6026 (1939), pp. 435-437.
- AUGUSTO, A.; FIGUEIREDO, B.; AREIAS, M. E., et al. - "Avaliação da depressão em medicina familiar. Utilização da versão portuguesa da escala de Edimburgo (E.P.D.S.)". *Jornal do Médico*. Vol. 131. n.º 2430 (1991), pp. 494-496.
- AUGUSTO, M. d. J. - "Etiopatogénese da depressão (mecanismos psicológicos e personalidade)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXVI. n.º 2294 (1989), pp. 32-44.

- AVOL M, V. P. J. - "Treatment of delirium tremens with reserpine (serpasil): A preliminary report". *JAMA*. Vol. 159. n.º 16 (1955), pp. 1516-1520.
- AYD, F. - "Ethical and legal dilemmas posed by tardive dyskinesia". *International Drug Therapy Newsletter*. Vol. 12. n.º 8-9 (1977), pp. 29-36.
- AYD, F. - "Ugo Cerletti M.D. (1877-1963)". *Psychosomatics*. Vol. 4. (1963), pp. A6-A7.
- AYD, F. - "Amitriptyline: reappraisal after six years experience". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 26. n.º 11 (1965), pp. 719-727.
- AYD, F. - "Benzodiazepine dependence and withdrawal". *Maryland State Medical Journal*. Vol. 32. n.º 1 (1983), pp. 22-24.
- AYD, F. - "The Chemical Assault on Mental Illness". *American Journal of Nursing*. Vol. 65. (1965), pp. 70-78.
- AYD, F. - "Chemical Assault on Mental Illness. The Minor Transquilizers". *American Journal of Nursing*. Vol. 65. (1965), pp. 89-94.
- AYD, F. - "The Chemical Assault on Mental Illness: The Antidepressants". *American Journal of Nursing*. Vol. 65. (1965), pp. 78-84.
- AYD, F. - "Chemical Remedies for Depression". *Medical Sciences*. Vol. 15. (1964), pp. 37-44.
- AYD, F. - "Chemical treatment of depression". *Annals of the New York Academy of Science*. Vol. 80. (1959), pp. 734-744.
- AYD, F. - "Chlorpromazine therapy for anxiety associated with electroshock therapy". *Confinia Neurologica*. Vol. 16. n.º 2-3 (1956), pp. 168-173.
- AYD, F. - "Chlorpromazine: ten years' experience". *JAMA*. Vol. 184. (1963), pp. 51-4.
- AYD, F. - "A clinical appraisal of trilafox". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 114. n.º 6 (1957), pp. 554-555.
- AYD, F. - "Clinical evaluation of a new tricyclic antidepressant iprindole". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 30. n.º 12 (1969), pp. 818-824.
- AYD, F. - "A clinical evaluation of doxepin (sinequan). (A new psychotherapeutic agent)". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 30. n.º 6 (1969), pp. 396-401.

- AYD, F. - "A Clínical Evaluation of Pargyline Hydrochloride (Eutonyl) in the Management of Mental Depression". *International Journal of Neuropsychiatry*. Vol. 1. (1965), pp. 233-238.
- AYD, F. - "A clínical evaluation of the hypnotic efficacy and safety of mebutamate". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 33. n.º 10 (1972), pp. 684-692.
- AYD, F. - "A clínical report on benactyzine hydrochloride". *New England Journal of Medicine*. Vol. 257. n.º 14 (1957), pp. 669-670.
- AYD, F. - "A critique of antidepressants". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 22(5)Pt 2. (1961), pp. 32-36.
- AYD, F. - "Current status of major tranquilizers". *Journal of Medical Society of New Jersey*. Vol. 57. (1960), pp. 4-14.
- AYD, F. - "The depot fluphenazines: a reappraisal after 10 years' clínical experience". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 132. n.º 5 (1975), pp. 491-500.
- AYD, F. - "The dermatologic and systemic manifestations of chlorpromazine hypersensitivity; their clínical significance and management". *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 124. n.º 1 (1956), pp. 84-87.
- AYD, F. - "Doxepin with other drugs". *Southern Medical Journal*. Vol. 66. n.º 4 (1973), pp. 465-471.
- AYD, F. - "Fatal hyperpyrexia during chlorpromazine therapy". *Journal of Clínical and Experimental Psychopathology*. Vol. 17. n.º 2 (1956), pp. 189-192.
- AYD, F. - "Five to fifteen years' maintenance doxepin therapy". *International Clínical Psychopharmacology*. Vol. 1. n.º 1 (1986), pp. 53-65.
- AYD, F. - "Fluphenazine: its spectrum of therapeutic application and clínical results in psychiatric patients". *Current Therapeutic Research, Clínical and Experimental*. Vol. 1. (1959), pp. 41-48.
- AYD, F. - "Fluphenazine: twelve years' experience". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 29. n.º 11 (1968), pp. 744-747.
- AYD, F. - "The Future of Tranquilizer Research and the Therapy of Anxiety. The Need for Additional Psychopharmaceutical Drugs". *Journal of Neuropsychiatry*. Vol. 5. (1964), pp. 462-463.

- AYD, F. - "Generic versus brand name psychotropics". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 135. n.º 11 (1978), p. 1428.
- AYD, F. - "The Grantham lobotomy for the relief of neurotic suffering". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 17. n.º 4 (1956), pp. 132-135.
- AYD, F. - "Haloperidol update: 1975". *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Vol. 69 suppl 1. (1976), pp. 14-22.
- AYD, F. - "Haloperidol: fifteen years of clinical experience". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 33. n.º 7 (1972), pp. 459-469.
- AYD, F. - "Haloperidol: twenty years' clinical experience". *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 39. n.º 11 (1978), pp. 807-814.
- AYD, F. - "The impact of psychopharmaceuticals on psychiatric units in general hospitals". *American Journal of Public Health and the Nation's Health*. Vol. 52(Suppl). (1962), pp. 13-15.
- AYD, F. - "Invited ACNP Lecture. The early history of modern psychopharmacology". *Neuropsychopharmacology*. Vol. 5. n.º 2 (1991), pp. 71-84.
- AYD, F. - "Is it anxiety or depression?". *Southern Medical Journal*. Vol. 77. n.º 10 (1984), pp. 1269-1272.
- AYD, F. - "Large doses of chlorpromazine in the treatment of psychiatric patients". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 16. n.º 5 (1955), pp. 146-149.
- AYD, F. - "Long-term administration of Doxepin (Sinequan). (Clinical and laboratory survey of 40 patients)". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 32. n.º 9 (1971), pp. 617-622.
- AYD, F. - "Long-term treatment of chronic depression: 15-year experience with doxepin HCl". *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 45. n.º 3 Pt 2 (1984), pp. 39-46.
- AYD, F. - "Loxapine update: 1966-1976". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 38. n.º 11 (1977), pp. 883-887.
- AYD, F. - "Maintenance doxepin (sinequan) therapy for depressive illness". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 36. n.º 3 (1975), pp. 109-114.
- AYD, F. - "Melancholia: diagnostic hints". *Medical Sciences*. Vol. 11. (1962), pp. 245-256.

- AYD, F. - "Meprobamate: A Decade of Experience". *Psychosomatics*. Vol. 5. (1964), pp. 82-87.
- AYD, F. - "Neuroleptic therapy for chronic schizophrenia". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 33. n.º 1 (1972), pp. 35-39.
- AYD, F. - "New approaches to the treatment of psychiatric disorders". *Maryland State Medical Journal*. Vol. 7. n.º 6 (1958), pp. 304-308.
- AYD, F. - "Oxazepam: An overview". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 36. n.º 5 Pt. 2 (1975), pp. 14-16.
- AYD, F. - "Oxazepam: update 1989". *International Clinical Psychopharmacology*. Vol. 5. n.º 1 (1990), pp. 1-15.
- AYD, F. - "Perphenazine: A Reappraisal after Eight Years". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 25. (1964), pp. 311-318.
- AYD, F. - "Physiologic and neurologic responses to chlorpromazine: their clinical significance and their management". *Psychiatric Research Reports of the American Psychiatric Association*. n.º 4 (1956), pp. 64-70.
- AYD, F. - "A preliminary report on BC-105: a new antidepressant". *Psychosomatics*. Vol. 10. n.º 1 (1969), pp. 51-52.
- AYD, F. - "A preliminary report on marsilid". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 114. n.º 5 (1957), p. 459.
- AYD, F. - "Problems with orders for medication as needed". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 142. n.º 8 (1985), pp. 939-942.
- AYD, F. - "Progress in electro-convulsive therapy". *Maryland State Medical Journal*. Vol. 5. n.º 3 (1956), pp. 130-135.
- AYD, F. - "Prolonged administration of chlorpromazine (thorazine) hydrochloride". *Journal of the American Medical Association*. Vol. 169. n.º 12 (1959), pp. 1296-1301.
- AYD, F. - "Social issues: misuse and abuse". *Psychosomatics*. Vol. 21. n.º Suppl (1980), pp. 21-31.
- AYD, F. - "A survey of drug-induced extrapyramidal reactions". *JAMA*. Vol. 175. (1961), pp. 1054-1060.



- AYD, F. - "Therapy with injectable fluphenazines". *Current Psychiatric Therapies*. Vol. 16. (1976), pp. 177-189.
- AYD, F. - "Thorazine and serpasil treatment of private neuropsychiatric patients". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 113. n.º 1 (1956), pp. 16-21.
- AYD, F. - "Tofranil therapy for depressed states". *Journal of Neuropsychiatry*. Vol. 1. (1959), pp. 35-38.
- AYD, F. - "Toxic somatic and psychopathologic reactions to antidepressant drugs". *Journal of Neuropsychiatry*. Vol. 2(Suppl 1). (1961), pp. 119-122.
- AYD, F. - "Tranquilizing drugs in private practice". *New York State Journal of Medicine*. Vol. 57. n.º 10 (1957), pp. 1742-1747.
- AYD, F. - "Treatment of ambulatory and hospitalized psychiatric patients with trilafon". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 18. n.º 10 (1957), pp. 394-397.
- AYD, F. - "Treatment of psychiatric patients with thorazine". *Southern Medical Journal*. Vol. 48. n.º 2 (1955), pp. 177-186.
- AYD, F. - "Updating haloperidol: 1975". *Acta Physiologica Latino Americana*. Vol. 24. n.º 3 (1978), pp. 233-238.
- AYD, F. - "The use of tranquilizing medications in general medical practice". *Journal of the Indiana State Medical Association*. Vol. 52. n.º 4 (1959), pp. 516-521.
- AYD, F.; BIANCO, E. A. e ZULLO, L. M. - "Trimeprazine therapy for physiologic and psychologic pruritus". *Southern Medical Journal*. Vol. 52. (1959), pp. 1554-1556.
- AYD, F. e SETTLE, E. C., Jr. - "Trazodone: a novel, broad-spectrum antidepressant". *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*. Vol. 18. (1982), pp. 49-69.
- AZEVEDO, J. J. F. A. d. - "Um caso de síndrome maligno dos neurolépticos (algumas considerações sobre diagnóstico, etiopatogenia e terapêutica)". *Jornal do Médico*. Vol. CXII. n.º 2034 (1983), pp. 343-348.
- BAETS, P. d. - "A importância do diagnóstico precoce das esquizofrenias pelo médico de família". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 754 (1957), pp. 506-507.
- BAETS, P. d. - "Indicações actuais do electrochoque". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 803-805.

- BALDESSARINI, R. J. - "Current status of antidepressants: clinical pharmacology and therapy". *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 50. n.º 4 (1989), pp. 117-126.
- BALDESSARINI, R. J. - "The "neuroleptic" antipsychotic drugs. 1. Mechanisms of action". *Postgraduate Medicine*. Vol. 65. n.º 4 (1979), pp. 108-111.
- BALDESSARINI, R. J. - "The "neuroleptic" antipsychotic drugs. 2. Neurologic side effects". *Postgrad Med*. Vol. 65. n.º 4 (1979b), pp. 123-128.
- BALDESSARINI, R. J. e MARSH, E. - "Fluoxetine and side effects". *Archives of General Psychiatry*. Vol. 47. n.º 2 (1990), pp. 191-192.
- BALDESSARINI, R. J. e SNYDER, S. H. - "Schizophrenia. A critique of recent genetic-biochemical formulations". *Nature*. Vol. 206. n.º 989 (1965), pp. 1111-1112.
- BALMES, J. P. e BARTRAN, R. P. - "Parálisis general. Comentario a la estadística de nueve años (1945-1954). Malarioterapia y penicilinoterapia". *Medicamenta - revista de estudos e trabalhos profissionais de medicina - edição para Portugal*. n.º 259 (1954), pp. 131-133.
- BAN, T. A. - "Clinical pharmacology of the tricyclic antidepressants". *Applied Therapeutics*. Vol. 8. n.º 9 (1966), pp. 779-785.
- BAN, T. A. - "Clinical psychopharmacology and psychiatry". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 36. n.º 11 (1975), pp. 612-616.
- BAN, T. A. - "Prolegomenon to the clinical prerequisite: psychopharmacology and the classification of mental disorders". *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. Vol. 11. n.º 5 (1987), pp. 527-580.
- BAN, T. A. - "Psychopharmacology and psychosomatic disorders". *Psychosomatics*. Vol. 19. n.º 12 (1978), pp. 757-760.
- BAN, T. A. - "Psychopharmacology of neuroses". *Psychosomatics*. Vol. 22. n.º 1 (1981), pp. 55-60.
- BAN, T. A. - "Schizophrenia: a psychopharmacological approach". Springfield: Thomas, 1972.
- BAPTISTA, A. - "Parafilias - diagnóstico, avaliação e modificação". *Psiquiatria Clínica*. Vol. 1. n.º 1 (1985), pp. 53-65.

- BARAHONA F. (com a colaboração de Seabra-Dinis, João dos Santos, Frágoso Mendes e Mota Figueiredo) - "Synthèse des traitements psychothérapeutiques et somatiques". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), pp. 153-170.
- BARRETO, J.; MEIRELES, H. e VIEGAS, E. - "Episódios maníacos. Revisão de 19 casos hospitalizados". *O Médico*. Vol. 115. n.º 1809 (1986), pp. 492-500.
- BARROS, J. P. d. - "Diferenciação bioquímica do sistema nervoso". *Jornal do Médico*. Vol. LXVII. n.º 1343 (1968), pp. 261-271.
- BARROS, M. - "Insulinoterapia: aspectos teórico-práticos do método de Sakel". *Jornal do Médico*. Vol. LXI. n.º 1236 (1961), pp. 161-175.
- BARROS, M. - "Aspectos práticos do tratamento de estados depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1574 (1973), pp. 889-895.
- BARROS, M. - "Epilepsia e Esquizofrenia: Conceitos de Epilepsia Psicomotora e Esquizomorfia". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1539 (1972), pp. 363-378.
- BARROS, M. - "I Curso de higiene mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLI n.º 900 (1960), pp. 901-903.
- BARROS, M. - "Insulinoterapia - aspectos teórico-práticos do método de Sakel". *Arquivos Portugueses de Psiquiatria*. n.º 1 (1967), pp. 73-102.
- BARROS, M. - "Os vários problemas do alcoolismo". *O Médico*. Vol. XII. n.º 412 (1959), pp. 151-158.
- BARROS, M. - "Os vários problemas do alcoolismo". *O Médico*. Vol. XII. n.º 411 (1959), pp. 102-110.
- BARROS, M. - "Os vários problemas do alcoolismo -II". *O Médico*. Vol. XII. n.º 415 (1959), pp. 290-298.
- BARROS, M. - "Problemas de psiquiatria forense - contribuição para o esclarecimento e para a resolução de alguns problemas médico-forenses da demência senil (III)". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1705 (1976), pp. 349-360.
- BARROS, M. - "Problemas de psiquiatria forense - contribuições para o esclarecimento e para a resolução de alguns aspectos médico-forenses da demência senil (I)". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1703 (1976), pp. 253-261.

- BARROS, M. - "Problemas de psiquiatria forense - contribuições para o esclarecimento e para a resolução de alguns aspectos médico-forenses da demência senil (II)". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1704 (1976), pp. 301-309.
- BARROS, M. - "Relatório da direcção clínica do Hospital do Conde de Ferreira". Porto: Hospital do Conde de Ferreira, 1963.
- BARSA JA, K. N. S. - "Treatment of two hundred disturbed psychotics with reserpine". *JAMA*. Vol. 158. n.º 2 (1955), pp. 110-113.
- BARUK, H. - "A cultura das neuroses e das psicoses". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1714 (1976), pp. 737-740.
- BARUK, H. - "Semiologia das depressões". *O Médico*. Vol. XXIV. n.º 570 (1962), pp. 261-262.
- BELIN, J. - "Três casos de experiência dos tratamentos pela thioridazina na medicina geral (resumo)". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 303.
- BENAIM, S. - "The Effect of Chlorpromazine on the Incidence of Epileptic Phenomena during Insulin Coma Therapy". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 106. n.º 442 (1960), pp. 317-321.
- BEQUART, P. - "Traitement des psychoses maniaco-dépressives". *L'encéphale*. Vol. XLVI. n.º 1 (1957), pp. 27-32.
- BERGONIGNAN, M. e JULIEN, J. - "Nota sobre o uso de meprobamato injectável (Equanil inj.) nas complicações psíquicas do etilismo crónico (Resumo)". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 874.
- BERRIOS, G. E. - "A British contribution to the history of functional brain surgery". *Journal of Psychopharmacology*. Vol. 4. n.º 3 (1990), pp. 140-144.
- BERRIOS, G. E. - "Historical aspects of psychoses: 19th century issues". *British Medical Bulletin*. Vol. 43. n.º 3 (1987), pp. 484-498.
- BERRIOS, G. E. - "Presbyophrenia: the rise and fall of a concept". *Psychological Medicine*. Vol. 16. n.º 02 (1986), pp. 267-275.
- BESSA, S. - "Problemas de saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. L. n.º 1048 (1963), pp. 471-475.

- BIRON, A. - "O médico generalista e a elevada percentagem de doentes psíquicos que o consultam". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1430 (1970), pp. 454-456.
- BLACKWELL, B. - "Adverse effects of antidepressant drugs. Part 1: monoamine oxidase inhibitors and tricyclics". *Drugs*. Vol. 21. n.º 3 (1981), pp. 201-19.
- BLACKWELL, B. - "Adverse effects of antidepressant drugs. Part 2: 'Second generation' antidepressants and rational decision making in antidepressant therapy". *Drugs*. Vol. 21. n.º 4 (1981), pp. 273-82.
- BLACKWELL, B. - "Another amitriptyline side-effect?". *Lancet*. Vol. 1. n.º 7539 (1968), p. 426.
- BLACKWELL, B. - "Antidepressant drugs: side effects and compliance". *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 43. n.º 11 Pt 2 (1982), pp. 14-21.
- BLACKWELL, B. - "Crises hipertensivas devidas aos inibidores das monoamino-oxidase (Resumo)". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 1013.
- BLACKWELL, B. - "A critical review of oxazepam: efficacy and specificity". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 36. n.º 5 Pt. 2 (1975), pp. 17-22.
- BLACKWELL, B. - "Drug therapy: patient compliance". *New England Journal of Medicine*. Vol. 289. n.º 5 (1973), pp. 249-52.
- BLACKWELL, B. - "Minor tranquilizers: use, misuse or overuse?". *Psychosomatics*. Vol. 16. n.º 1 (1975), pp. 28-31.
- BLACKWELL, B. - "Monoamine oxidase inhibitor interactions with other drugs". *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol. 11. n.º 1 (1991), pp. 55-59.
- BLACKWELL, B. - "Monoamine oxidase inhibitors". *British Journal of Psychiatry*. Vol. 148. (1986), pp. 216-217.
- BLACKWELL, B. - "Psychotropic drugs in use today. The role of diazepam in medical practice". *JAMA*. Vol. 225. n.º 13 (1973), pp. 1637-1641.
- BLACKWELL, B. e SHEPHERD, M. - "Early evaluation of psychotropic drugs in man. A trial that failed". *Lancet*. Vol. 2. n.º 7520 (1967), pp. 819-822.
- BLACKWELL, B. e TAYLOR, D. - "An operational evaluation of monoamine oxidase inhibitors". *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Vol. 60. n.º 8 (1967), pp. 830-834.

- BLUMEN, G. e SUTTER, J.-M. - "Tratamento médico das psicoses infantis". *Jornal do médico*. Vol. LXXIII. n.º 1445 (1970), pp. 403-406.
- BOREL, J.; CAMAR, R. e BAILLY, R. - "Novas possibilidades do largactil em Psiquiatria pelo emprego de altas doses". *Terapêutica*. Vol. 37. (1956), pp. 12-18.
- BOURNE, H. - "The insulin myth". *Lancet*. Vol. 265. n.º 6793 (1953a), pp. 964-968.
- BOURNE, H. - "The insulin myth". *Lancet*. Vol. 265. n.º 6798 (1953b), p. 1259.
- BOYD, D. - "Electroshock therapy in atypical pain syndromes". *Collected papers of the Mayo Clinic and the Mayo foundation*. Vol. XLVII. (1955), pp. 583-588.
- BRAIN, R. e STRAUSS, E.B. - "Recent advances in neurology and neuropsychiatry". Bornemouth: J.&A. Churchill Ltd, 1955.
- BRANDRUP, E. e KRISTJANSEN, P. - "A Controlled Clínic Test of a New Psycholeptic Drug (Haloperidol)". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 107. n.º 449 (1961), pp. 778-782.
- BRANDT, A. M. - "No magic bullet: a social history of venereal disease in the United States since 1880". Oxford: Oxford University Press, 1987.
- BRISSET, C. - "L'avenir de la psychiatrie en France". Paris: Payot, 1972.
- BRISSET, F. - "A propos de la resépine en thérapeutique psychiatrique. Considérations et théories nouvelles sur l'usage des neuroleptiques". *L'encéphale*. Vol. XLVII. n.º 6 (1958), pp. 486-518.
- BROCHADO, A. 1943. *O choque hipoglicémico provocado: sintomatologia, fisiologia*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto.
- BROCHADO, A. - " Um acidente do choque hipoglicémico terapêutico: o coma secundário". *Imprensa Médica*. Vol. 8. n.º 18 (1942a), pp. 271-281.
- BROCHADO, A. - "Variações de temperatura durante o choque hipoglicémico terapêutico". *Portugal Médico*. Vol. 26. n.º 7 (1942b), pp. 291-301.
- BRODIE, B. A.; SHORE, P. A. e PLETSCHER, A. - "Serotonin-releasing activity limited to Rauwolfia alkaloids with tranquilizing action". *Science*. Vol. 123. n.º 3205 (1956), pp. 992-993.
- BRUN, O. - "Experiences ambulatoires avec le neuroleptique Luvatrène". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4 e 5 (1968), pp. 275-283.

- BURCH, E. A., Jr. e AYD, F. - "Depot pipotiazine 1970-1982: a review". *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 44. n.º 7 (1983), pp. 242-247.
- CAIN, J. - "Le problème des névroses expérimentales". Bruges: Desclée de Brouwer & Cie, 1959.
- CALDAS, U.; NAITZKE, J. C. e ZUCCHI, J. - "Ensaio clínico com um derivado das dibenzotiazepinas-HF 2159". *Coimbra Médica*. Vol. XIX. n.º Fascículo II-Fevereiro (1972), pp. 191-203.
- CALVO, A. F. - "Tratamento da depressão". *Jornal do Médico*. Vol. XLIV. n.º 945 (1961), pp. 549-550.
- CANCRO, R. - "The causes of the schizophrenias". *Annals of Internal Medicine*. Vol. 77. n.º 4 (1972), pp. 647-648.
- CANCRO, R. - "Contemporary review of the schizophrenic syndrome". *Current Psychiatric Therapies*. Vol. 21. (1982), pp. 241-250.
- CANCRO, R. - "Experience with a new rapid-acting antidepressant: amoxapine". *Advances in Biochemical Psychopharmacology*. Vol. 32. (1982), pp. 121-124.
- CANCRO, R. - "Genetic evidence for the existence of subgroups of the schizophrenic syndrome". *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 5. n.º 3 (1979), pp. 453-459.
- CANCRO, R. - "The treatment of schizophrenia: illusion or elusion?". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 130. n.º 6 (1973), pp. 693-694.
- CARASSO, R. - "Tranquilizantes: manejar com cautela". *O Médico*. Vol. XXVI. n.º 594 (1963), pp. 247-248.
- CARDONI, A. A. e CANCRO, R. - "A course in psychotropic drug therapy for first-year psychiatry residents". *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*. Vol. 9. n.º 6 (1975), pp. 316-320.
- CARDOSO, A. - "Problemas de saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. L. n.º 1050 (1963), pp. 578-581.
- CARDOSO, C. - "Hipnose". *Jornal do Médico*. Vol. LVII. n.º 1179 (1965), pp. 891-894.
- CARPENTER, C.; BOAK, R. e WARREN, S. - "Studies on the physiological effects of fever temperatures". *Journal of Experimental Medicine*. Vol. 56. n.º 5 (1932), pp. 751-762.

- CERLETTI, U. - "L'Elettroshock". *Rivista Sperimentale di Frenatria*. Vol. I. (1940), pp. 209-310.
- CERVEIRA, A. M.; SOUSA, B. d. A.; VASCO, F., et al. - "A articulação funcional entre os serviços de cuidados de saúde primários e os serviços diferenciados de psiquiatria". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 2. n.º 4 (1984), pp. 55-60.
- CHARATAN, F. B. E. - "An Evaluation of Chlorpromazine ("Largactil") in Psychiatry". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 100. n.º 421 (1954), pp. 882-893.
- CHARLES-NICOLAS, A. J. e LOO, H. - "Novas perspectivas em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XCIV. n.º 1757 (1977), pp. 662-664.
- CHATAGNON, C. e CHATAGNON, P. - "Modificações sanguíneas do N-amónio, N-glutamina e N-acidoaminados pelo electrochoque (resumo) ". *Coimbra Médica*. Vol. XI. (1964 (1963)), pp. 121.
- CHICHORRO, V. S. - "Destino da sífilis nervosa". *Jornal do Médico*. Vol. XXVIII. n.º 663 (1955), pp. 261-269.
- CIOMPI, L. - "Manifestações da depressão na velhice". *Jornal do Médico*. Vol. LXXI. n.º 1411 (1970), pp. 334-335.
- COHEN, R. A. - "Diagnóstico e tratamento da esquizofrenia". *Medicina Universal*. Vol. 3. n.º 7 (1960), pp. 29-30.
- COIMBRA, F. - "Um caso de morte pouco tempo depois do electrochoque". *Portugal Médico*. Vol. XXXVII. n.º 11 (1953), pp. 611-618.
- COLE, J. O. - "Psychopharmacology". *JAMA*. Vol. 162. n.º 17 (1956), pp. 1568-1568.
- COLLOMB, H.; MILLETO, G. - "O lugar do meprobamato na terapêutica neuro-psiquiátrica". *Actividades Sanitas*. n.º 27 (1957), pp. 1-5.
- CÓLON, M. F.; BRANDÃO, I.; VAZ-DA-SILVA, M., et al. - "Síndrome maligna dos neurolépticos". *Arquivos de medicina - Revista de ciência e arte médicas*. Vol. 3. n.º 1 (1989), pp. 55-60.
- COOK, L. - "Cardiazol convulsion in schizophrenia". *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Vol. XXXI. (1938), pp. 33-43.



- COOK, L. C. - "Convulsion Therapy". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 90. n.º 378 (1944), pp. 435-464.
- COOK, L. C. - "The Range of Mental Reaction States Influenced by Cardiazol Convulsions". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 84. n.º 352 (1938), pp. 664-667.
- COOK, L. C. e PALMER, H. - "The insulin myth". *Lancet*. Vol. 266. n.º 6801 (1954), pp. 48-55.
- CORRÊA, J. J. d. P. - "O primeiro banco psiquiátrico em Portugal". *Hospital Júlio de Matos*. (1962), p. 4.
- CORTESÃO, E. L. - "Depressões. Enfoque psicodinâmico". *Jornal do Médico*. Vol. LV. n.º 1151 (1963), pp. 356-362.
- CORTESÃO, E. L. - "A função do psicanalista numa sociedade em evolução". *Revista Portuguesa de Clínica e Terapêutica*. Vol. I. n.º 6 (1975), pp. 241-244.
- CORTILS, J. G. d. R. y. - "As psiconeuroses dos alérgicos". *Jornal do Médico*. Vol. XXI. n.º 529 (1953), pp. 627-628.
- COSTA, A. N. d. - "Esquizofrenia (clínica e diagnóstico)". *Jornal do Médico*. Vol. LV. n.º 1143 (1964), pp. 813-819.
- COSTA, G. d. - "Algumas considerações em torno da obra da liga de profilaxia em prol dos loucos e a assistência psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 503 (1952), pp. 441-443.
- COSTA, J. - "Anestesia potencializada". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 576 (1954), pp. 345-348.
- COSTA, N. d. - "Diagnóstico diferencial das neuroses". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 4 (1952), pp. 180-194.
- CURRAL, R.; SILVA, A. e PAIVA, F. M. - "Esquizofrenia tardia. A propósito de um caso.". *O Médico*. Vol. 124. n.º 2011 (1991), pp. 120-121.
- CURZON, G. - "How reserpine and chlorpromazine act: the impact of key discoveries on the history of psychopharmacology". *Trends in Pharmacological Sciences*. Vol. 11. n.º 2 (1990), pp. 61-63.

- CYTRYN, L. e MCKNEW, D. H. - "Depressão na infância - diagnóstico e tratamento". *Jornal do Médico*. Vol. CXII. n.º 2025 (1983), pp. 66-72.
- D'ALMEIDA, J. A. B.; MACHADO, M. A. e BESSA, J. S. - "Estudo clínico controlado dos efeitos terapêuticos da associação oxazepam-brometo de ambutónio (Sedioton)". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVIII. n.º 1661 (1975), pp. 344-346.
- DAHNE, M.; ANTY, F. e TONNEL, A. - "Resultado do ensaio da fluoresina ou ANP215 sobre as perturbações do carácter (Resumo)". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 606.
- DANOFL-BOIHAN, H.; LAB, P. e CADULAS, R. - "A amitriptilina dos estados depressivos atípicos (Resumo)". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 67.
- DAUCHY, F. - "Os inibidores da monoaminoxidase". *Jornal do Médico*. Vol. XLIX. n.º 1031 (1962), pp. 400-401.
- DELAY, J. e BENDA, P. - "L'expérience lysergique. L.S.D. - 25. A propos de 75 observations cliniques. (à suivre)". *L'encéphale*. Vol. XLVII. n.º 3 (1958), pp. 169-209.
- DELAY, J. e BENDA, P. - "L'expérience lysergique. L.S.D. - 25. A propos de 75 observations cliniques. (suite et fin)". *L'encéphale*. Vol. XLVII. n.º 4 (1958), pp. 309-344.
- DELAY, J. e CLOUTIER, F. - "Coma post-hypoglycémique. Etude pathogénique". *L'encéphale*. Vol. XLI. n.º 6 (1952), pp. 505-519.
- DELAY, J.; CLOUTIER, F.; LAINÉ, B., et al. - "Les séquelles mentales du coma post-hypoglycémique". *L'encéphale*. Vol. XLI. n.º 6 (1952), pp. 520-526.
- DELAY, J.; LAINÉ, B. e BENDA, P. - "Comas insulínicos et stéroïdes urinaires". *L'encéphale*. Vol. XLIII. n.º 2 (1954), pp. 149-165.
- DELAY, J.; PICHOT, P.; PERSE, J., et al. - "Etude expérimentale des modifications psychologiques produites par les traitements à l'A.C.T.H. et la cortisone". *L'encéphale*. Vol. XLI. n.º 5 (1952), pp. 393-406.
- DENIKER, P. - "Drogas modernas e novas toxicomanias". *Jornal do Médico*. Vol. 75. n.º 1476 (1971), pp. 581-583.

- DENIKER, P. - "Formes cliniques et diagnostic des psychoses thymiques (plan de question)". *L'encéphale*. Vol. XLVI. n.º 1 (1957a), pp. 19-25.
- DENIKER, P. - "Hibernothérapies et médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique". *L'encéphale*. Vol. XLVI. n.º 3 (1957b), pp. 281-398.
- DEPAULO, J. R., Jr. e AYD, F. - "Loxapine: fifteen years' clinical experience". *Psychosomatics*. Vol. 23. n.º 3 (1982), pp. 261-271.
- DIAS, A. M. R.; BRAGA, M. L.; OLIVEIRA, C., et al. - "Análise do internamento de doentes num serviço de medicina no ano de 1985". *Boletim do Hospital de S. Marcos*. n.º 3 (1986), pp. 147-154.
- DIAS, C. A. - "Algumas considerações sobre as bases experimentais da psicologia e psiquiatria dinâmicas". *Medicina - revista de clínica, investigação, saúde pública e temas paramédicos*. Vol. I. n.º 12 (1976), pp. 739-748.
- DIAS, C. A. - "Contribuição à psicoterapia das psicoses maníaco depressivas". *O Médico*. Vol. 113. n.º 1753 (1985), pp. 176-180.
- DIAS, C. A. - "Medicina psicossomática e psicanálise". *Medicina - revista de clínica, investigação, saúde pública e temas paramédicos*. Vol. I. n.º 5 (1976b), pp. 257-267.
- DIAZ, J. R. M. - "Higiene mental e trabalho". *O Médico*. n.º 52 (1952), pp. 396-397.
- DINIZ, R. e ROCHA, J. P. d. - "O Sulpiride, novo psicofármaco no tratamento das psicoses e das neuroses". *Anais Azevedos*. Vol. XXI. n.º 2 (1971), pp. 87-101.
- DIVRY, P.; BOBON, J. e COLLARD, J. - "R-1625: a new drug for the symptomatic treatment of psychomotor excitation". *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*. Vol. 58. n.º 10 (1958), pp. 878-888.
- DIVRY, P.; BOBON, J.; COLLARD, J., et al. - "Study & clinical trial of R 1625 or haloperidol, a new neuroleptic & so-called neurodysleptic agent". *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*. Vol. 59. n.º 3 (1959), pp. 337-366.
- DROUX, A. - "Depressão e neurotransmissão serotoninérgica". *Espaço Médico*. n.º 41 (1983), pp. 2-8.
- DROUX, A. e MEIRELES, H. - "Um programa de psiquiatria integrada nos cuidados de saúde". *O Médico*. Vol. 115. n.º 1797 (1986), pp. 62-67.

- EIBER, H. B. - "Combined chlorpromazine-rauwolfia serpentina therapy in essential hypertension: Preliminary report". *JAMA*. Vol. 158. n.º 9 (1955), pp. 730-731.
- EISENBERG, L. - "O futuro da psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXV. n.º 1609 (1974), pp. 164-168.
- ENOCH, M. D. e ROBIN, A. A. - "A Controlled Trial of Haloperidol in Chronic Schizophrenics". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 106. n.º 445 (1960), pp. 1459-1467.
- ESCANDE, M. e GAYRAL, L. - "As formas atípicas e as formas graves da depressão". *Jornal do Médico*. Vol. XC. n.º 1688 (1976), pp. 192-195.
- ESCOUROLE, R. - "Syndrome mélancolique". *L'encéphale*. Vol. XLVI. n.º 1 (1957), pp. 3-9.
- FANCHAMPS, A. - "Caracteres farmacodinâmicos dos neurolépticos e dos anti-depressores em experimentação animal". *Arquivos do Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental*. Vol. 14. (1967-1968), pp. 5-34.
- FAUCETT, R.; LITIN, E. e ACHOR, R. - "Neuropharmacologic action of Rauwolfia compounds and its psychodynamic implications". *Collected papers of the Mayo Clinic and the Mayo foundation*. Vol. XLVIII. (1956), pp. 576-579.
- FAURE, H. - "Cure de sommeil collective et psychothérapie de groupe". Paris: Masson & Cie, 1958.
- FAZEKAS JF, S. - "Management of acutely disturbed patients with promazine (sparine)". *JAMA*. Vol. 161. n.º 1 (1956), pp. 46-49.
- FERNANDES, A. - "Higiene mental do trabalho". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 900 (1960), pp. 906-910.
- FERNANDES, B. - "Acção terapêutica da leucotomia préfrontal". *Medicina Contemporânea*. Vol. 67. n.º 7 (1949), pp. 243-271.
- FERNANDES, B. - "Actualização de temas psiquiátricos (introdução e conspecto geral)". *Jornal do Médico*. Vol. LXVII. n.º 1344 (1968), pp. 321-329.
- FERNANDES, B. 1938. *Análise clínica dos síndromas hipercinéticos : patopsicologia-fisiopatologia*. Dissertação de concurso para o título de professor agregado de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa, FMUL.

- FERNANDES, B. - "As depressões latentes e o seu tratamento". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1543 (1972), pp. 619-622.
- FERNANDES, B. - "A camada do espírito em Psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. LIII. n.º 1106 (1964), pp. 829-845.
- FERNANDES, B. - "Classement des effets psychopharmacodynamiques sur la personnalité et sur les syndromes psychopathologiques". *L'Encéphale*. Vol. 2. (1965), pp. 155-173.
- FERNANDES, B. - "A clínica psiquiátrica universitária de Lisboa". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 28-43.
- FERNANDES, B. - "Clorpromazina, reserpina e a chamada «farmacopsiquiatria»". *Jornal do Médico*. n.º 680 (1956), pp. 237-243.
- FERNANDES, B. - "Conclusão - o conceito das neuroses - orientação terapêutica". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 4 (1952), pp. 249-270.
- FERNANDES, B. - "Considerações sobre a leucotomia". *Medicina Contemporânea*. Vol. 65. n.º 4 (1947), pp. 137-146.
- FERNANDES, B. - "Da Assistência psiquiátrica para a a saúde mental". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VIII. n.º 10 (1959), pp. 603-633.
- FERNANDES, B. - "Do grupo operacional para a equipa terapêutica". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIX. n.º 1526 (1972), pp. 723-725.
- FERNANDES, B. - "Dos medicamentos à personalidade. Integração psicossomática da terapêutica.". *Separata do Jornal do Médico*. n.º 717 (1956), 16 pp.
- FERNANDES, B. - "Drugs, Psychotherapy and Vital transference". *American Journal of Psychotherapy*. Vol. XII. n.º 2 (1958), pp. 243-252.
- FERNANDES, B. - "Ecos das jornadas luso-brasileiras". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 516 (1952), pp. 1031-1036.
- FERNANDES, B. - "Editorial: Progressos da assistência psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XL. n.º 872 (1959), p. 872.
- FERNANDES, B. - "Efets Psycho-Somatiques de la chlorpromazine". *L'encéphale*. Número especial (1956), pp. 28-33.

- FERNANDES, B. - "A esquizofrenia no 2º Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique". *A Medicina Contemporânea*. n.º 12 (1957), pp. 577-599.
- FERNANDES, B. - "Estruturas da personalidade e farmacopsicoterapia". *Arquivos portugueses de Psiquiatria*. n.º 1 (1967), pp.1-10.
- FERNANDES, B. - "Esquizofrenias agudas e holodisfrenias (um grupo de psicoses fásicas endógenas)". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 9. (1957), pp. 142-176.
- FERNANDES, B. - "Experiência terapêutica e ocupacional no Hospital Júlio de Matos - Lisboa". *Separata de Lisboa Médica*. n.º 1,2,3-21 (1944), 96 pp.
- FERNANDES, B. - "Farmaco-psicodinâmica e relação terapêutica". *Actas Luso-Espanólas de Neurologia y Psiquiatria*. Vol. XXX. n.º 1 (1971), pp. 3-16.
- FERNANDES, B. - "A farmacopsicodinamia (elo de ligação entre os medicamentos e a psicoterapia)". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVII. n.º 1639 (1975), pp. 5-12.
- FERNANDES, B. - "Farmacopsicoterapia da angústia". *Jornal do Médico*. Vol. XLV. n.º 968 (1961), pp. 731-738.
- FERNANDES, B. - "Farmacopsicoterapia da angústia". *Jornal do Médico*. Vol. XXXXV. n.º 968 (1961), pp. 731-738.
- FERNANDES, B. - "Fármacos e relação terapêutica. Perspectivas psicossomáticas - cooperação com o clínico geral". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIV. n.º 1465 (1971), pp. 701-708.
- FERNANDES, B. - "A higiene mental: nova utopia ou via de aperfeiçoamento humano?". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 467 (1952), pp. 6-14.
- FERNANDES, B. - "La thérapeutique occupationnelle en psychiatrie". Paris: Hermann & C. éditeurs, 1954.
- FERNANDES, B. - "A leucotomia pré-frontal". *A Medicina Contemporânea*. n.º 5 (1957), pp. 235-258.
- FERNANDES, B. - "Mais uma década de terapêutica ocupacional". *O Médico*. Vol. II. n.º 159 (1954), pp. 773-777.
- FERNANDES, B. - "Miguel Bombarda". *O Médico*. n.º 41 (1952), pp. 169-172.

- FERNANDES, B. - "No signo de Hipócrates - a questão da leucotomia". *O Médico*. n.º 67 (1952), p. 681.
- FERNANDES, B. - "Nota sobre a legislação psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XXIV. n.º 605 (1954), pp. 921-924.
- FERNANDES, B. - "Novos tratamentos em psiquiatria: personalidade e psicofármacos". *Separata d'O Médico*. n.º 644 (1964), 28 pp.
- FERNANDES, B. - "O caso especial dos hospitais psiquiátricos". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VII. n.º 12 (1958), pp. 845-863.
- FERNANDES, B. - "O conceito das neuroses - orientação terapêutica". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 4. n.º 4 (1952), pp. 249-270.
- FERNANDES, B. - "O problema da saúde mental". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), pp. 61-92.
- FERNANDES, B. - "O sentido da obra de Henry Ey para a psiquiatria actual". *Jornal do Médico*. Vol. CII. n.º 1869 (1980), pp. 32-41.
- FERNANDES, B. - "O síndrome da hipopatia (a dor nos leucotomizados)". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 514 (1952), pp. 921-926.
- FERNANDES, B. - "O sistema dos instintos na teoria e na práxis da psiquiatria". *O Médico*. Vol. 117. n.º 1862 (1987), pp. 640-644.
- Fernandes, B - "Organicismo e psicologismo à luz da terapêutica. Ponto de vista convergente.". *A Medicina Contemporânea*. Vol. 69. n.º 1 (1950), pp.1-23
- FERNANDES, B. - "Os ictos na paralisia generalizada, icto paralítico de forma amiostática hipertónica". *Separata da Imprensa Médica*. Vol. III. n.º 19 (1937), 35 pp.
- FERNANDES, B. - "Os psicofármacos nas situações de urgência psiquiátrica". *Separata da Revista Portuguesa de Terapêutica Médica*. Vol. 2. n.º 3 (1968), pp. 175-185.
- FERNANDES, B. - "Papel pedagógico da ergoterapia nas doenças mentais". *Clínica, Higiene e Hidrologia*. n.º 5 (1939), pp. 114-119.
- FERNANDES, B. - "A participação portuguesa no II Congresso Internacional de Psiquiatria em Zurique ". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), pp. 13-30.

- FERNANDES, B. - "Personalidade e farmacopsicoterapia". *Arquivos Portugueses de Psiquiatria*. n.º 1 (1967), pp. 5-40.
- FERNANDES, B. - "Personalidade e medicina". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 497 (1952), pp. 192-200.
- FERNANDES, B. - "Personalidade e terapêutica - a farmacopsicoterapia como experiência psicológica". *Jornal do Médico*. Vol. XLVIII. n.º 1008 (1962), pp. 125-136.
- FERNANDES, B. - "Perspectivas da evolução da personalidade". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. n.º 849 (1959), pp. 5-17.
- Fernandes, B. – “Ponto de vista convergente no estudo do homem”. *Separata da Revista Filosófica*. nº1 (1951), 19 pp.
- FERNANDES, B. - "Possibilidades eugénicas nas psicopatias". *Separata da Medicina Contemporânea*. Vol. 31-32. (1941), 42 pp.
- FERNANDES, B. - "Problemas da saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 891 (1960), pp. 417-424.
- FERNANDES, B. - "Problems of psychiatry - III -Operational classification and individual diagnosis structured and personalized". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 32. n.º 2 (1986), pp. 45-52.
- FERNANDES, B. - "Professor António Flores". *Jornal do Médico*. Vol. XXI. n.º 521 (1953), pp. 192-194.
- FERNANDES, B. - "A psiquiatria do futuro". *O Médico*. Vol. 115. n.º 1810 (1986), pp. 544-554.
- FERNANDES, B. - "A psiquiatria no ano de 1960". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 11-15.
- FERNANDES, B. - "A psiquiatria no quadro das ciências ". *Jornal do Médico*. Vol. LI. n.º 1067 (1963), pp. 509-514.
- FERNANDES, B. - "Psiquiatria social". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1577 (1973), pp. 1061-1063.
- FERNANDES, B. - "Psiquiatria social. Modelo antropológico médico da doença/saúde mental". *Acta Médica portuguesa*. n.º 2 (1979), p. 251.



- FERNANDES, B. - "Psychopharmacodynamie des neuroleptiques: effets d'organisation sur les syndromes paranoïdes". *International Pharmaco-psychiatrie*. n.º 3 (1970), pp. 94-118.
- FERNANDES, B. - "Pulido Valente: da psiquiatria biológica para a orientação clínica". *O Médico*. Vol. 113. n.º 1752 (1985), pp. 125-126.
- FERNANDES, B. - "Relação médico-doente e a psicofarmacodinamia". *Separata d'O Médico*. n.º 758 (1966), 20 pp.
- FERNANDES, B. - "Relações da neurologia com a psiquiatria na obra de Magalhães Lemos". *Portugal médico*. Vol. XL. n.º 1 (1956), pp. 1-12.
- FERNANDES, B. - "Report on a study trip to the United States of America and Canada". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), pp. 225-243.
- FERNANDES, B. - "Saúde mental e serviço nacional de saúde". *Jornal do Médico*. Vol. XC. n.º 1697 (1976), pp. 5-6.
- FERNANDES, B. - "A saúde mental perante a chamada antipsiquiatria". *Saúde Mental*. Vol. IV. n.º 13 (1972), pp. 5-10.
- FERNANDES, B. - "Síntese do colóquio - O Luvatréne como neuroléptico". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4 e 5 (1968), pp. 306-320.
- FERNANDES, B. - "Sur la leucotomie". n.º 5 (1953), pp. 39-42.
- FERNANDES, B. - "A terapêutica das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 889 (1960), pp. 309-313.
- FERNANDES, B. - "Um modelo teórico da personalidade em situação como ordenador da psiquiatria clínica". *Jornal do Médico*. Vol. LXI. n.º 1243 (1966), pp. 625-644.
- FERNANDES, B. - "Uma crítica de um veterano da saúde mental". *O Médico*. Vol. 123. n.º 1987 (1990), p. 33.
- FERNANDES, B. - "Uma hipótese sobre as relações psicofísicas". *A Medicina Contemporânea*. n.º 3 (1955), pp. 122-141.
- FERNANDES, B.; CALDEIRA, C.; BAPTISTA, F., et al. - "Estudo clínico do Lorazepam". *Revista Portuguesa de Clínica e Terapêutica*. Vol. I. n.º Suplemento ao número 3 (1975), 19 pp.

- FERNANDES, B.; DINIS, S.; COSTA, N. d., et al. - "Synthèse des traitements psychothérapeutiques et somatiques". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 10. n.º 10 (1958), pp. 153-170.
- FERNANDES, B. e MENDES, F. - "Experiência farmacopsicoterápica numa consulta de neuroses". *Separata d'O Médico*. n.º 484 (1960), 10 pp.
- FERNANDES, B. e POLÓNIO, P. - "Indications for the treatment of Mental Diseases by Physical Methods". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 92. n.º 389 (1946), pp. 794-800.
- FERNANDES, B.; POLÓNIO, P. e DINIS, J. S. - "Adenda à proposta de adaptação portuguesa para a classificação internacional de doenças mentais". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1434 (1970), p. 659.
- FERNANDES, B.; POLÓNIO, P. e GOMES, S. - "Estudos clínicos e psicológicos sobre a leucotomia". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 1. n.º 1 (1949), pp. 82-114.
- FERNANDES, B.; POLÓNIO, P. e GOMES, S. - "Experiência clínica com o electrochoque (e suas relações com outros tratamentos)". *Imprensa Médica*. Vol. 10. n.º 9 (1944), pp. 141-149.
- FERNANDES, B.; POLÓNIO, P. e SEABRA-DINIS, J. - "Classificação internacional das doenças mentais - proposta de adaptação portuguesa". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1428 (1970), pp. 300-308.
- FERNANDES, B.; SEABRA-DINIS, J.; COSTA, N. d., et al. - "Síntese dos tratamentos somáticos e psicoterápicos na esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 779-788.
- FERNANDES, B. e SILVA, L. d. - "O terceiro congresso mundial de psiquiatria em Montreal". *O Médico*. Vol. XX. n.º 522 (1961), pp. 338-351.
- FERNANDES, B. e SIMÕES, M. - "Homo faber e homo ludens na instituição terapêutica". *Acta Médica Portuguesa*. n.º 24 (1983), pp. 245-247.
- FERNANDES, M. A. - "As antinomias na psicoterapia "junguiana" em resenha informativa para a psiquiatria dinâmica". *Jornal do Médico*. Vol. LVII. n.º XXV (1965), pp. 741-746.

- FERNANDES, M. A. - "Panorama actual da psicoterápia". *O Médico*. Vol. XXII. n.º 540 (1962), pp. 146-149.
- FERNANDES, M. A. - "Psicoterapia da esquizofrenia em bases analíticas do delírio". *Jornal do Médico*. Vol. LIII. n.º 1103 (1964a), pp. 629-654.
- FERNANDES, M. A. - "Psicoterapia da esquizofrenia em bases analíticas do delírio (continuação do número anterior)". *Jornal do Médico*. Vol. LIII. n.º 1104 (1964b), pp. 697-709.
- FERNANDES, M. A. e LEMOS, A. S. d. - "A psicoterápia na clínica hospitalar". *O Médico*. n.º 49 (1952), pp. 329-332.
- FERNANDEZ-ZOILA, A. - "L'assistance psychiatrique au Portugal". *L'evolution psychiatrique*. n.º 1 (1959), pp. 155-174.
- FERREIRA, A. G. - "Perspectivas actuais da Psiquiatria Social - Análise da assistência psiquiátrica portuguesa - A formação de técnicos psiquiátricos". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1541 (1972), pp. 483-492.
- FERREIRA, A. G. - "Relatório do V Congresso Mundial de Psiquiatria". *Saúde Mental*. Vol. V. n.º 15 (1973), pp. 45-47.
- FERREIRA, E. M. - "Síndromes parkinsónicas". *Jornal do Médico*. Vol. XLIX. n.º 1037 (1962), pp. 937-948.
- FERREIRA, G. - "Evolução das instituições psiquiátricas e cuidados de saúde mental em Portugal". *Saúde Mental Hoje*. Vol. 1. n.º 1 (1987), pp. 3-7.
- FERREIRA, N. G. - "Leucotomia e personalidade". *Acção Médica*. Vol. Ano XXIV. n.º 94 (1959), pp. 93-117.
- FIAMBERTI, A.-M. - "Le méthode transorbitaire de la leucotomie préfrontale". *L'encéphale*. Vol. XLI. n.º 1 (1952), pp. 1-14.
- FIGUEIRA, M. L.; SOUSA, M. P. d.; PESTANA, L. C., et al. - "Anxiety and cognitive dysfunction. The effect of two benzodiazepines - alprazolam and bromazepam - in a double-blind trial". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 33. n.º 1 (1987), pp. 17-30.
- FIGUEIREDO, A. B. d. - "Duas observações clínicas a propósito do Luvatrène". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4 e 5 (1968), pp. 266-270.

- FILHO, H. G. d. A. - "O homem no seu diálogo com o mundo". *Separata do Jornal do Médico* (1960), 15 pp.
- FINK, M. - "ECT: for whom is its use justifies?". *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol. 4. n.º 6 (1984), pp. 303-304.
- FINK, M. - "Meduna and the origins of convulsive therapy". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 141. n.º 9 (1984), pp. 1034-1041.
- FINK, M. - "Pharmacoelectroencephalography: a note on its history". *Neuropsychobiology*. Vol. 12. n.º 2-3 (1984), pp. 173-178.
- FINK, M.; SHAW, R.; GROSS, G. E., et al. - "Comparative study of chlorpromazine and insulin coma in therapy of psychosis". *JAMA*. Vol. 166. n.º 15 (1958), pp. 1846-1850.
- FLAMANT, J. - "As aplicações do Largactil na medicina interna (resenha)". *O Médico*. Vol. III. n.º 200 (1955), pp. 670-674.
- FLAVINI, H. - "Tratamento das insónias". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 63.
- FLEMING, B. G. e CURRIE, J. D. C. - "Investigation of a New Compound, B.W.203, and of Chlorpromazine in the Treatment of Psychosis". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 104. n.º 436 (1958), pp. 749-757.
- FLORES, A. - "O 1º Congresso Mundial de Psiquiatria". *A Medicina Contemporânea*. n.º 2 (1951), pp. 55-88.
- FLORES, A. - "Orientação do Hospital Júlio de Matos". *Jornal do Médico*. Vol. XXI. n.º 521 (1953), pp. 183-189.
- FONSECA, A. F. d. - "Editorial: Psiquiatria e genética". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1147 (1965), p. 3.
- FONSECA, A. F. d. - "Eugenia em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. LVIII. n.º 1191 (1965), pp. 661-672.
- FONSECA, A. F. d. - "Genética das perturbações afectivas". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1151 (1965), pp. 349-355.
- FONSECA, A. F. d. - "Hereditariedade das neuroses e das psicopatias". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1149 (1965), pp. 237-244.

- FONSECA, A. F. d. - "Hereditariedade na epilepsia e nas psicoses orgânicas". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1156 (1965), pp. 645-652.
- FONSECA, A. F. d. - "Hereditariedade na esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1153 (1965), pp. 461-468.
- FONSECA, A. F. d. - "Higiene mental da juventude". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 935 (1960), pp. 927-935.
- FONSECA, A. F. d. - "Higiene mental da infância". *Jornal do Médico*. Vol. LIII. n.º 1101 (1964), pp. 497-508.
- FONSECA, A. F. d. - "A psicoterapia de grupo e as suas limitações". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 15-19.
- FONSECA, A. F. d. - "A Psiquiatria nos hospitais gerais, na Grã-Bretanha". *Imprensa Médica*. Vol. Ano XX. n.º 2 (1956), pp. 95-100.
- FONSECA, A. F. d. e RODRIGUES, C. - "Clorimipramina e funções psicológicas". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1575 (1973), pp. 953-954.
- FONSECA, F. d. 1959. *Análise heredo-clínica das perturbações afectivas*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto.
- FONSECA, F. d. - "Instituto de saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. L. n.º 1050 (1963), pp. 543.
- FONSECA, F. d. - "Valor actual do electrochoque na terapêutica das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 919 (1960), pp. 11-14.
- FONSECA, F. d. e MENDES, F. - "O electrochoque modificado". *Jornal do Médico*. Vol. 34. n.º 724 (1956), pp. 653-656.
- FONSECA, F. d.; PALHA, A. P. e PAIVA, M. - "Alguns dados sobre a redifinição de uma unidade de tratamento psiquiátrico num hospital geral". *Separata do Jornal do Médico*. (1981), 9 pp.
- FONSECA, F. d.; RENTE, F. e SANTOS, A. - "Psicossomática e dermatoses". *Actas VI congresso Luso-Espanhol Dermatologia*. Vol. 1. (1966), pp. 239-243.
- FONTES, V. - "Nova especialidade médica: a neuropsiquiatria infantil". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VIII. n.º 7 (1959), pp. 451-454.

- FONTES, V. - "O segredo profissional e a narco-análise". *Medicina - revista de ciências médicas e humanismo*. n.º 69/70 (1952), pp. 51-68.
- FONTES, V. - "Reuniões e congressos de psiquiatria infantil". *Jornal do Médico*. Vol. XLVI. n.º 984 (1961), pp. 807-808.
- FOOTE, E. S. - "Combined Chlorpromazine and Reserpine in the Treatment of Chronic Psychotics". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 104. n.º 434 (1958), pp. 201-205.
- FORTES, E. B. - "Tratamento da coreia infantil pela clorpromazina". *Portugal Médico*. Vol. XLI. n.º 8-9 (1957), pp. 482-489.
- FREEMAN, A. W. e COHEN, B. M. - "Preliminary Observations on the Epidemiology of Mental Disease". *American Journal of Public Health and Nation's Health*. Vol. 29. n.º 6 (1939), pp. 633-635.
- FREEMAN, W. - "La psychochirurgie et la morale medicale". *Anais Azevedos*. n.º 4-5 (1956), pp. 194-203.
- FREEMAN, W. e WATTS, J. W. - "An Interpretation of the Functions of the Frontal Lobe: Based upon Observations in Forty-Eight Cases of Prefrontal Lobotomy". *Yale Journal of Biological Medicine*. Vol. 11. n.º 5 (1939), pp. 527-539.
- FREEMAN, W. e WATTS, J. W. - "Prefrontal lobotomy in the treatment of mental disorders". *Southern Medical Journal*. Vol. 30. n.º 1 (1937), pp. 23-31.
- FREIRE, L. N. - "Sobre a medicina psicossomática". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 761 (1957), pp. 842.
- FREITAS, M. D. A. - "Missão médico-psiquiatra a Cabo Verde". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVII. n.º 1642 (1975), pp. 157-159.
- FURTADO, D. - "Digest des travaux sur nerfs périphériques, muscles et M. G.. présentés au 11ème Congrès International de Sciences Neurologiques". *Revista Portuguesa de Medicina Militar*. Vol. 8. n.º 1-2-3 (1960), pp. 70-78
- FURTADO, D. - "Ensaio clínico e experimentais com imipramina (Tofranil)". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 920 (1960), pp. 45-49.
- FURTADO, D. - "A esquizofrenia e o congresso de Zurique". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 766 (1957), 9 pp.

- FURTADO, D. - "Esquizofrenia e psicoses colectivas". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 768 (1957), pp. 212-215.
- FURTADO, D. - "Les rapports des thérapeutiques endocriniennes et vasomotrices en psychiatrie". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 3. n.º 3 (1951), pp. 64-74.
- FURTADO, D. - "Miguel Bombarda". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 470 (1952), pp. 201-205.
- FURTADO, D. - "Neurologia: posição actual e perspectivas do futuro". *Jornal do Médico*. Vol. XXI. n.º 525 (1953), pp. 365-381.
- FURTADO, D. - "Psicanálise e sua situação entre nós". *Jornal do Médico*. Vol. XL. n.º 874 (1959), pp. 293-302.
- FURTADO, D. - "A psiquiatria e os exércitos modernos". *Revista Portuguesa de Medicina Militar*. Vol. 9 e 10. n.º 1 a 6 (1961-62), pp. 84-97.
- FURTADO, D. - "A psiquiatria e os exércitos modernos". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 498 (1952), pp. 233-243.
- FURTADO, D. - "Sistemática das depressões e sua terapêutica". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 899 (1960), pp. 845-860.
- FURTADO, D. - "Terapêutica das psicoses, método convulsionante". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CV. n.º 1-6 (1941), pp. 3-46.
- GABRIEL, A. R. - "PM-GM succinylcholine modified electroshock therapy". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 19. n.º 7, Part 2 (1958), pp. 75-6.
- GALINDO, A. M. - "Os psicofármacos na clínica médica geral". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1536 (1972), pp. 214-219.
- GARÇÃO, P. M. - "Guerra Psicológica". *Revista Portuguesa de Medicina Militar*. Vol. 8. n.º 1-2-3 (1960), pp. 79-92.
- GARZA-TREVINO, E. S.; VOLKOW, N. D.; CANCRO, R., et al. - "Neurobiology of schizophrenic syndromes". *Hospital Community Psychiatry*. Vol. 41. n.º 9 (1990), pp. 971-80.
- GAYRAL, L. e ESCANDE, M. - "Os fármacos psicotrópicos e os doentes idosos". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1567 (1973), pp. 449-452.

- GEIGER, H. e FINKELSTEIN, B. - "Largactil (Chlorpromazine) in the Treatment of Tuberculosis". *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. Vol. 84. n.º 37 (1954), pp. 1063-1064.
- GEORGE, R. e LOMAX, P. - "The effects of morphine, chlorpromazine and reserpine on pituitary-thyroid activity in rats". *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. Vol. 150. n.º 1 (1965), pp. 129-134.
- GIL, M. T. - "Observações psicopatológicas com clorimipramina". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1576 (1973), pp. 1019-1025.
- GILMORE, T. H. e SHATIN, L. - "Quantitative Comparison of Clínical Effectiveness of Chlorpromazine and Promazine". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 105. n.º 439 (1959), pp. 508-510.
- GINESTET, D. - "Prescrições inadequadas de ansiolíticos". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXIX. n.º 1679 (1975), pp. 419-420.
- GLASER Gh, M. H. - "Effects of corticotropin (acth) and cortisone on disorders of the nervous system". *JAMA*. Vol. 148. n.º 11 (1952), pp. 898-904.
- GOLDMAN, D. - "Tratamento dos estados psicótico com pequenas doses de derivados da fenotiazina". *Medicina Universal*. Vol. I. n.º 2 (1958), pp. 102-103.
- GOLDMAN, D. - "Treatment of psychotic states with chlorpromazine". *JAMA*. Vol. 157. n.º 15 (1955), pp. 1274-1278.
- GOMES, J. B. - "A angústia e seu tratamento. Ensaio clínico com o Adumbran". *Jornal do Médico*. Vol. 75. n.º 1470 (1971), pp. 214-216.
- GRAÇA, A. - "O hospital de dia num hospital geral". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 20-23.
- GREEN, A. - "Actualités thérapeutiques 1955 en psychiatrie". *L'encéphale*. Vol. XLV. n.º 2 (1956), pp. 172-197.
- GRIFFIT, G. C. e OBLAT, R. W. - "Icterícia e hepatites nos pacientes que têm tomado inibidores da hidrazina-base monamina oxidase". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 1186.
- GROB, G. N. - "Origins of DSM-I: a study in appearance and reality". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 148. n.º 4 (1991), pp. 421-31.



- GUEDES, B. - "Higiene Mental na formação da personalidade". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 930 (1960), pp. 542-552.
- GUEDES, B. - "O metilperidol na personalidade do doente". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4 e 5 (1968), pp. 284-288.
- GUEDES, B. - "O metilperidol na personalidade do doente". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4-5 (1968), pp. 284-288.
- GUERRA, M. - "Discussão do relatório "Projecção social da saúde mental"". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 936 (1960), pp. 998-999.
- GUERRA, M. - "Fisiologia das emoções". *A Medicina Contemporânea*. n.º 71 (1953), p. 83.
- GUERRA, M. - "Uma interessante comunicação do professor Miller Guerra". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 884 (1960), p. 61.
- GUIMARÃES, F. - "Recursos terapêuticos e profiláticos das águas minerais portuguesas". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 11. (1953), pp. 7-30.
- GUIMARÃES, J. A. - "Hormonas e mediadores químicos na actividade psíquica". *Imprensa Médica*. Vol. Ano XIX. n.º 9 (1955), pp. 507-526.
- GUIMARÃES, J. L. - "Aspectos farmacológicos da hibernação artificial". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 13. (1957), pp. 71-123.
- GUIMARÃES, J. L. - "Ganglioplégicos". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 12. (1955), pp. 163-187.
- GUIMARÃES, J. L. - "Medicação anti-histamínica". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 11. (1953), pp. 125-153.
- GUIMARÃES, J. L. - "Sobre as acções anti-histamínica e adrenolítica da clorpromazina". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 13. (1957-1959), pp. 155-166.
- GULOTTA, S. J. - "A clorpromazina no tratamento do choque cardiogénico". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIV. n.º 1457 (1971), pp. 231-233.
- GUYOTAT, J. e LAMBERT, P.-A. - "A imipramina nas suas associações terapêuticas". *Jornal do Médico*. Vol. XLII. n.º 912 (1960), pp. 557-558.

- H. GOMES DE ARAÚJO, F. - "O psicógeno e o psicossomático". *Jornal do Médico*. Vol. XLIX. n.º 1033 (1962), pp. 513-517.
- H. GOMES DE ARAÚJO, F. - "Uso da iproniasida nos síndromes depressivos". *O Médico*. Vol. X. n.º 394 (1959), pp. 606-616.
- H. GOMES DE ARAÚJO, F. - "Utilização da reserpina (Serpasil) em neuro-psiquiatria". *O Médico*. Vol. III. n.º 200 (1955), pp. 656-669.
- HAASE, H.J. - "Valeur thérapeutique des symptômes extra-pyramidaux dans le traitement à la Chlorpromazine et réserpine". *L'encéphale*. Vol. XLVII. n.º 6 (1958), pp. 519-532.
- HARRIS, R. - "Effects of oral sex hormones and reserpine in elderly men". *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 6. n.º 4 (1958), pp. 297-305.
- HAYNAL, A. - "Psicoterapia do adolescente". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1436 (1970), pp. 758-759.
- HENSEN, A. E. - "Efeito dos tranquilizantes na morbidade e mortalidade num hospital de doenças mentais". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), pp. 352.
- HERTZ, H. - "La psychologie appliquée". *Labo Pharma*. n.º 31 (1956), pp. 32-34.
- HINTON, J. - "Sedativos e hipnóticos". *Jornal do Médico*. Vol. LXVII. n.º 1345 (1968), pp. 397-399.
- HODGE, J. R. - "Os sintomas da depressão". *Momento Médico - edição portuguesa de Medical Times*. n.º 164 (1974), pp. 29-31.
- HODGE, J. R. - "Psiquiatria para o clínico geral. Avaliação da doença mental.". *Momento Médico - edição portuguesa de Medical Times*. n.º 150 (1973), pp. 17-18.
- HODGE, J. R. - "A psiquiatria não é um mistério". *Momento Médico - edição portuguesa de Medical Times*. n.º 142 (1972), pp. 5-6.
- HOFFMAN, J. L. - "Clinical observations concerning schizophrenic patients treated by prefrontal leukotomy". *New England Journal of Medicine*. Vol. 241. n.º 6 (1949), pp. 233-236.
- HOLLISTER, L. E.; Eikenberry, D. T. e Raffel, S. - "Chlorpromazine in Nonpsychotic Patients with Pulmonary Tuberculosis 1". *American Review of Respiratory Disease*. Vol. 81. n.º 4 (1960), pp. 562-566.

- HUGUENARD, P. - "A hibernação artificial em 1955-1956". *Triângulo - jornal Sandoz das ciências médicas*. Vol. II. n.º 6 (1956), pp. 217-227.
- ÍLHARCO, F. - "Nótulas sobre a leucotomia de Egas Moniz". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 2. n.º 2 (1950), pp. 260-273.
- IMLAH, N. W. - "Esquizofrenia e tratamento". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVIII. n.º 1664 (1975), pp. 454-456.
- JACOBSEN, E. - "Suavitil. Uma nova droga com efeito específico sobre o Sistema Nervoso Central". *Actividades Sanitas*. n.º 17 (1955), pp. 1-6.
- JAEGGI, F. e SILVA, A. M. d. - "Psiquiatria em Génève: história, actualidade e projectos". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 893 (1960), pp. 560-562.
- JAKOBSEN, E. - "Acerca de psiconeuroses e outras doenças mentais". *Actividades Sanitas*. n.º 20 (1956), pp. 1-20.
- JANZ, H.-W. - "Novos caminhos da psiquiatria". *O Médico*. Vol. XXV. n.º 586 (1962), pp. 457-461.
- JARVIE, H. F. - "Prognosis of depression treated by electric convulsion therapy". *British Medical Journal*. Vol. 1. n.º 4854 (1954), pp. 132-4.
- JEFFERSON, J. W. e AYD, F. - "Combining lithium and antidepressants". *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol. 3. n.º 5 (1983), pp. 303-7.
- JIMENO, S. A. - "Psicofármacos". *Jornal do Médico*. Vol. XLIX. n.º 1030 (1962), pp. 347-348.
- JOHNSON, S. A. M. - "Psiquiatria para o clínico geral. Tiques, ilusões e fobia". *Momento Médico - edição portuguesa de Medical Times*. n.º 151 (1973), pp. 25-30.
- JOSEPH A. B. e KLINE, N. S. - "Treatment of two hundred disturbed psychotics with reserpine". *JAMA*. Vol. 158. n.º 2 (1955), pp. 110-113.
- JOUGLARD, J. - "As intoxicações barbitúricas agudas e seu tratamento". *Jornal do Médico*. Vol. 76. n.º 1483 (1971), pp. 165-173.
- JUAN, F. S.; ESCOSTEGUYI, J. A. e FARIA, J. C. C. - "Hepatite colangioliática por clorpromazina". *Gazeta Médica Portuguesa*. Vol. 12. n.º 1 (1959), pp. 1-8.
- JÚNIOR, A. F. - "Contribuição para o estudo experimental e clínico do meprobamato". *Cadernos Científicos*. Vol. V. n.º Caderno 3 (1959), pp. 397-416.

- KELLY, D. - "Ansiedade". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1561 (1973), pp. 28-32.
- KENNEDY, A. - "Convulsion Therapy in Schizophrenia". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 83. n.º 347 (1937), pp. 609-629.
- KIELHOLZ, P. - "Higiene Mental da velhice". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 935 (1960), pp. 960-961.
- KOCH, G. - "Congresso de neurologia e psiquiatria alemãs em Stuttgart". *O Médico*. n.º 41 (1952), pp. 175-176.
- KRAPF, E. E. - "Felicidade em comprimidos". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 885 (1960), p. 678.
- KRAPF, E. E. - "Higiene Mental e a família". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 927 (1960b), p. 408.
- KURTZ, P. L. - "Tranquilizantes". *Medicina Universal*. Vol. I. n.º 3 (1958), pp. 97-104.
- LABORIT, H. - "Indicações médicas da hibernação artificial". *Terapêutica Vitória*. n.º 35 (1956), pp. 1-12.
- LABORIT, H. - "Novos caminhos na terapêutica: a neuroplegia". *Terapêutica Vitória*. n.º 31 (1955), pp. 1-11.
- LABORIT, H.; DAMASIO, R.; GAUJARD, R., et al. - "Sobre um novo tipo de anestesia cirúrgica e sobre o emprego em terapêutica dum depressor do córtex cerebral (S.C.T.Z)". *Gazeta Médica Portuguesa*. Vol. XII. n.º 2 (1959), pp. 324.
- LABOUCARIÉ, J. - "Normas terapêuticas de urgência em piquiatria (II) - suicídio, perigo para outrem e crises neuropáticas". *Jornal do Médico*. Vol. LXVII. n.º 1347 (1968a), pp. 514-516.
- LABOUCARIÉ, J. - "Normas terapêuticas de urgência em Psiquiatria (I) - estados agudos de agitação". *Jornal do Médico*. Vol. LXVII. n.º 1346 (1968b), pp. 447-453.
- LABOUCARIÉ, J. - "O problema actual da leucotomia pré-frontal". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIII. n.º 1442 (1970), pp. 214-223.
- LACASU, R. - "O tratamento do edema agudo do pulmão com a clorpromazina". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIII. n.º 750 (1957), pp. 294-297.
- LACERDA, A. d. - "Ansiedade - Condição humana". *Revista Portuguesa de clínica e terapêutica*. Vol. I. n.º 5 (1975), pp. 191-194.

- LACERDA, T. d. e LACERDA, A. d. - "Esquizofrenia- tratamento pelo Cardiazol e pela insulina". *Actualidades e Utilidades Médicas*. (1939), pp. 136-139.
- LAPLANE, D. e LABET, R. - "Os psicotropos e a condução automóvel". *Jornal do Médico*. Vol. 76. n.º 1481 (1971), pp. 69-74.
- LAURY, G. V. e MEERLOO, J. A. M. - "Descompensação psíquica". *Jornal do Médico*. Vol. 76. n.º 1480 (1971), pp. 33-34.
- LEAK, D. e JULIAN, D. G. - "Angina Pectoris: acção da iproniazida, nialamida e meprobamato". *O Médico*. Vol. XXIV. n.º 566 (1962), pp. 30-32.
- LEAL, R. - "Modificações psico-dinâmicas e sócio-dinâmicas postas em evidência pelo metilperidol". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4-5 (1968), pp. 255-265.
- LEAL, R. - "Modificações psicodinâmicas e sócio-dinâmicas postas em evidência pelo metilperidol". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4 e 5 (1968), pp. 255-265.
- LEAL, R. - "Psiquiatria social e sectorização dos estabelecimentos psiquiátricos. Organização da luta contra a doença mental". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIX. n.º 1515 (1972), pp. 55-63.
- LEBOVICI, S. - "Os modos de início da esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXIX. n.º 1678 (1975), pp. 372-374.
- LEITÃO, G. P. - "Psicoses atebíricas". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 505 (1952), pp. 513-522.
- LEITÃO, J. G. - "Congresso de Psiquiatria e de Neurologia". *Saúde Mental*. Vol. VII. n.º 23 (1975), pp. 29-36.
- LEITÃO, J. G. - "Des résultats de l'application de quelques drogues récentes". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), pp. 68-79.
- LEITÃO, J. G. - "Incidents et accidents dûs a l'usage de la chlorpromazine en neuro-psychiatrie". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 6 (1954), pp. 18-49.
- LEITÃO, J. J. A. - "Inactivação da Histamina". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CXVII. n.º 1 (1953), pp. 71-122
- LEITÃO, J. J. A. - "A intervenção da histamina no quadro de stress". *Separata Publicações XXIII Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências*. n.º 9 (1957), 14 pp.

- LEITÃO, J. J. A. - "O metabolismo da histamina". Lisboa: 1954.
- LELONG, M.; JOSEPH, R.; VIALATTE, J., et al. - "O emprego dos medicamentos neuroplégicos no lactente e na criança". *Terapêutica Vitória*. n.º 32 (1955), pp. 20-28.
- LEREBoullet, J.; BENDA, P. e POISSON, M. - "Meprobamato injectável". *Medicina Universal*. Vol. 3. n.º 8 (1960), pp. 103-108.
- LESPAGNOL, A. - "A propos des barbituriques". *Labo Pharma*. n.º 3 (1953), pp. 18-21.
- LIMA, A. - "Egas Moniz". *Medicamenta (Farmacêutica)*. n.º 130 (1956), pp. 165-167.
- LIMA, A. - "Egas Moniz, Freeman - e a ciência portuguesa". *Anais Azevedos*. n.º 4-5 (1956), pp. 191-193.
- LIMA, A. - "Leucotomia cerebral - técnica operatória". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 2. n.º 2 (1950), pp. 299-312.
- LIMA, A. - "Neurologia - as tendências actuais da neurologia". *Arquivos da Universidade de Lisboa*. Vol. Nova Série. n.º 2 (1961), pp. 249-271.
- LIMA, A. - "Os efeitos da leucotomia na dor". *Anais Azevedos*. Vol. XV. n.º 3 (1963), pp. 134-142.
- LIMA, A. e AMARAL, A. - "Terapêutica pelo electrochoque na psiquiatria". *Separata da Imprensa Médica*. Vol. 9. n.º 10 (1943), 33 pp.
- LIMA, M. V.; REVEZ, E. A.; JOAQUIM, M. M., et al. - "Urgências psiquiátricas nos Hospitais da Universidade de Coimbra". *Psiquiatria Clínica*. Vol. 2. n.º 4 (1981), pp. 245-251.
- LOEPER, J. - "Os ganglioplégicos e a hibernação em cirurgia cardíaca". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 586 (1954), pp. 964-966.
- LOFTUS, H. - "Jaundice caused by chlorpromazine (thorazine)". *JAMA*. Vol. 157. n.º 15 (1955), pp. 1286-1288.
- LOO, H. e VIGY, M. - "Tratamento da esquizofrenia crónica". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVI. n.º 1632 (1974), pp. 451-453.
- LOPES, G. - "Comunidade terapêutica (psiquiatria)". *O Médico*. Vol. 124. n.º 2020 (1991), pp. 312-316.

- LOPES, G. - "Hospital psiquiátrico". *O Médico*. Vol. 113. n.º 1764 (1985), pp. 642-650.
- LOPES, J. L. - "Psiquiatria e antipsiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. LXXIX. n.º 1530 (1972), pp. 941-946.
- LOPES, J. S. - "Iatrogenia e Psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1714 (1976), pp. 728-730.
- LOPES, J. S. - "Psicofármacos: sua classificação e características gerais". *Médico Policlínico*. n.º 8 (1978), pp. 38-44.
- LOPES, J. S. - "Técnicas de quantificação em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVIII. n.º 1654 (1975), pp. 86-90.
- LOPES, J. S. - "A terapêutica das depressões tardias". *Jornal do Médico*. Vol. C. n.º 1840 (1979), pp. 205-208.
- LOPES, J. S. - "Terapêutica somática em gerontopsiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XCIII. n.º 1738 (1977), pp. 369-374.
- LOPES, J. S.; TEIXEIRA, A. e TEIXEIRA, V. - "Análise sintomatológica dos estados ansiosos e depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. CII. n.º 1871 (1980), pp. 97-102.
- LOPES, M. e LEAL, A. M. - "Alguns métodos de doseamento da cloro promazina em preparados farmacêuticos". *Revista Portuguesa de Química*. Vol. I. n.º 2 (1958), pp. 203-208.
- LOPES, M. e LEAL, A. M. - "Alguns métodos novos de doseamento da cloropromazina em preparados farmacêuticos". *Revista Portuguesa de Farmácia*. Vol. VIII. n.º 1 (1958), pp. 14-18.
- LÓPEZ-IBOR, J. - "La significación de Egas Moniz en la psiquiatria contemporánea". *Imprensa Médica*. Vol. Ano XX. n.º 11 (1956), pp. 575-579.
- LOURO, A. - "Psiquiatria comunitária no concelho de Vila Verde-II. Caracterização dos doentes inscritos nos anos de 1988 e 1989". *Boletim do Hospital de S. Marcos*. n.º 1 (1991), pp. 44-52.
- LOURO, A. - "Psiquiatria Comunitária - Movimento das primeiras consultas de psiquiatria no concelho de Vila Verde em 1988". *Boletim do Hospital de S. Marcos*. n.º 2 (1989), pp. 67-76.

- LUZES, P. - "Psicofármacos e psicoterapia no tratamento das neuroses". *Jornal do Médico*. Vol. LX. n.º 1217 (1966), pp. 149-157.
- MACEDO, T. R. A.; PARENTE, C.; TEIXEIRA, F., et al. - "Efeitos comparativos de duas benzodiazepinas sobre as acções de vários estimulantes no músculo liso da traqueia e de íleo de cobaio". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 16. (1974-1978), pp. 93-100.
- MACEDO, T. R. A.; RIBEIRO, C. A. F.; PARENTE, C., et al. - "Efeitos de três benzodiazepinas em músculos de aves". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 18. (1980), pp. 51-60.
- MAGALHÃES, A. - "O espectro da leucotomia". *Saúde Mental*. Vol. VIII. n.º 28 (1976), pp. 21-23.
- MAGALHÃES, A.; MARTINS, F. M. e BARROS, F. B. - "A actividade da creatina-fosfoquinase sérica nas doenças neurológicas e em psicoses endógenas". *Jornal do Médico*. Vol. LXVII. n.º 1349 (1968), pp. 613-624.
- MAHONEY, J.; ARNOLD, R. e HARRIS, A. - "Penicillin treatment of early syphilis: a preliminary report". *American Journal of Public Health and Nation's Health*. Vol. 33. n.º 12 (1943), pp. 1387-1391.
- MAIA, J. e FERNANDES, B. - "Terapêutica das depressões: experiência clínica com a desmetilimipramina". *O Médico*. Vol. XXIX. n.º 643 (1963), pp. 766-780.
- MANEVY, J. - "Loucos em liberdade - Uma casa de loucos transformada num moderno hospital de psiquiatria". *Noticiário da OMS*. Vol. IX. n.º 11 e 12 (1956), p. 15.
- MANS, J.; Cornil e Ayzemberg - "Do interesse da associação sistemática da tiomucase aos neurolépticos". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 347.
- MARGAT, P. e CRETON, M. - "A clarodiazepoxida e o tratamento do alcoolismo". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 295.
- MARKOWE, M.; STEINERT, J. e HEYWORTH-DAVIS, F. - "Insulin and Chlorpromazine in Schizophrenia: A Ten Year Comparative Survey". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 113. n.º 503 (1967), pp. 1101-1106.



- MARQUES, A. L. e INÁCIO, M. M. L. - "Identificação e dosagem do clordiazepóxido e seus preparados galénicos". *Revista portuguesa de Farmácia*. Vol. XII. n.º 3 (1962), pp. 338-343.
- MARQUES, A. S. - "Carências que se verificam na prática da Saúde Mental". *Medicina - revista de clínica, investigação, saúde pública e temas paramédicos*. Vol. I. n.º 6/7 (1976), pp. 415-417.
- MARTIN, M. - "Os antidepressores na prática clínica corrente". *Jornal do Médico*. Vol. XCIII. n.º 1730 (1977), pp. 41-43.
- MASSENTI, C. - "Il trattamento neuroplegico negli stati di eccitamento e di agitazione". *il Lavoro Neuropsichiatrico*. Vol. XIV. n.º Fasc. III (1954), pp. 1-13.
- MATILLA, C. O. - "Psicoterapia y práctica médica". *Medicamenta - revista de estudos e trabalhos profissionais de medicina - edição para Portugal*. n.º 225 (1952), pp. 211-212.
- MATOS, A. C. d.; FERREIRA, S. e TEIGA, S. - "Resultados clínicos com o haloperidol (R 1625)". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 929 (1960), pp. 477-486.
- MATOS, A. C. d. - "Ansiedade e depressão". *Jornal do Médico*. Vol. CXII. n.º 2027 (1983), pp. 171-179.
- MATOS, A. C. d. - "Curso de psiquiatria no hospital Júlio de Matos". *Jornal do Médico*. Vol. XCII. n.º 1717 (1976), pp. 94-95.
- MATOS, A. C. d. - "Destino dos deficientes mentais tratados". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1709 (1976), p. 543.
- MATOS, A. C. d. - "Do funcionamento duma clínica psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. LXV. n.º 1308 (1968), pp. 369-372.
- MATOS, A. C. d. - "Instituto de saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. XCII. n.º 1726 (1976), pp. 543.
- MATOS, A. C. d. - "O hospital psiquiátrico central". *Jornal do Médico*. Vol. XC. n.º 1695 (1976), p. 508.
- MATOS, A. C. d. - "O hospital psiquiátrico tradicional". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1699 (1976), p. 83.

- MATOS, A. C. d. - "Oficinas terapêuticas". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1707 (1976), pp. 452-453.
- MATOS, A. C. d. - "Psiquiatria forense e delinquência". *Jornal do Médico*. Vol. XCII. n.º 1723 (1976), p. 355.
- MATOS, A. C. d. - "Reflexões sobre psicopatologia e psicoterapia (I)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXVIII. n.º 2348 (1990), pp. 289-290.
- MATOS, A. C. d. - "Reflexões sobre psicopatologia e psicoterapia (II)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXVIII. n.º 2350 (1990), pp. 348-350.
- MATOS, A. C. d. - "Reflexões sobre psicopatologia e psicoterapia (III)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXVIII. n.º 2356 (1990), pp. 529-530.
- MATOS, A. C. d. - "Reflexões sobre psicopatologia e psicoterapia (IV)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXVIII. n.º 2364 (1990), pp. 768-772.
- MATOS, A. C. d. - "Reflexões sobre psicopatologia e psicoterapia (IX)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXIX. n.º 2385 (1990), pp. 634-635.
- MATOS, A. C. d. - "Reflexões sobre psicopatologia e psicoterapia (V)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXIX. n.º 2370 (1990), pp. 135-137.
- MATOS, A. C. d. - "Reflexões sobre psicopatologia e psicoterapia (VI)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXIX. n.º 2375 (1990), pp. 289-290.
- MATOS, A. C. d. - "Reflexões sobre psicopatologia e psicoterapia (VII)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXIX. n.º 2381 (1990), pp. 504-507.
- MATOS, A. C. d. - "Reflexões sobre psicopatologia e psicoterapia (VIII)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXIX. n.º 2383 (1990), pp. 570-571.
- MATOS, A. C. d. - "Serviços psiquiátricos de reabilitação". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXIX. n.º 1669 (1975), pp. 9-10.
- MATOS, A. C. d. - "Urgência psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XCII. n.º 1729 (1976), p. 652.
- MATOS, C. d. - "Psicopatologia do delírio". *Jornal do Médico*. Vol. LIII. n.º 1093 (1964), pp. 21-22.
- MATTOS, A. C. d. - "A iproniazida no tratamento dos síndromes depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. n.º 866 (1959), pp. 892-894.

- MATTOS, A. C. d.. - "A iproniazida no tratamento dos síndromes depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. n.º 866 (1959), pp. 892-894.
- MEDINA, F. - "Neuroses". *Jornal do Médico*. Vol. LVI. n.º 1157 (1965), pp. 701-704.
- MEDINA, F. - "Sono prolongado na terapêutica psiquiátrica". *Medicina Contemporânea*. Vol. 5. n.º 5 (1954), pp. 323-331.
- MEDUNA, L. J. - "Physiological background of the CO2 treatment of the neuroses". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 110. n.º 9 (1954), pp. 664-667.
- MEIRELES, A. C. - "Haloperidol e metilperidol (Luvatrène). Suas diferenças a propósito dum caso clínico.". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4 e 5 (1968), pp. 302-305.
- MELLO, M. L. M. d.; MENDONÇA, M.M. - "Ensaio clínico dum novo neuroléptico: TPN12". *Jornal do Médico*. Vol. LXIV. n.º 1301 (1967), pp. 961-969.
- MENDES, F. - "Os inibidores da monoaminoxidase no tratamento das depressões". *Separata do Jornal do Médico*. (1960), 10 pg.
- MENDES, F. - "Psicoses da izoniazida". *A Medicina Contemporânea*. n.º 3 (1955), pp. 307-319.
- MENDES, F.; FONSECA, F. d. e CORTESÃO, L. - "Hospitais de dia em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 796-798.
- MENDES, F. e GALVÃO, P. - "Experiência clínica com a cloropromazina (4560 R.P.) em psicoses". *Jornal do Médico*. Vol. XXVI. n.º 624 (1955), pp. 149-156.
- MENDES, J. F. - "Algumas hipóteses bioquímicas da esquizofrenia". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVIII. n.º 1664 (1975), pp. 435-441.
- MENDES, J. F. - "Algumas perspectivas da terapêutica psiquiátrica dos estados demenciais". *Jornal do Médico*. Vol. XCI. n.º 1713 (1976), pp. 693-695.
- MENDES, J. F. - "Análise do delírio nas psicoses experimentais". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVIII. n.º 1655 (1975), pp. 113-118.
- MENDES, J. F. - "Efeito antipsicótico do HF 1854 (Clozapina) em doentes do grupo da esquizofrenia - Nota preliminar". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVIII. n.º 1660 (1975), pp. 305-307.
- MENDES, J. F. - "Nota prévio sobre o emprego do L.S.D. 25 na produção de psicoses experimentais". *A Medicina Contemporânea*. n.º 74 (1956), pp. 565-570.

- MENDES, J. F. - "Novas drogas psicotrópicas". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LIX. n.º 1201 (1966), 22 pp.
- MENDES, J. F. - "Papel da serotonina nas psicoses - apreciação crítica do seu significado". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 49-50.
- MENDES, J. F. - "Psicofarmacologia clínica". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LVIII. n.º 1195 (1965), 24 pp.
- MENDES, J. F. - "Sobre a terapêutica psicofarmacológica da ansiedade". *Revista Portuguesa de clínica e terapêutica*. Vol. 1. n.º 5 (1975), pp. 221-226.
- MENDES, J. F. - "Terapêutica clínica das neuroses". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LX. n.º 1216 (1966), 27 pp.
- MENDES, J. F. e FERREIRA, T. - "Étude comparée de l'action du TPN12 et du KS33 dans le traitement des psychoses endogènes". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. XIX. n.º 16 (1967), pp. 71-75.
- MENDES, J. F. e FIGUEIRA, M. L. - "Novo psicótropo (viloxazine) no tratamento dos síndromos depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. XCII. n.º 1722 (1976), pp. 293-295.
- MENDES, J. F. e SILVA, F. L. d. - "Tratamento psicofarmacológico da ansiedade pela metaminodiazepoxide". *Jornal do Médico*. Vol. XLVII. n.º 991 (1962), pp. 117-125.
- MENDES, J. M. F. e ROSÁRIO, J. A. L. d. - "Signification et importance de la sérotonine en psychiatrie (quelques résultats)". *L'encéphale*. Vol. XLVIII. n.º 6 (1959), pp. 501-509.
- MENDONÇA, M. M. - "Considerações acerca do diagnóstico da deficiência mental". *Coimbra Médica*. Vol. XV. (1968), pp. 527-533.
- MENDONÇA, M. M. - "A neuropsiquiatria infantil no IV congresso mundial de Psiquiatria". *Coimbra Médica*. Vol. XIV. (1967), pp. 999-1006.
- MENDONÇA, M. M. - "Saúde mental infantil (alguns aspectos de interesse para os clínicos gerais)". *Coimbra Médica*. Vol. XV. (1968), pp. 217-232.
- MENG, H. - "Reflexões a propósito do ano mundial de saúde mental 1960". *Serviço bibliográfico Roche*. n.º 2 (1961), pp. 5-8.

- MERLOO, J. A. M. - "Os perigos físicos e psicológicos dos tranquilizantes (a diencefalização da depressão reaccional)". *Jornal do Médico*. Vol. LVII. n.º 1178 (1965), pp. 869-873.
- MESQUITA, A. d. - "O cardiazol na terapêutica dos estados esquizofrênicos". *Separata de Coimbra Médica*. Vol. 6. n.º 6 (1939), 14 pp.
- MESSIMY, R.; METZGER, J. e FISCHGOLD, H. - "O interesse em neuro-psiquiatria da hiprostose frontal interna". *O Médico*. Vol. XXV. n.º 585 (1962), pp. 360-362.
- MICHAUX, L. - "Possibilidades e limites da medicina psicossomática". *Jornal do Médico*. Vol. XLVIII. n.º 1016 (1962), pp. 610-613.
- MICHON, P.; LARCAN, A. et al. - "Hepatite mortal no decurso dum tratamento por iproniazida (resumo)". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 347.
- MILHEIRO, J. - "Psicanálise e psicoterapias dinâmicas". *O Médico*. Vol. 113. n.º 1761 (1985), pp. 497-505.
- MILNE, H. B. e FOWLER, D. B. - "A Clínic Trial of Largactil (Chlorpromazine), Stemetil (Prochlorperazine) and Veractil (Methotrimeprazine)". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 106. n.º 444 (1960), pp. 1105-1110.
- MINVIELLE, J.; CASTAN, P., et al. - "Utilização da tioridazina em clínica psiquiátrica. A propósito de 100 casos.". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 380.
- MIRANDA, J. - "A escala H.A.R.D. na depressão". *Tempo Medicina*. n.º 345 (1990), p. 6.
- MONIZ, E. - "A leucotomia está em causa". *A Medicina Contemporânea*. n.º 5 (1954), pp. 221-228.
- MONSALLIER, J. F.; POCIDALO, J. J. e VACHON, F. - "O tratamento da intoxicação barbitúrica aguda". *Jornal do Médico*. Vol. LXVI. n.º 1319 (1968), pp. 22-28.
- MONTEIRO, J. d. G. - "Nota de um clínico geral sobre a malarioterapia". *Separata da Gazeta Médica Portuguesa*. Vol. 2. n.º 3 (1954), 3 pp.
- MORAIS, I.; SANTOS, Z.; MADEIRA, J., et al. - "Doentes internados na clínica psiquiátrica do Hospital da Universidade de Coimbra". *Psiquiatria Clínica*. Vol. 10. n.º 3 (1989), pp. 197-202.

- MORALES, G. - "Concepto y significado de la Psiquiatria clínica en las actividades del médico general". *Medicamenta - revista de estudos e trabalhos profissionais de medicina - edição para Portugal*. n.º 266 (1955), pp. 45-47.
- MOREIRA, A. - "Problemas de saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. L. n.º 1052 (1963), pp. 807-809.
- MOREIRA, M. S. e BARRIAS, J. C. - "Revisão de casos clínicos tratados com o metilperidol". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4 e 5 (1968), pp. 289-301.
- MOURA, A. - "Incidência de síndromas psicossomáticos num serviço de assistência clínica a doentes ambulatorios". *O Médico*. n.º 65 (1952), p. 641.
- MOURA, A. - "Medicina psicossomática - A orientação da escola do Prof. Harold Wolff de Nova Iorque". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CXVIII. n.º 1 (1953), pp. 11-30.
- MOURA, A. - "Psicanálise e Psicoterapia (sobre a necessidade de validação objectiva dos resultados conseguidos com estes métodos de tratamento)". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 614 (1954), pp. 369-374.
- MOURA, L. - "Aspectos psicológicos e psiquiátricos na infecção pelo HIV". *O Médico*. Vol. 120. n.º 1924 (1989), pp. 322-326.
- MOVER, J. H.; KENT, B.; KNIGHT, R. W., et al. - "Clínical studies of an anti-emetic agent, chlorpromazine". *The American Journal of the Medical Sciences*. Vol. 228. n.º 2 (1954), pp. 174-189.
- MULLINS, J. F.; COHEN, I. M. e FARRINGTON, S. - "Reacções de sensibilidade cutânea à clorpromazina". *Boletim da Ordem dos Médicos*. Vol. VI. n.º 2 (1957), p. 133.
- MUSCHOLL, E. e VOGT, M. - "The action of reserpine on the peripheral sympathetic system". *The Journal of Physiology*. Vol. 141. n.º 1 (1958), p. 132.
- NEUSTATTER, W. L. e FREEMAN, H. - "The Prevention of Fear in Cardiazol Therapy". *Lancet* Vol. 234. (1939), pp. 1071-1072.
- NEVES, F. - "Aspectos psicopatológicos e terapêuticos das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 923 (1960), pp. 171-172.

- NEVES, F. - "A iproniazida nos síndromes depressivos". *Jornal do médico*. Vol. XXXIX. n.º 852 (1959), pp. 173-180.
- NEVES, F. - "Os serviços psiquiátricos ingleses". *O Médico*. Vol. XXIX. n.º 640 (1963), pp. 562-583.
- NEVES, F. - "Psicologia e psicopatologia". *O Médico*. Vol. IV. n.º 251 (1956), pp. 689-696.
- NEVES, F. e RÊGO, A. S.-M. - "Esquizofrenia em gémeos homozigóticos - apresentação de um caso". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 80-86.
- NOCE, W. D. B. R. W. - "Reserpine (serpasil) in the management of the mentally ill and mentally retarded: Preliminary report". *JAMA*. Vol. 156. n.º 9 (1954), pp. 821-824.
- NOGUEIRA, F. R. - "Os problemas neuróticos são um problema médico e um problema social". *O Médico*. n.º 66 (1952), p. 661.
- NOGUEIRA, J. A. e Oliveira, J. M. d. - "Factos observados com a anestesia potencializada em 350 intervenções cirúrgicas". *Portugal Médico*. Vol. XLII. n.º 9-10 (1958), pp. 574-579.
- NOGUEIRA, M. T. e SILVA, M. J. d. - "Espectros de absorção no IV e no UV do cloridrato de amitriptilina". *Revista Portuguesa de Farmácia*. Vol. 14. n.º 3 (1964), pp. 245-250.
- NORRY, J. T. - "El sueño prolongado en el niño". *Imprensa Médica*. Vol. Ano XVII. n.º 12 (1953), pp. 683-687.
- OCHINISKY, J. e SOULAIRAC, A. - "Estudo clínico das indicações da imipramina (G-22535/o MG) nas perturbações mentais da senilidade ou no decurso da senescência". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 214.
- OPITZ, K. e LOESER, A. - "Acção antagónica dos neurolépticos sobre os medicamentos hipoglicemiantes". *O Médico*. Vol. XXIII. n.º 554 (1962), p. 88.
- OSTFELD, A. M. - "Os tranquilizantes em medicina geral". *Triângulo - jornal Sandoz das ciências médicas*. Vol. IV. n.º 8 (1961), pp. 335-340.

- OULÈS, J. e CASABON, M. - "A utilização da niamide em perfusão na terapêutica psiquiátrica (Resumo)". *Coimbra Médica*. Vol. XI. (1964), p. 121.
- PACHECO, J. C. e SANTOS, P. L. d. - "Ansiedade, obsessão e absentismo". *O Médico*. Vol. 111. n.º 1708 (1984), pp. 256-258.
- PACHECO, L. - "Resultados da malariaterapia na paralisia geral". *Lisboa Médica*. Vol. IV. (1927), pp. 528-530.
- PAGEL, W. - "A History of Chemistry". *The British Journal for the History of Science*. Vol. 5. n.º 04 (1971), pp. 397-399.
- PAIVA, F. M. - "Acção patogénica e mecanismos bioquímicos dos fármacos antidepressivos". *Espaço Médico*. n.º 30 (1983), p. 2.
- PAIVA, F. M.; ESTEVES, M.; PALHINHAS, J., et al. - "O apoio psiquiátrico aos centros de saúde. Balanço de seis anos de experiência do departamento de saúde mental do Hospital de S. João, Porto.". *O Médico*. Vol. 124. n.º 2024 (1991), pp. 397-399.
- PAIVA, F. M.; MOURA, M.; SILVA, A., et al. - "Uma experiência de psiquiatria integrada. Interconsulta nos últimos quatro anos.". *O Médico*. Vol. 125. n.º 2034 (1991), pp. 35-37.
- PARE, C. M. B. - "Síndromos psiquiátricos iatrogénos. Efeitos indesejáveis de alguns fármacos de uso corrente". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1563 (1973), pp. 172-175.
- PEREIRA, A. L. - "A institucionalização da loucura em Portugal". *Revista Crítica de Ciências Sociais*. n.º 21 (1986), pp. 85-100.
- PEREIRA, A. L. - "Júlio de Matos: a ciência e a política". *Psiquiatria Clínica*. Vol. 4. n.º 1 (1983), pp. 49-56.
- PEREIRA, H. G. - "Higiene...da higiene mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLII. n.º 903 (1960), pp. 61-38.
- PEREIRA, J. d. C. - "Ensaio clínico de um novo derivado da benzodiazepina (Medazepam) em doentes oncológicos". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1425 (1970), pp. 121-127.



- PICHOT, P. e FERNANDES, B. - "Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal". Lisboa: Roche, 1984.
- PICHOT, P. J. - "The French approach to psychiatric classification". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 144. n.º 2 (1984), pp. 113-118.
- PINA, L. d. - "Júlio de Matos no magistério psiquiátrico do Porto". *O Médico*. Vol. IV. n.º 230 (1956), pp. 79-91.
- PINO, C. C. d. - "Vieja y nueva psiquiatria". Madrid: Seminarios y ediciones, S.A., 1971.
- PLEASURE, H. - "Chlorpromazine (thorazine) for mental illness in the presence of pulmonary tuberculosis". *The Psychiatric Quarterly*. Vol. 30. n.º 1-4 (1956), pp. 23-30.
- PLICHET, M. E. - "A confusão mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLVI. n.º 971 (1961), pp. 19-23.
- PLOOG, D. - "Comportamento animal em psiquiatria (o sistema límbico)". *Jornal do Médico*. Vol. LVII. n.º 1176 (1965), pp. 781-785.
- POLÓNIO, P. - "Antidepressive drugs". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 12 (1960), pp. 152-157.
- POLÓNIO, P. - "As bases médico-sociais comuns dos serviços de saúde e psiquiátricos". *O Médico*. Vol. XXVI. n.º 598 (1963), pp. 446-448.
- POLÓNIO, P. - "As formas de evolução da esquizofrenia". *O Médico*. Vol. IV. n.º 238 (1956), pp. 319-333.
- POLÓNIO, P. - "As intoxicações e toxicomanias dos barbitúricos". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 7. n.º 7 (1955), pp. 154-177.
- POLÓNIO, P. - "Bases da organização dos serviços de saúde mental". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 77-79.
- POLÓNIO, P. - "A biologia do espírito e as terapêuticas psiquiátricas". *O Médico*. Vol. 122. n.º 1961 (1990), pp. 55-58.
- POLÓNIO, P. - "A biopsico-sociologia da imputabilidade". *O Médico*. Vol. 111. n.º 1707 (1984), pp. 209-214.
- POLÓNIO, P. - "The clinical approach to psychiatry". *Acta Psiquiatrica Portuguesa*. Vol. 35. n.º 1 (1989), pp. 11-16.

- POLÓNIO, P. - "A doença farmacogénica em psiquiatria". *O Médico*. Vol. XX. n.º 514 (1961), pp. 6-8.
- POLÓNIO, P. - "Estrutura das psicoses e tratamento insulínico". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. II. n.º 2 (1950), pp. 36-212.
- POLÓNIO, P. - "Indications respectives des méthodes de choc". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 3. n.º 3 (1951), pp. 17-19.
- POLÓNIO, P. - "The leucotomy of schizophrenia". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. 10. n.º 10 (1958), pp. 59-67.
- POLÓNIO, P. - "Long term treatment by psychopharma". *Acta Psiquiatrica Portuguesa*. Vol. 36. n.º 2 (1990), pp. 59-67.
- POLÓNIO, P. - "Methodology of treatment by psychopharmaca and neurotransmitter psychopharmaca interference (NPI)". *Acta Psiquiatrica Portuguesa*. Vol. 36. n.º 3 (1990), pp. 77-84.
- POLÓNIO, P. - "Neuroses e estados ansiosos". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 4 (1952), pp. 77-94.
- POLÓNIO, P. - "O tratamento das depressões pela iproniasida". *O Médico*. (1958c), pp. 84-86.
- POLÓNIO, P. - "A Ordem de S. João de Deus na assistência psiquiátrica". *Acção Médica*. Vol. Ano XV. n.º 58-59 (1950-51), pp. 355-368.
- POLÓNIO, P. - "Os medicamentos antidepressivos no tratamento das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 932 (1960), pp. 677-680.
- POLÓNIO, P. - "Panorama actual da Psiquiatria (o homem doente - sua evolução biocultural)". *O Médico*. Vol. XXII. n.º 540 (1962), pp. 163-167.
- POLÓNIO, P. - "Patogenia e clínica da doença do pânico". *O Médico*. Vol. 121. n.º 1951 (1989), pp. 325-327.
- POLÓNIO, P. - "Personalidade e doença". *O Médico*. Vol. 124. n.º 2030 (1991), pp. 525-533.
- POLÓNIO, P. - "Perspectivas revolucionárias da psiquiatria". *O Médico*. Vol. 120. n.º 1921 (1989), pp. 243-246.

- POLÓNIO, P. - "A posição actual da psicologia e da psiquiatria no currículo médico e na actividade clínica". *O Médico*. Vol. III. n.º 210 (1955), pp. 899-901.
- POLÓNIO, P. - "Psicopatologia crítica". *O Médico*. Vol. 125. n.º 2034 (1991), pp. 25-29.
- POLÓNIO, P. - "Psychiatric symptoms and psychiatric diseases". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 26. n.º 1 (1980), pp. 7-9.
- POLÓNIO, P. - "Tratamentos prolongados pelos psicofármacos". *O Médico*. Vol. 112. n.º 1730 (1985), pp. 324-330.
- POLÓNIO, P. - "A unidade e continuidade do tratamento em psiquiatria". *O Médico*. Vol. 112. n.º 1739 (1985), pp. 709-712.
- POLÓNIO, P. e FIGUEIREDO, M. - "Alguns resultados da corticoterapia em psiquiatria". *Jornal do Médico*. Vol. XXV. n.º 616 (1954), pp. 923-926.
- POLÓNIO, P. e FIGUEIREDO, M. - "As psicoses da gravidez, puerpério e lactação". *O Médico*. Vol. IV. n.º 228 (1956), pp. 44-56.
- POLÓNIO, P.; MENDES, F.; GUERRA, M., et al. - "Structural and constitutional analysis of g.p.i.". *Separata dos Anais Portugueses de Psiquiatria*. Vol. V. n.º 5 (1953), 3 pp.
- PORTER, R. - "History of psychiatry in Britain". *History of Psychiatry*. Vol. 2. n.º 7 (1991), pp. 271-279.
- PRADO, F. N. - "Aspectos gerais sobre a psiquiatria em Portugal". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. IX. n.º 4 (1960), pp. 345-354.
- PRADO, F. N. - "Hipnoterapia e Saúde Mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLIX. n.º 1037 (1962), pp. 950-954.
- PRADO, F. N. - "Indicações terapêuticas da hipnose médica". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 23-28.
- QUINTAS, A. S. - "Psicopatia. Alguns aspectos estruturais, transferenciais e contratransferenciais.". *O Médico*. Vol. 111. n.º 1708 (1984), pp. 251-252.
- QUINTAS, A. S. - "Saúde mental (análise da situação no país e medidas de fomento prioritário)". *Jornal do Médico*. Vol. XCVIII. n.º 1808 (1978), pp. 49-61.

- RAFFEL, S.; KOCHAN, I.; POLAND, N., et al. - "The Action of Chlorpromazine upon Mycobacterium Tuberculosis 1, 2". *American Review of Respiratory Disease*. Vol. 81. n.º 4 (1960), pp. 555-561.
- RAMOS, M. L. d. C. 1960. *Neurose obsessiva: algumas considerações sobre os seus aspectos hereditários*. Dissertação de Licenciatura, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- RANCUREL, G. e MARMIÉ, D. - "As psicoses puerperais". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1428 (1970), pp. 317-327.
- REBOLO, F. - "Aspectos básicos dos medicamentos psicotrópicos". *O Médico*. Vol. XXIX. n.º 633 (1963), pp. 152-153.
- REBOLO, F. - "Estados depressivos. Formas clínicas e tratamento.". *O Médico*. Vol. XXIX. n.º 635 (1963), pp. 269-272.
- REGO, A. S. - "Considerações acerca de um caso de morte três horas depois de um electrochoque". *Jornal do Médico*. Vol. XXII. n.º 566 (1953), pp. 1130-1132.
- REGO, A. S. - "Contribuição para o estudo das psicopatias e reacções psicopáticas ". *O Médico*. Vol. XXI. n.º 527 (1961), pp. 16-23.
- REGO, A. S. e KOCH, G. - "Constituição e esquizofrenia crónica". *Jornal do Médico*. Vol. XIX. n.º 472 (1952), pp. 285-293.
- REIS, C. H. - "As curas termiais: suas indicações". *O Médico*. Vol. 125. n.º 2035 (1991), pp. 45-50.
- RELVAS, J. S. - "Os antidepressivos na prática clínica (I)". *Psiquiatria Clínica*. Vol. 2. n.º 4 (1981), pp. 259-265.
- RENTE, F. - "Depressões atípicas". *Jornal do Médico*. Vol. C. n.º 1848 (1979), pp. 619-622.
- REPOND, A. - "Os campos de actividade e as bases científicas da higiene mental". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 930 (1960), pp. 738-740.
- RESSLER, C. - "A clorpromazina na obesidade". *Medicina Universal*. Vol. I. n.º 1 (1958), pp. 84-85.

- RIBEIRO, N. A. - "Psiquiatria comunitária versus psiquiatria asilar - diagnóstico e tratamento da Assistência Psiquiátrica em Portugal". *Jornal do Médico*. Vol. LXXI. n.º 1411 (1970), pp. 331-333.
- RICHARDS, G. - "Of What is History of Psychology a History?". *The British Journal for the History of Science*. Vol. 20. n.º 02 (1987), pp. 201-211.
- RICHARDS, R. J. - "The Emergence of Evolutionary Biology of Behaviour in the Early Nineteenth Century". *The British Journal for the History of Science*. Vol. 15. n.º 03 (1982), pp. 241-280.
- RICKELS K, C. - "Evaluation of tranquilizing drugs in medical outpatients: Meprobamate, prochlorperazine, amobarbital sodium, and placebo". *JAMA*. Vol. 171. n.º 12 (1959), pp. 1649-1656.
- RIMBAUD, L. - "O papel do médico de família perante os doentes nervosos". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 768 (1957), pp. 255-257.
- ROCHA, J. P. d. - "A integração do doente com perturbações psíquicas na sociedade". *Medicina - revista de clínica, investigação, saúde pública e temas paramédicos*. Vol. I. n.º 8/9 (1976), pp. 529-532.
- ROME, H. P. e BRACELAND, F. - "The role of ACTH, cortisone and hydrocortisone in the provocation of certain psychologic responses". *Collected papers of the Mayo Clinic and the Mayo foundation*. Vol. XLIV. (1952), pp. 590-594.
- ROPERT, R. - "Syndrome maniaque sémiologie et formes cliniques". *L'encéphale*. Vol. XLVI. n.º 1 (1957), pp. 11-17.
- ROSA, J. S. F. d. - "Grandes síndromas psiquiátricos". *Coimbra Médica*. Vol. XI. (1964), pp. 211-220.
- ROUQUÉS, L. - "A corticoterapia em neurologia". *Jornal do Médico*. Vol. XLV. n.º 967 (1961), pp. 748-750.
- RUBINS, J.L. - "Tendências psicossociais da actualidade nos Estados Unidos". *Jornal do Médico*. Vol. 72. n.º 1431 (1970), pp. 501-510.
- SACADURA, C. - "Obstetrícia e neuro-psiquiatria ". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. 1. n.º 1 (1953), pp. 252-266.

- SACKEL, M. - "A new treatment of schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 93. n.º 4 (1937a), pp. 829-841.
- SACKEL, M. - "The origin and nature of the hypoglycemic therapy of the psychoses". *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. Vol. 13. n.º 3 (1937b), pp. 97-109.
- SAGARRA, J. S. - "La directriz biológica de la Psiquiatria". *Medicamenta - revista de estudos e trabalhos profissionais de medicina - edição para Portugal*. n.º 263 (1954), pp. 293-294.
- SALAS, J. L. - "Estudo farmacológico dos hipnóticos como tranquilizantes". *O Médico*. Vol. XI. n.º 398 (1959), pp. 120-122.
- SALVINI, J. - "Meloterapia". *Arquivos Portugueses de Psiquiatria*. n.º 1 (1967), pp. 65-71.
- SAMPAIO-FARIA, J. G. - "Planeamento e desinstitucionalização psiquiátrica". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 2. n.º 1 (1984a), pp. 33-38.
- SAMPAIO-FARIA, J. G. - "Serviços de saúde mental e centros de saúde - uma tentativa de integração funcional". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 2. n.º 2 (1984b), pp. 52-58.
- SAMPAIO-FARIA, J. G.; CINTRA, A.; CARMONA, A. et al. - "Urgências psiquiátricas: presente padrão dos recursos utilizados a nível local". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. n.º 4 (1983), pp. 51-57.
- SAMPAIO, M.; SAMPAIO, A. e FERREIRA, N. - "Tratamento da sífilis recente pelo PAM". *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. Vol. CXVIII. n.º 1 (1954), pp. 171-202.
- SANDISON, R. A. - "The insulin myth". *Lancet*. Vol. 265. n.º 6795 (1953), pp. 1094-1095.
- SANTARÉM, D. - "Problemas de saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. L. n.º 1049 (1963), pp. 530-531.
- SANTIBANES, J. R. d. O. - "El doctrinarismo en Psicoterapia". *Medicamenta - revista de estudos e trabalhos profissionais de medicina - edição para Portugal*. n.º 242 (1953), pp. 169-170.

- SANTOS, C. - "A primeira notícia sobre tratamento de alienados em Portugal". *Arquivos da História da Medicina Portuguesa*. n.º 1 (1920), pp. 49-56.
- SANTOS, F. A. d. - "Higiene mental na juventude universitária". *O Médico*. Vol. XI. n.º 403 (1959), pp. 374-379.
- SANTOS, J. d. - "Diagnóstico dos síndromes psico-somáticos ". *Jornal do Médico*. Vol. XXI. n.º 543 (1953), pp. 1482-1489.
- SANTOS, J. d. - "A higiene mental na escola". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960a), pp. 50-55.
- SANTOS, J. d.- "A neurose de angústia na clínica psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 892 (1960b), pp. 478-480.
- SANTOS, N. d. - "Analgésia no trabalho de parto com promazina". *Jornal do Médico*. Vol. XLVIII. n.º 1018 (1962), pp. 714-718.
- SARAIVA, C. B. - "Critérios selectivos no uso de um antidepressor". *Psiquiatria Clínica*. Vol. 4. n.º 4 (1983), pp. 231-239.
- SARGANT, W. - "Indicações actuais da leucotomia (Resumo)". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), pp. 669.
- SARGANT, W. W. e SLATER, E. - "An introduction to physical methods of treatment in psychiatry". Londres: Churchill Livingstone, 1972.
- SATTES, H. - "Os psicofármacos modernos e o perigo de toxicomania". *Médico Boehringer*. n.º 2 (1962), pp. 2-6.
- SAVIGNY, B. - "Hibernação prolongada". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 576 (1954), p. 380.
- SCHAFFER, S. - "Herschel in Bedlam: Natural History and Stellar Astronomy". *The British Journal for the History of Science*. Vol. 13. n.º 03 (1980), pp. 211-239.
- SCHEICH, M. e Colaboradores - "Primeiros resultados sobre a acção dum novo psicotónico, o S.186, nos estados de enfraquecimento cerebral da senilidade". *Coimbra Médica*. Vol. IX. (1962), p. 214.
- SCHMIDT, K. E. - "Combined Treatment with Chlorpromazine and Reserpine". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 103. n.º 430 (1957), pp. 200-208.

- SCULL, A. - "Psychiatry and its historians". *History of Psychiatry*. Vol. 2. n.º 7 (1991), pp. 239-50.
- SEABRA-DINIS, J. - "Editorial: ano mundial da saúde mental". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIX. (1959), p. 3.
- SEABRA-DINIS, J. - "O fim dos asilos". *Jornal do Médico*. Vol. XLI. n.º 892 (1960), p. 461.
- SEABRA-DINIS, J. - "La thérapeutique par le sommeil". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 5 (1953), pp. 151-196.
- SEABRA-DINIS, J. - "Mais resultados dum ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XXXIV. n.º 777 (1957), pp. 790-794.
- SEABRA-DINIS, J. - "O problema da assistência familiar". *Jornal do Médico*. Vol. XXVII. n.º 646 (1955), pp. 307-313.
- SEABRA-DINIS, J. - "Primeiros resultados dum pequeno ensaio ergoterápico". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 517 (1952), pp. 1093-1098.
- SEABRA-DINIS, J. - "A propósito duma observação de assomatognosia parcial no choque hipoglicémico terapêutico". *Lisboa Médica*. Vol. 20. n.º 4 (1943), pp. 176-193.
- SEABRA-DINIS, J. - "A revolução psiquiátrica contemporânea". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), pp. 50-60.
- SEABRA-DINIS, J. - "Sobre terminologia psiquiátrica". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1547 (1972), pp. 831-835.
- SEABRA-DINIS, J. - "Terapêutica pelo sono prolongado". *Jornal do Médico*. Vol. XXIII. n.º 574 (1954), pp. 233-250.
- SEABRA-DINIS, J. - "Terapêutica ocupacional na epilepsia". *Jornal do Médico*. Vol. 29. n.º 676 (1956), p. 13.
- SEABRA-DINIS, J. e BRANCO, M. H. C. - "Essai clinique de quelques nouveaux médicaments en psychiatrie". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 10 (1958), pp. 80-88.
- SEABRA-DINIS, J. e SILVA, A. M. d. - "L'emploi thérapeutique d'un nouveau médicament non phénothiazinique, le R. 1625 ou halopéridol, chez des malades



- mentaux d'évolution prolongée". *Anais Portugueses de Psiquiatria*. n.º 11 (1959), pp. 185-189.
- SEABRA-DINIS, T. - "Antipsiquiatria, ideologia contestatária: suas origens e significação". *Jornal do Médico*. Vol. LXXX. n.º 1545 (1972), pp. 742-747.
- SEABRA-DINIS, T. - "Internamentos psiquiátricos por motivos políticos". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVI. n.º 1632 (1974), pp. 477-478.
- SEABRA-DINIS, T. - "Os problemas metodológicos relativos ao conceito de esquizofrenia na URSS". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVII. n.º 1641 (1975), pp. 119-122.
- SEABRA-DINIS, T. - "Para compreender as divergências diagnósticas entre a psiquiatria francesa e a soviética". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVII. n.º 1644 (1975), pp. 247-248.
- SEABRA-DINIS, T. - "A psiquiatria Soviética segundo o Prof. V.M. Morózov". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVII. n.º 1650 (1975), pp. 494-495.
- SEGGIARO, J. A. - "Étude clinique et neurologique au cours des traitements au moyen de comas hypoglycémiques prolongés". *L'encéphale*. Vol. XLII. n.º 1 (1953), pp. 43-62.
- SENNFELT, J.; AGUIAR, P.; CARDOSO, M. A., et al. - "Intervenção comunitária em saúde mental - perspectivas assistenciais e sócio-económicas". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. n.º 2 (1985), pp. 49-56.
- SERRA, A. V. - "Aspectos da sintomatologia das depressões". *Coimbra Médica*. Vol. XIX. n.º Fascículo IX - Novembro (1972), pp. 899-911.
- SERRA, A. V. - "Aspectos transculturais das depressões - I. -Aspectos etiopatogénicos das perturbações mentais. Cultura, sociedade e indivíduo. Cultura e psicopatologia.". *Coimbra Médica*. Vol. XXI. n.º Fascículo IX - Novembro (1974), pp. 899-924.
- SERRA, A. V. - "Aspectos transculturais das depressões - II. - Cultura e depressões ". *Coimbra Médica*. Vol. XXI. n.º Fascículo X - Dezembro (1974), pp. 1007-1020.
- SERRA, A. V. - "Estudo das relações do precipitante com o quadro clínico depressivo". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo II, Série III (1973), pp. 155-170.

- SERRA, A. V. - "A importância clínica dos quadros depressivos". *Coimbra Médica*. Vol. XIX. n.º Fascículo X - Dezembro (1972), pp. 1027-1042.
- SERRA, A. V. - "Saúde mental - algumas reflexões sobre a reorganização das estruturas que a servem". *Medicina - revista de clínica, investigação, saúde pública e temas paramédicos*. Vol. I. n.º 6/7 (1976), pp. 404-409.
- SERRA, A. V. - "Urgência psiquiátrica". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo VI, Série III (1973), pp. 601-622.
- SERRA, A. V. - "VI- factores ecológicos na génese das perturbações mentais". *Coimbra Médica*. Vol. XXI. n.º Fascículo V - Maio (1974), pp. 487-508.
- SERRA, A. V. e ABREU, J. L. P. d. C. - "Aferição dos quadros clínicos depressivos - I - Ensaio de aplicação do "Inventário depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo VI, Série III (1973), pp. 623-644.
- SERRA, A. V. e ABREU, J. L. P. d. C. - "Aferição dos quadros clínicos depressivos - II - Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do "Inventário depressivo de Beck"". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo VII, Série III (1973), pp. 713-736.
- SERRA, A. V. e ABREU, J. L. P. d. C. - "Análise factorial das depressões: emergência de factores numa amostra portuguesa de doentes deprimidos". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo VIII, Série III (1973), pp. 875-892.
- SERRA, A. V.; MARTINHO, A. V. e LAMEIRAS, J. C. D. - "A importância das diferenças de sexo na manifestação sintomatológica dos quadros depressivos". *Coimbra Médica*. Vol. XX. n.º Fascículo IX, Série III (1973), pp. 971-993.
- SERRA, A. V.; PATTO, M. d. L. v. e LIMA, M. V. - "Aplicação do inventário depressivo de Beck a uma amostra de indivíduos normais". *Medicina - revista de clínica, investigação, saúde pública e temas paramédicos*. Vol. I. n.º 10 (1976), pp. 537-548.
- SERRA, A. V. e PONCIANO, E. - "Different ways of becoming depressed". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 26. n.º 1 (1980), pp. 10-20.

- SERRA, A. V.; PONCIANO, E.; RELVAS, J., et al. - "Análise da acção da mianserina e da maprotilina na condutibilidade cardíaca". *Psiquiatria Clínica*. n.º Suplemento 2 (1982), pp. 256-261.
- SERRA, A. V.; PONCIANO, E.; RELVAS, J. d. S., et al. - "Comparação do efeito anti-depressor da mianserina com a maprotilina: resultado de um ensaio duplamente cego". *Psiquiatria Clínica*. n.º Suplemento 2 (1982) (1982), pp. 243-255.
- SETTLE, E. C., Jr. e AYD, F. - "Haloperidol: a quarter century of experience". *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 44. n.º 12 (1983), pp. 440-448.
- SETTLE, E. C., Jr. e AYD, F. - "Trimipramine: twenty years' worldwide clinical experience". *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 41. n.º 8 (1980), pp. 266-274.
- SEVERO, F. d. R. - "Tratamento da intoxicação barnitúrica". *Arquivos do Instituto de farmacologia e terapêutica experimental*. Vol. 13. (1957-1959), pp. 246-259.
- SHEA, J. G.; ALMAN, R. W. e FAZEKAS, J. F. - "The use of chlorpromazine in the management of patients with head injury". *Archives of Internal Medicine*. Vol. 96. n.º 2 (1955), pp. 168-171.
- SILVA, A. - "Higiene Mental do velho do nosso tempo". *Jornal do Médico*. Vol. XLIII. n.º 925 (1960), pp. 279-283.
- SILVA, F. L. d. - "Alguns aspectos da neurofarmacologia experimental". *Separata do Jornal do Médico*. Vol. LII. n.º 1082 (1963), 24 pp.
- SILVA, F. L. d. - "Resultados da terapêutica das depressões com imipramina". *Jornal do Médico*. Vol. XLII. n.º 912 (1960), pp. 553-556.
- SILVA, H. R. d. - "Sistema psiquiátrico e sistema penitenciário". *O Médico*. Vol. 125. n.º 2034 (1991), pp. 30-32.
- SILVA, I. S. e. e LOPES, L. E. - "Efeitos psicológicos da cura termal". *O Médico*. Vol. 125. n.º 2035 (1991), pp. 51-54.
- SILVA, J. A. - "Ensaio sobre um processo histórico da psiquiatria". *Saúde Mental*. Vol. VII. n.º 26 (1975), pp. 9-29.
- SILVA, J. C. A. e. - "Ensaio sobre um processo histórico da Psiquiatria". *Saúde Mental*. Vol. VII. n.º 26 (1975), pp. 9-29.

- SILVA, J. d. - "Limites morais do uso de neuroplegia e da hibernação artificial". *Acção Médica*. Vol. Ano XXI. n.º 82 (1956), pp. 100-106.
- SILVA, J. d. - "A neuropsicofarmacologia e os novos rumos da psiquiatria". *Separata da Coimbra Médica*. Vol. 7. n.º 1 (1960), 31 pp.
- SILVA, M. d. - "A evolução da assistência psiquiátrica no Algarve". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 436 (1960), pp. 55-62.
- SILVA, P. S. e. - "Um ensaio clínico com o NC 123". *Coimbra Médica*. Vol. XIV. (1967), pp. 691-696.
- SILVERMAN, M. - "The Clíical Response of Psychoneurotics to Chlorpromazine". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 101. n.º 424 (1955), pp. 640-643.
- SOEIRO, L. N. - "Personalidade psicopática e personalidade neurótica". *Jornal do Médico*. Vol. XX. n.º 496 (1952), pp. 144-155.
- SOUËTRE, E.; ROSENTHAL, N. E.; KASPER, S., et al. - "Efeitos da luz sobre os síndromos depressivos". *Jornal do Médico*. Vol. CXXVII. n.º 2320 (1989), pp. 48-49.
- SOULAIRAC, A. e Outros - "Um neurolítrico derivado da fenotiasina: a perfenasina". *Coimbra Médica*. Vol. X. (1963), p. 606.
- SOUSA, A. T. d. - "Desalienação hospitalar: a nossa contribuição". *Jornal do Médico*. Vol. L. n.º 1051 (1963), pp. 744-748.
- SOUSA, F. d. - "Urgências psiquiátricas no Hospital Sobral Cid (1980-1986)". *Psiquiatria Clínica*. Vol. 8. n.º 2 (1987), pp. 113-119.
- SOUSA, M. P. d.; FIGUEIRA, L. e LOPES, J. S. - "Contribuição para a classificação em psiquiatria com a utilização do método da taxonomia numérica (aplicação a um grupo de doentes depressivos)". *Jornal do Médico*. Vol. XCII. n.º 1719 (1976), pp. 145-158.
- SOUSA, M. P. d.; LOPES, J. S. e CARDOSO, J. N. - "A clorimipramina no tratamento das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXII. n.º 1577 (1973), pp. 1073-1085.

- SOUSA, M. P. d.; LOPES, J. S.; FIGUEIRA, L., et al. - "Análise da sintomatologia depressiva e sua evolução sob efeito da Maprotilina". *Jornal do Médico*. Vol. XCIII. n.º 1733 (1977), pp. 153-160.
- SOUSA, M. P. d.; LOPES, J. S.; FIGUEIRA, M. L., et al. - "Cluster analysis in the study of depressive classification (therapeutic aspects) (estudo sobre clomipramina e tandamina)". *Saúde Mental*. Vol. 26. n.º 1 (1980), pp. 44-61.
- SOUSA, M. P. d.; LOPES, J. S. e VIEIRA, C. R. - "Análise descritivo-estrutural de uma amostra de esquizofrénicos (nota prévia)". *Jornal do Médico*. Vol. CII. n.º 1878 (1980), pp. 368-372.
- SOUSA, M. P. d.; LOPES, J. S.; VIEIRA, C. R., et al. - "Avaliação dos efeitos terapêuticos de uma dose única diária de Maprotilina". *Jornal do Médico*. Vol. XCVII. n.º 1805 (1978), pp. 804-808.
- SOUSA, M. P. d.; LOPES, J. S.; VIEIRA, C. R., et al. - "Avaliação quantitativa das depressões (A propósito de uma versão portuguesa das escalas de depressões de Hamilton e de Raskin)". *Jornal do Médico*. Vol. XCIV. n.º 1750 (1977), pp. 317-322.
- SOUSA, M. P. d.; LOPES, J.S.; FIGUEIRA, M. L., et al. - "Cluster analysis in the study of depressive classification (Therapeutic aspects)". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 26. n.º 1 (1980), pp. 44-61.
- SOUSA, M. P. d. e TROPA, J. - "Estudo comparativo dos efeitos terapêuticos e adversos de dois antidepressivos: a dotiepina e a mianserina". *O Médico*. Vol. 113. n.º 1751 (1985), pp. 110-116.
- SOUTO-LOPES, J. - "Estudo preditivo da resposta ao tratamento nas depressões dos idosos (contribuição para a definição de perfis clínicos prognósticos)". *Jornal do Médico*. Vol. 130. n.º 2387 (1991), pp. 52-58.
- SOUTO-LOPES, J. - "Estudo preditivo da resposta ao tratamento nas depressões dos idosos (contribuição para a definição de perfis clínicos prognósticos) (Conclusão)". *Jornal do Médico*. Vol. 130. n.º 2388 (1991), pp. 84-90.
- SOUTO-LOPES, J. - "Estudos genéticos nas timopatias". *Jornal do Médico*. Vol. CXXVIII. n.º 2360 (1990), pp. 624-635.

- SOUTO-LOPES, J. - "A influência da idade na evolução e no prognóstico das depressões". *Jornal do Médico*. Vol. CXXIX. n.º 2373 (1990), pp. 200-211.
- SOUTO-LOPES, J. - "A influência da idade na evolução e no prognóstico das depressões (conclusão)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXIX. n.º 2374 (1990), pp. 234-247.
- SOUTO-LOPES, J. - "Sintomas somáticos em depressões (os «equivalentes timopáticos»)". *Jornal do Médico*. Vol. CXXVIII. n.º 2347 (1990), pp. 242-249.
- SOUTO-LOPES, J.; MINEIRO, J.; CORREIA, M., et al. - "Loprazolam versus Triazolam - a double blind study". *Acta Psiquiátrica Portuguesa*. Vol. 36. n.º 1 (1990), pp. 5-10.
- STENGEL, E. - "Classification of mental disorders". *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 21. n.º 4-5 (1959), pp. 601-663.
- SUBRA, G. e ANGE, J. - "A propos du maniement d'un nouveau dérivé de la Phenothiazine utilisé en psychiatrie: le 7843 R.P. (thioprépérazine)". *L'encéphale*. Vol. XLIX. n.º 3 (1960), pp. 233-242.
- SWAZEY, J. P. - "Chlorpromazine's entrance into psychiatry. An extremely interesting product". *Minnesota Medicine*. Vol. 62. n.º 2 (1979), pp. 81-85.
- SZASZ, T. - "O mito da doença mental". Brasil: Zaha editores, 1974.
- SZTULMAN, H. e POROT, M. - "As antipsiquiatrias". *Jornal do Médico*. Vol. LXXXVI. n.º 1627 (1974), pp. 174-177.
- TABORDA, M. - "O "Metilperidol" (Luvatréne) em neuropsiquiatria infantil". *Anais Azevedos*. Vol. XX. n.º 4 e 5 (1968), pp. 271-274.
- TAVARES, A. d. M. - "Como eu vi o 5º Congresso Mundial de Psiquiatria Infantil". *Jornal do Médico*. Vol. L. n.º 1052 (1963), pp. 748-750.
- TEIXEIRA, J. A. C. - "Introdução às grandes síndromes psiquiátricas". *Médico Policlínico*. n.º 8 (1978), pp. 11-17.
- TEIXEIRA, J. A. C. - "Síndromes depressivas". *Médico Policlínico*. n.º 4 (1978), pp. 4-10.
- TEIXEIRA, J. M.; MOREIRA, A. M.; ALMEIDA, D., et al. - "Evolução de um grupo de psicodrama num hospital psiquiátrico". *O Médico*. Vol. 123. n.º 2004 (1990), pp. 536-550.

- TEULIÉ, M. - "Etude de l'action des sels de lithium dans les états d'excitation psychomotrice". *L'encéphale*. Vol. XLIV. n.º 3 (1955), pp. 266-285.
- VASCONCELOS, G. - "Toxicidade do Librium". *O Médico*. Vol. XXI. n.º 532 (1961), p. 306.
- VERÍSSIMO, M. T.; BRÁS, C.; RIBEIRO, P., et al. - "Síndrome maligna dos neurolépticos". *O Médico*. Vol. 120. n.º 1926 (1989), pp. 378-381.
- VIEGAS, E. e MONTEIRO, A. D. - "Doentes crónicas num hospital psiquiátrico. Estudo de internadas numa enfermaria do Hospital Conde de Ferreira.". *O Médico*. Vol. 116. n.º 1837 (1987), pp. 766-782.
- VIEIRA, C. R.; TEIXEIRA, A. M.; TROPA, J., et al. - "Análise das acções terapêuticas e efeitos adversos de uma dose única diária de amitriptilina". *Jornal do Médico*. Vol. CIV. n.º 1905 (1980), pp. 349-354.
- VIEIRA, F. S. e BRITO, I. - "A terapia hidrotermal em psiquiatria". *O Médico*. Vol. 125. n.º 2035 (1991), pp. 55-58.
- VIEIRA, R. X. - "Breve revisão sobre aspectos bioquímicos na esquizofrenia". *O Médico*. Vol. 127. n.º 2072 (1992), pp. 36-42.
- VOGT, M. - "Aspectos farmacológicos das drogas tranquilizantes". *O Médico*. Vol. XIV. n.º 441 (1960), p. 361.
- WAGNER-JAUREG, J. - "The Treatment of General Paresis By Inoculation of Malaria". *Journal of Nervous and Mental Disorders*. Vol. 55. n.º 5 (1922), pp. 369-389.
- WALSHE, F. - "Diseases of the nervous system: described for practitioners and students". Baltimore: Williams and Wilkins, 1963.
- WEINDLING, P. - "Darwinism and the Origin of Psychoanalysis". *The British Journal for the History of Science*. Vol. 17. n.º 01 (1984), pp. 64-67.
- WEITBRECHT, H. J. - "La dépression chronique". *Arquivos Portugueses de Psiquiatria*. n.º 3 (1969), pp. 81-101.
- WELLS, R. E. - "A reserpina no alcoolismo crónico". *Medicina Universal*. Vol. I. n.º 1 (1958), p. 86.
- WHITROW, M. - "Wagner-Jauregg and fever therapy". *Medical History*. Vol. 34. n.º 3 (1990), pp. 294-310.

- WILSON, I. C.; MCKAY, J. e SANDIFER, M. G. - "A Double-Blind Trial to Investigate the Effects of Thorazine (Largactil, Chlorpromazine), Compazine (Stemetil, Prochlorperazine) and Stelazine (Trifluoperazine) in Paranoid Schizophrenia". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 107. n.º 446 (1961), pp. 90-99.
- WINKELMAN N, Jr. - "Chlorpromazine in the treatment of neuropsychiatric disorders". *JAMA*. Vol. 155. n.º 1 (1954), pp. 18-21.
- WINSTEAD, D. K.; BLACKWELL, B.; EILERS, M. K., et al. - "Psychotropic drug use in five city hospitals". *Diseases of the Nervous System*. Vol. 37. n.º 9 (1976), pp. 504-9.
- ZELLER, G.; GRAFFAGNINO P. e RIETMAN H. - "Use of chlorpromazine and reserpine in the treatment of emotional disorders". *JAMA*. Vol. 160. n.º 3 (1956), pp. 179-184.

## 5. Bibliografia

- "2001 Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP). Abstracts of the regional meeting. Hiroshima, Japan, 2-5 October 2001". *International Clinical Psychopharmacology*. Vol. 17 Suppl 2. (2002), pp. S1-165.
- "Abstracts from the XXV CINP (Collegium Internationale Neuro psychopharmacologicum) Congress, Chicago, Illinois, USA, 9-13 July 2006". *International Journal of Neuropsychopharmacology*. Vol. 9 Suppl 1. (2006), pp. S1-289.
- "American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature Statistics - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II". Washington D.C.: American Psychiatric Association. 1968.
- ABED, R. - "Psychiatry and Darwinism. Time to reconsider?". *British Journal of Psychiatry*. Vol. 177. n.º 1 (2000), pp. 1-3.
- ABRAMS, R. - "Electroconvulsive Therapy". Oxford: Oxford University Press, 2002.



- ALAMO, C. e LÓPEZ-MUÑOZ, F. - "New antidepressant drugs: beyond monoaminergic mechanisms". *Current Pharmaceutical Design*. Vol. 15. n.º 14 (2009), pp. 1559-1562.
- ALLAN, V. H. - "Prozac as a Way of Life". *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 79. n.º 3 (2005), pp. 614-615.
- ALLISON, L. e MONCRIEFF, J. - "'Rapid tranquillisation': an historical perspective on its emergence in the context of the development of antipsychotic medications". *History of Psychiatry*. Vol. 25. n.º 1 (2014), pp. 57-69.
- ALVAREZ ARIZA, M.; MATEOS ALVAREZ, R. e BERRIOS, G. E. - "A review of the natural course of bipolar disorders (manic-depressive psychosis) in the pre-drug era: review of studies prior to 1950". *Journal of Affective Disorders*. Vol. 115. n.º 3 (2009), pp. 293-301.
- ÁLVAREZ, R. - "Melancolías". *Asclepio*. Vol. 56. n.º 1 (2004), pp. 291-294.
- ALVES, M. V. - "História da Medicina em Portugal". Porto: Porto Editora, 2014.
- ANGERMULLER, M. - "Neurosífilis, caso clínico y revisión bibliográfica". *Revista Médica de Costa Rica e Centroamérica*. Vol. LXVI. n.º 587 (2009), pp. 95-103.
- ANTONUCCIO, D. O. e HEALY, D. - "Moving beyond depression: The researcher's credo". *British Medical Journal*. Vol. 336. n.º 7645 (2008), p. 629.
- ANTUNES, P. B.; ROSA, M. A.; BELMONTE-DE-ABREU, P. S., et al. - "Eletoconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais". *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 31. (2009), pp. S26-S33.
- ANTUNES, J.L. - "Egas Moniz: Uma biografia". Lisboa: Gradiva, 2010.
- ASSUMPCÃO JR, F. B. e KUCZYNSKI, E. - "Uso de insulinoterapia na psiquiatria infantil brasileira". *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Vol. 100. n.º 2 (2006), pp. 24-27.
- AWOUTERS, F. H. e LEWI, P. J. - "Forty years of antipsychotic Drug research--from haloperidol to paliperidone--with Dr. Paul Janssen". *Arzneimittelforschung*. Vol. 57. n.º 10 (2007), pp. 625-632.

- BAN, T. A. - "An introduction to psychiatric nosology (lectures one and three) - incomplete monograph". Em linha - [inhn.org/archives/ban-collection/an-introduction-to-psychiatric-nosology]. Consultado a 23 janeiro 2015. 2007 (?).
- BAN, T. A. - "Comment on: 'antidepressant medications and other treatments of depressive disorders: a CINP Task Force report based on a review of evidence'". *International Journal of Neuropsychopharmacology*. Vol. 11. n.º 4 (2008), pp. 583-585.
- BAN, T. A. - "Fifty years chlorpromazine: a historical perspective". *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Vol. 3. n.º 4 (2007), pp. 495-500.
- BAN, T. A. - "A history of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (1957-2004)". *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. Vol. 30. n.º 4 (2006), pp. 599-616.
- BAN, T. A. - "Neuropsychopharmacology and the genetics of schizophrenia: a history of the diagnosis of schizophrenia". *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. Vol. 28. n.º 5 (2004), pp. 753-762.
- BAN, T. A. - "Pharmacotherapy of depression: a historical analysis". *Journal of Neural Transmission*. Vol. 108. n.º 6 (2001), pp. 707-716.
- BAN, T. A. - "Pharmacotherapy of mental illness--a historical analysis". *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. Vol. 25. n.º 4 (2001), pp. 709-27.
- BAN, T. A. - "The role of serendipity in drug discovery". *Dialogues in Clinical Neuroscience*. Vol. 8. n.º 3 (2006), pp. 335-44.
- BAN, T. A. - "Towards a clinical methodology for neuropsychopharmacological research". *Neuropsychopharmacol Hung*. Vol. 9. n.º 2 (2007), pp. 81-90.
- BAN, T. A.; HEALY, D. e SHORTER, E. (eds.) - "From psychopharmacology to neuropsychopharmacology in the 1980s and the story of CINP". Budapeste: Animula, 2002.
- BAN, T. A.; HEALY, D. e SHORTER, E. (eds.) - "Reflections on Twentieth-century Psychopharmacology". Budapeste: Animula, 2010.

- BAN, T. A.; HEALY, D. e SHORTER, E. (eds.) - "Reflections on twentieth-century psychopharmacology". Budapest: Animula, 2004.
- BAN, T. A.; HEALY, D. e SHORTER, E. (eds.) - "The triumph of psychopharmacology and the story of CINP". Budapest: Animula, 2000.
- BAN, T. A. e HIPPIUS, H. - "Thirty Years CINP: A Brief History of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum". Berlin: Springer, 2012.
- BAN, T. A. e UDABE, R. U. - "The Neurotransmitter Era in Neuropsychopharmacology". Buenos Aires: Editorial Polemos, 2010.
- BARAN, B.; BITTER, I.; FINK, M., et al. - "Károly Schaffer and his school: the birth of biological psychiatry in Hungary, 1890-1940". *European Psychiatry*. Vol. 23. n.º 6 (2008), pp. 449-456.
- BARRERA, A.; MCKENNA, P. J. e BERRIOS, G. E. - "Formal thought disorder, neuropsychology and insight in schizophrenia". *Psychopathology*. Vol. 42. n.º 4 (2009), pp. 264-269.
- BAUMEISTER, A. A. e HAWKINS, M. F. - "Continuity and discontinuity in the historical development of modern psychopharmacology". *Journal of the History of the Neurosciences*. Vol. 14. n.º 3 (2005), pp. 199-209.
- BAUMEISTER, A. A.; HAWKINS, M. F. e LÓPEZ-MUÑOZ, F. - "Toward standardized usage of the word serendipity in the historiography of psychopharmacology". *Journal of the History of the Neurosciences*. Vol. 19. n.º 3 (2010), pp. 253-270.
- BEARD, J. A. - "Dr William Sargant (1907-88) and the emergence of physical treatments in British psychiatry". *Journal of Medical Biography*. Vol. 17. n.º 1 (2009), pp. 23-9.
- BELMAKER, R. H. - "Comment on: 'antidepressant medications and other treatments of depressive disorders: a CINP Task Force report based on a review of evidence'". *International Journal of Neuropsychopharmacology*. Vol. 11. n.º 4 (2008), pp. 577-578.
- BENTO, A. - "Psiquiatria comunitária e Hospital Júlio de Matos (editorial)". *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*. Vol. XVIII. n.º 3 (2005), pp. 135-137.

- BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. e SHORTER, E. - "Notes on antipsychiatry". *Europena Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Vol. 253. n.º 2 (2003), pp. 61-7.
- BERRIOS, G. E. - "Anxiety disorders: a conceptual history". *Journal of Affective Disorders*. Vol. 56. n.º 2-3 (1999), pp. 83-94.
- BERRIOS, G. E. - "'The clínico-diagnostic perspective in psychopathology' by K Kahlbaum". *History of Psychiatry*. Vol. 18. n.º 70 Pt 2 (2007), pp. 231-233.
- BERRIOS, G. E. - "Epistemology and history of psychiatry". *Vertex*. Vol. 15. n.º 55 (2004), pp. 29-37.
- BERRIOS, G. E. - "Eugen Bleuler's place in the history of psychiatry". *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 37. n.º 6 (2011), pp. 1095-1098.
- BERRIOS, G. E. - "How to write a useful history of schizophrenia". *Vertex*. Vol. 21. n.º 93 (2010), pp. 349-358.
- BERRIOS, G.E. - "The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century". Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- BERRIOS, G. E. - "The insanities of the third age: a conceptual history of paraphrenia". *Journal of Nutrition Health and Aging*. Vol. 7. n.º 6 (2003), pp. 394-399.
- BERRIOS, G. E. - "Positive and negative symptoms and jackson: A conceptual history". *Archives of General Psychiatry*. Vol. 42. n.º 1 (1985), pp. 95-97.
- BERRIOS, G. E. - "Presbyophrenia: the rise and fall of a concept". *Psychological Medicine*. Vol. 16. n.º 02 (1986), pp. 267-275.
- BERRIOS, G. E. - "The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history". *History of Psychiatry*. Vol. 8. n.º 29 pt 1 (1997), pp. 105-119.
- BERRIOS, G. E. e MARKOVA, I. S. - "Assessment and measurement in neuropsychiatry: a conceptual history". *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*. Vol. 7. n.º 1 (2002), pp. 3-10.
- BERRIOS, G. E. e MARKOVA, I. S. - "The concept of neuropsychiatry: a historical overview". *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 53. n.º 2 (2002), pp. 629-638.

- BERRIOS, G.E. e PORTER, R. - "A History of Clínical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders". Londres: Athlone Press, 1995.
- BHATARA, V.; LÓPEZ-MUÑOZ, F. e ÁLAMO, C. - "El papel de la medicina herbal ayurvédica en el descubrimiento de las propiedades neurolépticas de la reserpina: a propósito de la Rauwolfia Serpentina y los orígenes de la era antipsicótica.". *Anales de Psiquiatria*. Vol. 20. n.º 6 (2004), pp. 274-281.
- BHATARA, V. S.; LÓPEZ-MUÑOZ, F. e GUPTA, S. - "Guest editorial: celebrating the 50TH anniversary of the introduction of chlorpromazine in North America and the advent of the psychopharmacology revolution". *Annals of Clínical Psychiatry*. Vol. 17. n.º 3 (2005), pp. 109-111.
- BILLIARD, I. - "Santé mentale et travail: l'émergence de la psychopathologie du travail". Paris: La Dispute, 2001.
- BLANEY, P. H.; KRUEGER, R. F. e MILLON, T. (eds.) - "Oxford Textbook of Psychopathology". Oxford: Oxford University Press, 2014.
- BLOCH, S.; GREEN, S. A. e HOLMES, J. (eds.) - "Psychiatry: Past, Present, and Prospect". Oxford: Oxford University Press, 2014.
- BOLWIG, T. G. e FINK, M. - "Electrotherapy for melancholia: the pioneering contributions of Benjamin Franklin and Giovanni Aldini". *Journal of ECT*. Vol. 25. n.º 1 (2009), pp. 15-18.
- BRASLOW, J. T. - "The influence of a biological therapy on physicians' narratives and interrogations: the case of general paralysis of the insane and malaria fever therapy, 1910-1950". *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 70. n.º 4 (1996), pp. 577-608.
- BRASLOW, J. - "Insights: where biopsychiatry came from: a short history of somatic therapies from 1900 to the 1950s". *Harvard Mental Health Letter*. Vol. 16. n.º 2 (1999), pp. 5-7.
- BRASLOW, J. - "Mental ills and bodily cures: psychiatric treatment in the first half of the twentieth century". Berkeley: University of California Press, 1997.
- BRASLOW, J. - "Therapeutics and the history of psychiatry". *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 74. n.º 4 (2000), pp. 794-802.

- BRASLOW, J.; DUAN, N.; STARKS, S. L., et al. - "Generalizability of studies on mental health treatment and outcomes, 1981 to 1996". *Psychiatric Services*. Vol. 56. n.º 10 (2005), pp. 1261-1268.
- BRASLOW, J. e STARKS, S. L. - "The making of contemporary American psychiatry, Part 2: therapeutics and gender before and after World War II". *History of Psychology*. Vol. 8. n.º 3 (2005), pp. 271-288.
- BROMLEY, E. e BRASLOW, J. - "Teaching critical thinking in psychiatric training: a role for the social sciences". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 165. n.º 11 (2008), pp. 1396-1401.
- CALLAHAN, C. M. e BERRIOS, G. E. - "Reinventing Depression: A History of the Treatment of Depression in Primary Care, 1940-2004". Oxford: Oxford University Press, 2005.
- CANCRO, R. - "The introduction of neuroleptics: a psychiatric revolution". *Psychiatric Services*. Vol. 51. n.º 3 (2000), pp. 333-335.
- CANCRO, R. - "A review of the concept of the schizophrenic disorders". *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. Vol. 33. n.º 2 (2005), pp. 241-247.
- CANCRO, R.; J, E. R.; CHABOT, R., et al. - "Subtyping of psychiatric disorders: implications for drug development". *Dialogues in Clinical Neuroscience*. Vol. 4. n.º 4 (2002), pp. 329-335.
- CASTAGNINI, A. e BERRIOS, G. E. - "Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Vol. 259. n.º 8 (2009), pp. 433-443.
- CHANPATTANA, W. - "Combined ECT and clozapine in treatment-resistant mania". *Journal of ECT*. Vol. 16. n.º 2 (2000), pp. 204-207.
- CHANPATTANA, W. - "A questionnaire survey of ECT practice in Australia". *Journal of ECT*. Vol. 23. n.º 2 (2007), pp. 89-92.
- CHANPATTANA, W. e ANDRADE, C. - "ECT for treatment-resistant schizophrenia: a response from the far East to the UK. NICE report". *Journal of ECT*. Vol. 22. n.º 1 (2006), pp. 4-12.

- CHANPATTANA, W. e CHAKRABHAND, M. L. - "Factors influencing treatment frequency of continuation ECT in schizophrenia". *Journal of ECT*. Vol. 17. n.º 3 (2001), pp. 190-194.
- CHARLSON, F.; SISKIND, D.; DOI, S. A., et al. - "ECT efficacy and treatment course: a systematic review and meta-analysis of twice vs thrice weekly schedules". *Journal of Affective Disorders*. Vol. 138. n.º 1-2 (2012), pp. 1-8.
- CHAST, F. - "La chlopromazine et les premiers pas de la psychopharmacologie". *Estudos do Século XX*. n.º 5 (2005), pp. 83-103.
- CORREIA, M. - "Egas Moniz e a leucotomia pré-frontal: ao largo da polémica". *Análise Social*. Vol. XLI. n.º 181 (2006), pp. 1197-1213.
- CORREIA, M. - "Egas Moniz e o Prémio Nobel". Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.
- CORREIA, M. 2010. *Egas Moniz: Representação, Saber e Poder*. Tese de Doutoramento, FLUC.
- CREEK, J. e LOUGHER, L. - "Occupational Therapy and Mental Health". Pennsylvania: Churchill Livingstone/Elsevier, 2008.
- CRILLY, J. - "The history of clozapine and its emergence in the US market: a review and analysis". *History of Psychiatry*. Vol. 18. n.º 1 (2007), pp. 39-60.
- DAVID, W. - "The Invisible Plague: The Rise of Mental Illness from 1750 to the Present (review)". *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 78. n.º 3 (2004), pp. 732-734.
- DAY, J. C.; BENTALL, R. P.; ROBERTS, C., et al. - "Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals". *Archives of General Psychiatry*. Vol. 62. n.º 7 (2005), pp. 717-724.
- DECKER, H. S. - "How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? — from Emil Kraepelin to DSM-III". *History of Psychiatry*. Vol. 18. n.º 3 (2007), pp. 337-360.
- DOMINGO, J. e MORENO, L. - "The treatment of functional psychosis in Spain at the beginning of the XX century (1917-1931)". *Actas Españolas de Psiquiatria*. Vol. 38. n.º 3 (2010), pp. 163-169.

- EGHIGIAN, G. - "From Madness to Mental Health: Psychiatric Disorder and Its Treatment in Western Civilization". New Jersey: Rutgers University Press, 2009.
- ERANTI, S. V. e MCLOUGHLIN, D. M. - "Electroconvulsive therapy — state of the art". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 182. n.º 1 (2003), pp. 8-9.
- ESCOBAR M, E. - "Las terapias biológicas psiquiátricas en Chile". *Revista chilena de neuro-psiquiatria*. Vol. 48. (2010), pp. 245-248.
- FAEDDA, G. L.; BECKER, I.; BARONI, A., et al. - "The origins of electroconvulsive therapy: Prof. Bini's first report on ECT". *Journal of Affective Disorders*. Vol. 120. n.º 1-3 (2010), pp. 12-15.
- FANGMANN, P.; ASSION, H. J.; JUCKEL, G., et al. - "Half a century of antidepressant drugs: on the clinical introduction of monoamine oxidase inhibitors, tricyclics, and tetracyclics. Part II: tricyclics and tetracyclics". *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol. 28. n.º 1 (2008), pp. 1-4.
- FINK, M. - "Electroshock: Healing Mental Illness". Oxford: Oxford University Press, 2002.
- FINK, M. - "Serendipity and science: the double anniversary of a treatment and a journal". *Journal of ECT*. Vol. 25. n.º 1 (2009), pp. 1-2.
- FINK, M. e TAYLOR, M. A. - "Issues for DSM-V: the medical diagnostic model". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 165. n.º 7 (2008), p. 799.
- FRANKENBURG, F. R. e BALDESSARINI, R. J. - "Neurosyphilis, malaria, and the discovery of antipsychotic agents". *Harvard Review of Psychiatry*. Vol. 16. n.º 5 (2008), pp. 299-307.
- GAMEIRO, A. - "Evocação de um médico esquecido, o Dr. Luís Cebola - Pioneiro da ocupação ergoterápica na Casa de Saúde do Telhal, da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus". *Medicina na Beira Interior da pré-história ao século XXI*. Vol. 23. (2009), pp. 126-133.
- GANCHO, A. - "História da minha vida na Casa de Saúde do Telhal". *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*. Vol. XIX. n.º 3 (2006), pp. 180-184.



- GARCIA-GARCIA, P.; LÓPEZ-MUÑOZ, F.; RUBIO, G., et al. - "Phytotherapy and psychiatry: bibliometric study of the scientific literature from the last 20 years". *Phytomedicine*. Vol. 15. n.º 8 (2008), pp. 566-576.
- GARDNER, D. M.; BALDESSARINI, R. J. e WARAICH, P. - "Modern antipsychotic drugs: a critical overview". *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 172. n.º 13 (2005), pp. 1703-1711.
- GAUPP, R. e BERRIOS, G. E. - "About the limits of psychiatric knowledge. Classic Text No. 51". *History of Psychiatry*. Vol. 13. n.º 51 Pt 3 (2002), pp. 327-338.
- GAZDAG, G.; BITTER, I.; UNGVARI, G. S., et al. - "Convulsive therapy turns 75". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 194. n.º 5 (2009), pp. 387-388.
- GAZDAG, G.; BITTER, I.; UNGVARI, G. S., et al. - "Laszlo Meduna's Pilot Studies With Camphor Inductions of Seizures: The First 11 Patients". *Journal of ECT*. Vol. 25. n.º 1 (2009), pp. 3-11.
- HANI H, A.-N.; JERROLD S, P.; MICHAEL S, L., et al. - "The use of thermal infra-red imaging to detect delayed onset muscle soreness". *Journal of Visualized Experiments*. n.º 59 (2012),
- HARRIS, M.; CHANDRAN, S.; CHAKRABORTY, N., et al. - "Mood-stabilizers: the archeology of the concept". *Bipolar Disorder*. Vol. 5. n.º 6 (2003), pp. 446-452.
- HARRISON, P. J.; BALDWIN, D. S.; BARNES, T. R. E., et al. - "No psychiatry without psychopharmacology". *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 199. n.º 4 (2011), pp. 263-265.
- HEALY, D. - "The Creation of Psychopharmacology". Massachusetts: Harvard University Press, 2002.
- HEALY, D. - "The evolution of hypnotism". *British Medical Journal*. Vol. 320. n.º 7240 (2000), p. 1015.
- HEALY, D. - "Interview with David Healy". *Vertex*. Vol. 21. n.º 94 (2010), pp. 459-61.
- HEALY, D. - "Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression". New York: New York University Press, 2004.

- HEALY, D. - "Mandel Cohen and the origins of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition: DSM-III". *History of Psychiatry*. Vol. 13. n.º 50 (2002b), pp. 209-230.
- HEALY, D. - "Mania: A Short History of Bipolar Disorder". Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010.
- HEALY, D. - "Neuroleptics and mortality: a 50-year cycle: Invited commentary on... Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality". *British Journal of Psychiatry*. Vol. 188. (2006), p. 128.
- HEALY, D. - "One flew over the conflict of interest nest". *World Psychiatry*. Vol. 6. n.º 1 (2007), pp. 26-27.
- HEALY, D. - "Pioneers in Psychopharmacology II". *International Journal of Neuropsychopharmacology*. Vol. 3. n.º 4 (2000), pp. 351-354.
- HEALY, D. - "The Psychopharmacologists III". Londres: Arnold, 2000.
- HEALY, D. - "Trajectory of Psychopharmacology : The role of the clinician and Industry". *Indian Journal of Psychiatry*. Vol. 45. n.º 2 (2003), pp. 49-56.
- HEALY, D. e ALDRED, G. - "Antidepressant drug use & the risk of suicide". *International Review of Psychiatry*. Vol. 17. n.º 3 (2005), pp. 163-172.
- HEALY, D.; HARRIS, M.; FARQUHAR, F., et al. - "Historical overview: Kraepelin's impact on psychiatry". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Vol. 258 Suppl 2. (2008), pp. 18-24.
- HEALY, D. e MANGIN, D. - "The once and future psychiatry". *Academic Medicine*. Vol. 84. n.º 4 (2009), pp. 418-20.
- HEALY, D.; SAVAGE, M.; MICHAEL, P., et al. - "Psychiatric bed utilization: 1896 and 1996 compared". *Psychological Medicine*. Vol. 31. n.º 5 (2001), pp. 779-790.
- HEALY, D. e THASE, M. E. - "Is academic psychiatry for sale?". *British Journal of Psychiatry*. Vol. 182. (2003), pp. 388-390.
- HELLER, A.; AMAR, A.; LIU, C., et al. - "Surgery of the mind and mood: a mosaic of issues in time and evolution". *Neurosurgery*. Vol. 59. n.º 720-733 (2006), pp. 921-940.

- HENCKES, N. - "Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis". *History of Psychiatry*. Vol. 22. n.º 2 (2011a), pp. 164-181.
- HENCKES, N. - "Reshaping chronicity: neuroleptics and changing meanings of therapy in French psychiatry, 1950-1975". *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. Vol. 42. n.º 4 (2011c), pp. 434-442.
- HOFER, A.; KEMMLER, G.; EDER, U., et al. - "Attitudes toward antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia". *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 63. n.º 1 (2002), pp. 49-53.
- HOMEM, T. R. - "Aspectos epistemológicos da psiquiatria". *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*. Vol. XIX. n.º 3 (2006), pp. 143-146.
- HUERTAS, R. - "Foucault, treinta años después. A propósito de El poder psiquiátrico". *Asclepio*. Vol. 58. n.º 2 (2006), pp. 267-276.
- HUERTAS, R. - "Historia de la psiquiatria, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias". *Frenia*. Vol. I. n.º 1 (2001), pp. 9-36.
- HUERTAS, R. - "Historiography of psychiatric treatment in Spain: foundational myths to social history". *Secuencia*. n.º 51 (2001), pp. 122-144.
- HUERTAS, R. - "Madness and degeneration, Part I. From 'fallen angel' to mentally ill". *History of Psychiatry*. Vol. 3. n.º 12 (1992), pp. 391-411.
- ÍLHARCO, F. - "Apontamentos das lições de psiquiatria - Fac-símile da edição de 1934". Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.
- JAMES, C. W. - "A Social History of Medicines in the Twentieth Century: To Be Taken Three Times a Day". *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 79. n.º 2 (2005), pp. 362-363.
- JAMES, E. M. - "Care and Treatment of the Mentally Ill in North Wales, 1800-2000 (review)". *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 79. n.º 3 (2005), pp. 579-580.
- JOHN, C. B. - "Jack Pressman and the Future of the History of Psychiatry". *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 74. n.º 4 (2000), pp. 778-785.
- JONES, K. - "Insulin coma therapy in schizophrenia". *Journal of the Royal Society of Medicine*. Vol. 93. (2000), pp. 147-149.

- KLEIN, D. F. - "The loss of serendipity in psychopharmacology". *JAMA*. Vol. 299. n.º 9 (2008), pp. 1063-1065.
- KOTOWICZ, Z. - "Psychosurgery in Italy, 1936-39". *History of Psychiatry*. Vol. 19. n.º 76 Pt 4 (2008), pp. 476-489.
- KRAGH, J. V. - "Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark". *History of Psychiatry*. Vol. 21. n.º 84 Pt 4 (2010), pp. 471-486.
- KRAGH, J. V. - "The origins of electroconvulsive therapy in denmark". *Journal of ECT*. Vol. 25. n.º 4 (2009), pp. 270-273.
- LAKOFF, A. - "Pharmaceutical reason: Knowledge and value in global psychiatry". Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- LAVAJO, J. C. - "Ordem Hospitaleira de S. João de Deus em Portugal - 1892-2002.". Lisboa: Editorial Hospitalidade, 2003.
- LEITÃO, A. R. - "Novas terapêuticas psicofarmacológicas. O futuro previsto num inquérito da indústria farmacêutica nacional.". *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*. Vol. XIX. n.º 3 (2006), pp. 170-174.
- LEITNER, R.; KÖRTE, C.; EDO, D., et al. - "Historia del tratamiento de la sífilis". *Revista Argentina de Dermatología*. Vol. 88. n.º 1 (2007), pp. 6-19.
- LEÓN-CASAS-ORREGO, Á. - "Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín. 1878-1930". *Asclepio*. Vol. 60. n.º 2 (2008), pp. 119-142.
- LOPES, J. L. - "A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria". *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 23. (2001), pp. 28-33.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F. e ALAMO, C. - "The consolidation of neuroleptic therapy: Janssen, the discovery of haloperidol and its introduction into clinical practice". *Brain Research Bulletin*. Vol. 79. n.º 2 (2009), pp. 130-141.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F. e ALAMO, C. - "Historical evolution of the neurotransmission concept". *Journal of Neural Transmission*. Vol. 116. n.º 5 (2009), pp. 515-533.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F. e ALAMO, C. - "Monoaminergic neurotransmission: the history of the discovery of antidepressants from 1950s until today". *Current Pharmaceutical Design*. Vol. 15. n.º 14 (2009), pp. 1563-1586.

- LÓPEZ-MUÑOZ, F. e ÁLAMO, C. - "Neurobiological background for the development of new drugs in schizophrenia". *Clinical Neuropharmacology*. Vol. 34. n.º 3 (2011), pp. 111-126.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F. e ÁLAMO, C. - "Neurobiology of Depression". Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2011.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C. e CUENCA, E. - "Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología". *Frenia*. Vol. 2. n.º 1 (2002), pp. 77-107.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C.; CUENCA, E., et al. - "History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine". *Annals of Clinical Psychiatry*. Vol. 17. n.º 3 (2005), pp. 113-135.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C. e GARCIA-GARCIA, P. - "The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines: half a century of anxiolytic drugs". *Journal of Anxiety Disorders*. Vol. 25. n.º 4 (2011), pp. 554-562.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C.; JUCKEL, G., et al. - "Half a century of antidepressant drugs: on the clinical introduction of monoamine oxidase inhibitors, tricyclics, and tetracyclics. Part I: monoamine oxidase inhibitors". *Journal of Clinical Psychopharmacology* Vol. 27. n.º 6 (2007), pp. 555-559.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C.; RUBIO, G., et al. - "Half a century since the clinical introduction of chlorpromazine and the birth of modern psychopharmacology". *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. Vol. 28. n.º 1 (2004), pp. 205-208.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C.; RUBIO, G., et al. - "Bibliometric analysis of biomedical publications on SSRI during 1980-2000". *Depress Anxiety*. Vol. 18. n.º 2 (2003), pp. 95-103.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ASSION, H.; ÁLAMO, C., et al. - "La introducción clínica de la iproniazida y la imipramina: medio siglo de terapéutica antidepresiva". *Anales de Psiquiatría*. Vol. 24. (2008), pp. 56-70.

- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; BAUMEISTER, A. A.; HAWKINS, M. F., et al. - "The role of serendipity in the discovery of the clinical effects of psychotropic drugs: beyond of the myth". *Actas Españolas de Psiquiatría*. Vol. 40. n.º 1 (2012), pp. 34-42.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; BHATARA, V. S.; ÁLAMO, C., et al. - "Historical approach to reserpine discovery and its introduction in psychiatry". *Actas Españolas de Psiquiatría*. Vol. 32. n.º 6 (2004), pp. 387-395.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; GARCIA-GARCIA, P.; SAIZ-RUIZ, J., et al. - "A bibliometric study of the use of the classification and diagnostic systems in psychiatry over the last 25 years". *Psychopathology*. Vol. 41. n.º 4 (2008), pp. 214-225.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F. e GONZÁLEZ, C. Á. (eds.) - "Historia de la Psicofarmacología. De los orígenes a la medicina científica: sobre los pilares biológicos del nacimiento de la psicofarmacología". Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F. e GONZÁLEZ, C. Á. (eds.) - "Historia de la psicofarmacología. La consolidación de la psicofarmacología como disciplina científica: aspectos ético-legales y perspectivas de futuro". Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F. e GONZÁLEZ, C. Á. (eds.) - "Historia de la Psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos". Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; UCHA-UDABE, R. e ÁLAMO-GONZALEZ, C. - "A century of barbiturates in neurology". *Revue Neurologique*. Vol. 39. n.º 8 (2004), pp. 767-775.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F.; UCHA-UDABE, R. e ÁLAMO, C. - "The history of barbiturates a century after their clinical introduction". *Neuropsychiatric Disease Treatment*. Vol. 1. n.º 4 (2005), pp. 329-343.
- LÓPEZ MUÑOZ, F.; ÁLAMO GONZÁLEZ, C. e CUENCA FERNÁNDEZ, E. - "Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología". *Frenia*. Vol. 2. n.º 1 (2002), pp. 77-107.
- LOUIS, G. - "Innovation in the Pharmaceutical Industry: The Process of Drug Discovery and Development". *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 79. n.º 2 (2005), pp. 378-379.

- MAJERUS, B. - "A difficult stabilisation. Chlorpromazine in the fifties in Belgium". *Gesnerus*. Vol. 67. n.º 1 (2010), pp. 57-72.
- MARKOVA, I. S. e BERRIOS, G. E. - "Epistemology of mental symptoms". *Psychopathology*. Vol. 42. n.º 6 (2009), pp. 343-349.
- MARKOVA, I. S. e BERRIOS, G. E. - "Epistemology of psychiatry". *Psychopathology*. Vol. 45. n.º 4 (2012), pp. 220-227.
- MARKOVA, I. S. e BERRIOS, G. E. - "Research in Psychiatry: Concepts and Conceptual Analysis". *Psychopathology*. Vol. 49. n.º 3 (2016), pp. 188-194.
- MARMITT WADI, Y. - "Médicos e loucos no sul do Brasil: um olhar sobre o Hospício São P. de Porto Alegre/RS, seus internos e as práticas de tratamento da loucura (1884-1924)". *Asclepio*. Vol. 60. n.º 2 (2008), pp. 43-74.
- MASHOUR, G. A.; WALKER, E. E. e MARTUZA, R. L. - "Psychosurgery: past, present, and future". *Brain Research. Brain Research Reviews*. Vol. 48. n.º 3 (2005), pp. 409-419.
- MASIERO, A. L. - "A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Vol. 10. (2003a), pp. 549-572.
- MAUNDER, R. G. e HUNTER, J. J. - "Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease". *Psychosomatic Medicine*. Vol. 63. n.º 4 (2001), pp. 556-567.
- MCCALL, W. V. - "Electroconvulsive therapy in the era of modern psychopharmacology". *International Journal of Neuropsychopharmacology*. Vol. 4. n.º 3 (2001), pp. 315-324.
- MCCRAE, N. - "'A violent thunderstorm': Cardiazol treatment in British mental hospitals". *History of Psychiatry*. Vol. 17. n.º 65 Pt 1 (2006), pp. 67-90.
- MENDONÇA, M. M. - "Hospital Sobral Cid - das origens ao cinquentenário - História, Imagens, Memória.". Coimbra: MinervaCoimbra, 2006.
- MENDONÇA, M. M. d. - "Encerrar hospitais psiquiátricos?". *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*. Vol. XX. n.º 1 (2007), pp. 36-37.
- MIDDLETON, H.; SHAW, I.; HULL, S., et al. - "Orientações do NICE para o tratamento da depressão". *Psiquiatria na prática médica*. Vol. 20. n.º 4 (2007), pp. 113-115.

- MOLINA, J. D.; TOLEDO-ROMERO, F.; LÓPEZ-RODRIGUEZ, E., et al. - "Augmentation treatment with amisulpride in schizophrenic patients partially responsive to olanzapine". *Pharmacopsychiatry*. Vol. 44. n.º 4 (2011), pp. 142-147.
- MONCRIEFF, J. - "The antidepressant debate". *British Journal of Psychiatry*. Vol. 180. (2002), pp. 193-194.
- MONCRIEFF, J. - "Clozapine v. conventional antipsychotic drugs for treatment-resistant schizophrenia: a re-examination". *British Journal of Psychiatry*. Vol. 183. (2003b), pp. 161-166.
- MONCRIEFF, J. - "The creation of the concept of an antidepressant: an historical analysis". *Social Science and Medicine*. Vol. 66. n.º 11 (2008), pp. 2346-2355.
- MONCRIEFF, J. - "A critique of the dopamine hypothesis of schizophrenia and psychosis". *Harv Review of Psychiatry*. Vol. 17. n.º 3 (2009), pp. 214-225.
- MONCRIEFF, J. - "The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment". New York: Palgrave Macmillan, 2009.
- MONCRIEFF, J. e CRAWFORD, M. J. - "British psychiatry in the 20th century-- observations from a psychiatric journal". *Social Science and Medicine*. Vol. 53. n.º 3 (2001), pp. 349-356.
- MONTEIRO, J. P.; MESQUITA, J. F. e PALMEIRA, M. M. - "História da Neurologia em Portugal". Tomar: Livro da Minha Vida, 2011.
- MOSER, C. M.; LOBATO, M. I. e BELMONTE-DE-ABREU, P. - "Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica". *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Vol. 27. (2005), pp. 302-310.
- NANCY, T. - "Beyond the "Two Psychiatries": Jack Pressman's Last Resort and the History of Twentieth-Century American Psychiatry: Introduction". *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 74. n.º 4 (2000), pp. 773-777.
- NOLL, R. - "The Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders". New York: Facts On File, Incorporated, 2009.



- NOVELLA, E. J. e HUERTAS, R. - "Alexandre Brierre de Boismont and the origins of the Spanish psychiatric profession". *History of Psychiatry*. Vol. 22. n.º 88 Pt 4 (2011), pp. 387-402.
- PERDIGUERO, E.; BERNABEU, J.; HUERTAS, R., et al. - "History of health, a valuable tool in public health". *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 55. n.º 9 (2001), pp. 667-673.
- PEREIRA, A. L. - "A cientificação do psíquico: de Manuel Bombarda a Egas Moniz". *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*. Vol. 10. n.º 5 (2005), pp. 6.
- PEREIRA, A. L. e PITA, J. R. - "Egas Moniz em livre exame". Coimbra: Minerva Coimbra, 2000.
- PEREIRA, J. M. - "Classificação e reconceptualização das doenças na Psiquiatria portuguesa: a contribuição de Júlio de Matos (1884-1923)". *Revista Estudos do Século XX*. n.º 12 (2012), pp. 347-364.
- PEREIRA, J. M.; PITA, J. R. e PEREIRA, A. L. - "Enfermedades mentales em Portugal: doctrinas, concepciones y terapéuticas en la Primera República (1910-1926)". In "La experiencia de enfermar en perspectiva histórica". Granada: Editorial Universidad de Granada, 2008.
- PEREIRA, L. M. d. F. - "Modelos e finalidades da terapêutica psiquiátrica na primeira metade do século XX - uma história de início do uso dos neurolépticos no estado de São Paulo". In "História da Psiquiatria: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica". São Paulo: Casa de Soluções Editora, 2012.
- PIERCY, N. e CRAVENS, D. - "The imperatives of value-driven strategy". *Journal of Change Management*. Vol. 1. n.º 1 (2000), pp. 22-40.
- PIETERS, T. e MAJERUS, B. - "The introduction of chlorpromazine in Belgium and the Netherlands (1951-1968); tango between old and new treatment features". *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. Vol. 42. n.º 4 (2011), pp. 443-452.
- PINTO, F. - "História das Neurociências em Portugal". Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2012.

- PITA, J. R. - "Farmácia, Medicamentos e Psiquiatria (1º metade do século XX)". Lorvão: 2006.
- PITA, J. R. - "História da farmácia". Coimbra: MinervaCoimbra, 2000.
- PLUMED DOMINGO, J. J. - "La clasificación de la locura en la Psiquiatría española del siglo XIX". *Asclepio*. Vol. 57. n.º 2 (2005), pp. 223-254.
- PORTER, R. - "Madness: A Brief History". Oxford: Oxford University Press, 2002.
- QUEIRÓS, A. - "A recepção de Freud em Portugal (1900-1956)". Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2009.
- RAMCHANDANI, D.; LÓPEZ-MUÑOZ, F. e ALAMO, C. - "Meprobamate-tranquilizer or anxiolytic? A historical perspective". *Psychiatric Quarterly*. Vol. 77. n.º 1 (2006), pp. 43-53.
- RAMOS, A. - "Evolução no cuidar na casa de saúde do telhal". *Revista Hospitalidade*. Vol. 71. n.º 277 (2007), pp. 15-20.
- REDONDO, J. e SEQUEIRA, D. - "Registos para a memória da história do hospital Sobral Cid: Os primeiros anos...". Coimbra: s/n, 2005.
- RIGONATTI, S. - "História dos tratamentos biológicos". *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 31. n.º 5 (2004), pp. 210-212.
- ROBISON, R. A.; TAGHVA, A.; LIU, C. Y., et al. - "Surgery of the Mind, Mood, and Conscious State: An Idea in Evolution". *World Neurosurgery*. (2012a), pp. 662-686.
- RODRIGUES, M.A. – "Memoria professorum Universitatis Conimbrigensis". Coimbra: Arquivo da Universidade, 1992.
- ROSA, M. A. e SIVA, P. - "Pacheco e Silva [corrected] and the origins of electroconvulsive therapy in Brazil. ". *Journal of ECT*. Vol. 23. n.º 4 (2007), pp. 224-228.
- SARTORIUS, N.; BAGHAI, T. C.; BALDWIN, D. S., et al. - "Antidepressant medications and other treatments of depressive disorders: a CINP Task Force report based on a review of evidence". *International Journal of Neuropsychopharmacology*. Vol. 10 Suppl 1. (2007), pp. S1-207.

- SCHMIED, L. A.; STEINBERG, H. e SYKES, E. A. - "Psychopharmacology's debt to experimental psychology". *History of Psychology*. Vol. 9. n.º 2 (2006), pp. 144-157.
- SCULL, A. - "Contested jurisdictions: psychiatry, psychoanalysis, and clinical psychology in the United States, 1940-2010". *Medical History*. Vol. 55. n.º 3 (2011), pp. 401-406.
- SCULL, A. - "The mental health sector and the social sciences in post- World War II USA. Part 2: The impact of federal research funding and the drugs revolution". *History of Psychiatry*. Vol. 22. n.º 87 Pt 3 (2011), pp. 268-284.
- SCULL, A. - "The mental health sector and the social sciences in post-World War II USA. Part I: total war and its aftermath". *History of Psychiatry*. Vol. 22. n.º 85 Pt 1 (2011), pp. 3-19.
- SCULL, A. - "A psychiatric revolution". *Lancet*. Vol. 375. n.º 9722 (2010), pp. 1246-1247.
- SHORTER, E. - "A brief history of placebos and clinical trials in psychiatry". *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 56. n.º 4 (2011), pp. 193-197.
- SHORTER, E. - "A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac". London: John Wiley & Sons, 1997.
- SHORTER, E. - "Before Prozac: the troubled history of mood disorders in psychiatry". Oxford: Oxford University Press, 2009.
- SHORTER, E. - "Darwin's contribution to psychiatry". *British Journal of Psychiatry*. Vol. 195. n.º 6 (2009), pp. 473-474.
- SHORTER, E. - "A Historical Dictionary Of Psychiatry". Oxford: Oxford University Press, 2005.
- SHORTER, E. - "History of psychiatry". *Current Opinion in Psychiatry*. Vol. 21. n.º 6 (2008), pp. 593-597.
- SHORTER, E. - "Looking backwards: a possible new path for drug discovery in psychopharmacology". *Nature Reviews Drug Discovery*. Vol. 1. n.º 12 (2002), pp. 1003-1006.

- SHORTER, E. - "Sakel versus Meduna: different strokes, different styles of scientific discovery". *Journal of ECT*. Vol. 25. n.º 1 (2009), pp. 12-14.
- SHORTER, E. - "Symposium: real and unreal in psychiatry". *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 54. n.º 7 (2009), pp. 427-428.
- SHORTER, E. e HEALY, D. - "Shock Therapy: A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness". New Jersey: Rutgers University Press, 2007.
- SOUSA, B. d. A. - "Psicoterapia institucional: memória e actualidade". Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
- STAMM, L. - "Global challenge of antibiotic-resistant *Treponema pallidum*". *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. Vol. 54. n.º 2 (2010), pp. 583-589.
- STEIN, D. J. - "Philosophy of Psychopharmacology". Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- SWARTZ, C. - "Electroconvulsive and Neuromodulation Therapies". Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- TAYLOR, M. A. e FINK, M. - "Restoring melancholia in the classification of mood disorders". *Journal of Affective Disorders*. Vol. 105. n.º 1-3 (2008), pp. 1-14.
- TRANOY, J. e BLOMBERG, W. - "Lobotomy in Norwegian psychiatry". *History of Psychiatry*. Vol. 16. n.º 61 Pt 1 (2005), pp. 107-110.
- TSOU, J. Y. - "Intervention, causal reasoning, and the neurobiology of mental disorders: Pharmacological drugs as experimental instruments". *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. Vol. 43. n.º 2 (2012), pp. 542-551.
- VENANCIO, A. e TERESA, A. - "La asistencia psiquiátrica en la historia política brasileña". *Asclepio*. Vol. 64. n.º 1 (2012), pp. 167-188.
- VIGO, D. V. e BALDESSARINI, R. J. - "Anticonvulsants in the treatment of major depressive disorder: an overview". *Harvard Review of Psychiatry*. Vol. 17. n.º 4 (2009), pp. 231-241.
- VILLASANTE ARMAS, O. - "La introducción del concepto de «parálisis general progresiva» en la psiquiatría decimonónica española". *Asclepio*. Vol. 52. n.º 1 (2000), pp. 53-72.

- WEBER, M. M.; BERRIOS, G. E. e ENGSTROM, E. J. - "Psychiatry and neuroscience - history". *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 106. (2012), pp. 1-7.
- WEISS, E. M.; BILDER, R. M. e FLEISCHHACKER, W. W. - "The effects of second-generation antipsychotics on cognitive functioning and psychosocial outcome in schizophrenia". *Psychopharmacology*. Vol. 162. n.º 1 (2002), pp. 11-17.
- WITTCHEN, H. U. e JACOBI, F. - "Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies". *European Neuropsychopharmacology*. Vol. 15. n.º 4 (2005), pp. 357-376.
- WITTCHEN, H. U.; JACOBI, F.; REHM, J., et al. - "The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010". *European Neuropsychopharmacology*. Vol. 21. n.º 9 (2011), pp. 655-679.

## **ANEXOS**

# ANEXO 1

Lei n.º 2006, de 11 de abril de 1945, emitida pela Presidência da República, Diário do Governo n.º 77/1945, Série I de 1945-04-11.

Quarta-feira 11 de Abril de 1945

I Série — Número 77



# DIÁRIO DO GOVERNO

PREÇO DÊSTE NÚMERO — 60

Toda a correspondência, quer oficial, quer relativa a anúncios e à assinatura do *Diário do Governo*, deve ser dirigida à Administração da Imprensa Nacional. As publicações literárias de que se recebem 2 exemplares amuam-se gratuitamente.

ASSINATURAS	
As 3 séries . . . Ano 2405	Semestre . . . . . 1305
A 1.ª série . . . . 905	» . . . . . 655
A 2.ª série . . . . 805	» . . . . . 455
A 3.ª série . . . . 805	» . . . . . 435

O preço dos anúncios (pagamento adiantado) é do 2450 a linha, acrescido do respectivo imposto de stê. Os anúncios a que se referem os §§ 1.º e 2.º do artigo 3.º do decreto n.º 10-112, de 24-IX-1924, têm 40 por cento de abatimento.

Administração da Imprensa Nacional de Lisboa

## AVISO

Para os devidos efeitos se comunica que, por ordem superior, não serão aceites originais destinados ao «Diário do Governo» que não tragam aposta a ordem para a publicação devidamente assinada, devendo ser autenticada a assinatura pelo respectivo sólo branco.

## SUMÁRIO

### Presidência da República:

Lei n.º 2:006 — Estabelece as bases reguladoras da assistência psiquiátrica.

### Ministério das Obras Públicas e Comunicações:

Portaria n.º 10:925 — Aprova o modelo do certificado previsto no artigo 44.º do regulamento do Grémio dos Industriais de Transportes em Automóveis, aprovado pela portaria n.º 10:882, e introduz modificações no referido regulamento.

## PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

### Lei n.º 2:006

Em nome da Nação, a Assembleia Nacional decreta e eu promulgo a lei seguinte:

#### BASE I

A assistência psiquiátrica abrange a acção profiláctica, terapêutica e pedagógica:

A profiláctica é exercida pelo conjunto das medidas de carácter preventivo geral e de higiene mental, individuais e colectivas;

A terapêutica consiste no tratamento e correcção das doenças e anomalias mentais, em regime ambulatório, de internamento, de socorro domiciliário ou de colocação familiar;

A pedagógica contribue pela observação médico-psicológica para a obra de orientação educativa.

#### BASE II

Ao Estado incumbem:

a) Orientar, coordenar e fiscalizar a acção profiláctica, terapêutica e pedagógica no domínio das doenças e anomalias mentais;

b) Estimular e favorecer as iniciativas particulares que contribuam para a realização de qualquer das modalidades de assistência psiquiátrica, autorizando o funcionamento de novos estabelecimentos adequados e aprovando os respectivos estatutos ou regulamentos;

c) Criar e manter os serviços considerados necessários para completar ou suprir a acção da assistência particular.

#### BASE III

Para efeitos de assistência psiquiátrica, o País é dividido em três zonas — norte, centro e sul —, com sede, respectivamente, no Porto, Coimbra e Lisboa.

#### BASE IV

1. O serviço de cada zona é assegurado por um centro de assistência psiquiátrica, constituído pelos seguintes organismos:

- Direcção do centro;
- Dispensário central;
- Dispensários regionais;
- Hospitais psiquiátricos e clínicas psiquiátricas;
- Asilos psiquiátricos.

2. Os organismos referidos nas alíneas b) a e) poderão ser agrupados para formar mais vastas organizações de assistência. O agrupamento de uma clínica e de um asilo constituirá o hospital psiquiátrico.

#### BASE V

1. As Faculdades de Medicina deverão ter clínicas psiquiátricas privativas e, enquanto não as tiverem, ser-lhes-á permitido ministrar o ensino nos hospitais psiquiátricos ou, mediante acôrdo, em serviços equivalentes de estabelecimentos de assistência devidamente apetrechados para tal fim.

2. As clínicas psiquiátricas dos hospitais escolares, ou, enquanto estes não as tiverem, as destinadas ao ensino escolar nos hospitais e estabelecimentos de assistência, gozarão de autonomia técnica, sob a chefia do professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina, devendo sempre funcionar em estreita cooperação com o centro.

3. As clínicas psiquiátricas a que se refere esta base podem solicitar de qualquer dos organismos oficiais do centro os doentes e demais elementos necessários ao ensino e à investigação científica.

4. A coordenação da actividade das clínicas psiquiátricas universitárias com a do centro de assistência psiquiátrica ou serviços dêle dependentes, mormente quanto à transferência dos doentes, será assegurada pelo director do centro, ouvido o chefe daquela clínica.

## BASE VI

As direcções do centro compete:

- a) Orientar, coordenar e fiscalizar a assistência psiquiátrica dentro das suas zonas;
- b) Organizar, de acordo com as indicações médico-psicológicas e sociais, os processos de admissão nos estabelecimentos de assistência oficial;
- c) Assegurar o registo dos doentes admitidos nos estabelecimentos oficiais e particulares;
- d) Propor a concessão de subsídios;
- e) Elaborar as estatísticas respectivas à sua zona;
- f) Actuar como órgãos de informação da Inspeção da Assistência Social.

## BASE VII

Aos dispensários centrais e regionais cabe:

- a) Exercer a acção profiláctica;
- b) Observar e tratar em regime ambulatorio as doenças e anomalias mentais;
- c) Vigiar os doentes em regime de socorro domiciliário ou de colocação familiar;
- d) Manter consultas de higiene mental e de psiquiatria.

## BASE VIII

O internamento dos doentes mentais pode fazer-se em regime aberto ou fechado, conforme o doente goze ou não das garantias dos assistidos em hospitais comuns.

## BASE IX

Aos hospitais psiquiátricos e às clínicas psiquiátricas universitárias ou às que funcionam em hospitais comuns pertence:

- a) Fazer a observação, tratamento e correcção, em regime aberto, dos casos agudos e recentes de doença ou anomalia mental, bem como a observação e tratamento, em regime fechado, dos doentes que, de harmonia com as indicações médico-psicológicas e sociais, não possam ser assistidos em regime aberto;
- b) Realizar estudos e investigações científicas atinentes aos progressos da psiquiatria;
- c) Proceder aos exames médico-legais requeridos pelas autoridades competentes, sem prejuizo dos recursos estabelecidos por lei.

## BASE X

1. Os asilos psiquiátricos têm por função predominante o tratamento, normalmente em regime fechado, das doenças de evolução prolongada, com o fim de obter a recuperação médica e social dos assistidos, empregando especialmente o método de ocupação e trabalho.
2. Sob a designação de asilos psiquiátricos compreendem-se ainda os seguintes organismos:

- a) Colónias agrícolas;
- b) Asilos para crianças e adolescentes anormais;
- c) Asilos para anormais perigosos e anti-sociais;
- d) Hospícios;
- e) Colónias e casas de recuperação para alcoólicos, tóxicomaníacos e afectados de outras anomalias.

3. Estes organismos poderão funcionar como serviços independentes, ou agrupar-se entre si ou com as clínicas, quando devidamente apetrechados para tal fim.

## BASE XI

1. A observação e classificação das anomalias mentais em crianças e adolescentes incumbe, na zona do sul, ao Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, que

continuará dependente do Ministério da Educação Nacional, e, nas zonas do norte e do centro, a secção especializada dos respectivos dispensários centrais, que enviarão àquele Instituto os assistidos cuja observação em regime de internamento se repute necessária.

2. Do mesmo Instituto dependerá a orientação técnica das secções referidas no número anterior, bem como a dos estabelecimentos e classes escolares para educação, tratamento e assistência de crianças e adolescentes anormais.

3. A direcção do centro de assistência psiquiátrica da respectiva zona promoverá o tratamento, por internamento ou outro meio adequado, das crianças e adolescentes cujas perturbações mentais o exijam.

## BASE XII

1. Os centros gozam de autonomia administrativa.

2. Aos estabelecimentos oficiais de assistência psiquiátrica integrados nos centros poderá ser concedida autonomia administrativa, sem prejuizo da acção tutelar exercida pela Direcção Geral de Assistência.

3. Os mesmos estabelecimentos têm capacidade para aceitar heranças, legados e doações; e podem receber subsídios de comparticipação ou cooperação do Estado, autarquias locais e organismos corporativos.

4. É facultado aos referidos estabelecimentos receber pensionistas, competindo ao Ministro do Interior a aprovação das tabelas de pensões e honorários clínicos.

5. A favor dos assistidos nesses estabelecimentos poderá reverter uma cota parte do produto líquido do seu trabalho.

## BASE XIII

As instituições particulares de assistência psiquiátrica gozam de autonomia técnica e administrativa, ficam sujeitas à fiscalização das direcções dos centros das respectivas áreas, à da Inspeção da Assistência Social e à acção tutelar da Direcção Geral de Assistência, e nelas podem existir, além de dispensários, qualquer dos organismos a que se referem as alíneas d) e e) da base IV ou o seu agrupamento.

## BASE XIV

1. Junto dos centros de assistência psiquiátrica funcionarão cursos e estágios post-escolares para formação ou aperfeiçoamento do pessoal, médico, de enfermagem e de serviço social, ou outros especializados que se tornem necessários.

2. Ao Ministro do Interior cabe autorizar os contratos de pessoal especializado estrangeiro, quando o não haja no País, e bem assim conceder bolsas de estudo a pessoal, médico, de enfermagem e de serviço social, para praticar em centros de assistência psiquiátrica de outros países.

## BASE XV

A observação dos menores afectados de doenças ou anomalias mentais, para efeito da sua orientação educativa ou internamento, poderá ser requerida: pelos pais, tutores ou quaisquer pessoas de família; por estabelecimentos de assistência ou beneficência; pelos tribunais de menores e seus serviços auxiliares; pelas demais pessoas ou entidades que, nos termos da legislação geral sobre assistência social, possam promover ou requisitar socorros.

## BASE XVI

O tratamento ambulatorio deverá ser pedido pelo próprio doente ou por qualquer pessoa ou entidade interessada.



## BASE XVII

1. A admissão em regime de internamento poderá ser pedida pelo doente, pessoas de família ou entidades responsáveis pelos encargos de hospitalização, e estabelecimentos de assistência ou beneficência, ou requisitada pelas autoridades judiciais, civis ou militares.

2. Do processo de admissão constará a justificação médica, a identidade do requerente ou requisitante e a do responsável pelos encargos da assistência.

3. A justificação para admissão em regime aberto consiste no diagnóstico da doença mental pelo médico do dispensário ou do estabelecimento em que haja de fazer-se o internamento.

4. A justificação para admissão em regime fechado será feita por atestados, válidos por dez dias, passados por dois médicos, quando possível psiquiatras, não parentes do doente, nem dependentes do estabelecimento onde haja de ser internado.

5. A passagem do regime aberto para o fechado será determinada pelas indicações médicas e necessidades da ordem e segurança pública, carecendo sempre da justificação exigida para esta última forma de internamento.

6. O internamento em regime aberto não excederá seis meses, podendo este prazo ser prorrogado mediante autorização da Inspeção da Assistência Social, sob proposta do director do estabelecimento.

7. Em caso de urgência reconhecida pelo director do estabelecimento, a justificação para o internamento deverá ser feita no prazo de oito dias, a contar da admissão, e, se o não fôr, será dada alta ao doente, salvo se pelo mesmo director esta fôr reputada perigosa para aquele ou para a ordem e segurança pública.

8. Qualquer pessoa ou entidade, que justifique interesse, poderá requerer ao tribunal da comarca que conheça da legalidade da admissão em regime fechado e, se houver suspeita de erro ou abuso, mande proceder a exames médico-forenses e outras diligências, decidindo como lhe parecer mais conforme ao estado do internado. A confirmação judicial da admissão não obsta a que, a todo o tempo, se apliquem as disposições relativas à alta dos doentes.

## BASE XVIII

1. A alta dos internados pode ser pedida por eles próprios, seus tutores, pessoas de família ou qualquer das entidades responsáveis pelos encargos da assistência, dada por iniciativa dos directores dos estabelecimentos e determinada pelas autoridades judiciais ou pela Inspeção da Assistência Social.

2. Os directores dos estabelecimentos podem recusar a alta se a reputarem perigosa para o doente ou para a ordem e segurança pública.

Desta decisão cabe recurso para o tribunal da comarca, que, depois de justificação sumária, poderá ordenar exames médico-forenses e outras diligências necessárias.

Se a recusa fôr confirmada, não se admitirá recurso de nova recusa da alta quando pedida antes de decorridos três meses.

## BASE XIX

O internamento nos asilos para anormais perigosos ou anti-sociais carece de confirmação judicial.

## BASE XX

1. É assegurado ao internado, em qualquer regime, o direito de se corresponder livremente com o director

do estabelecimento, a Inspeção da Assistência Social e o Ministério Público.

2. O Procurador da República do respectivo distrito judicial poderá promover os exames médico-forenses e quaisquer outras diligências necessárias para salvaguarda da liberdade individual, em todos os casos em que por via oficial ou particular tenha a suspeita de que indevidamente se mantém o internamento ou o isolamento de algum doente.

3. Nos casos do n.º 8 da base XVII, n.º 2 da base XVIII e da base XIX não haverá lugar a custas, mas o requerente poderá ser condenado em multa, quando haja procedido de má fé.

## BASE XXI

As regras relativas à admissão, passagem do regime aberto para o fechado, prazo a que se refere o n.º 6 da base XVII, direito de correspondência e alta dos doentes em regime de internamento são aplicáveis a todos os estabelecimentos de assistência psiquiátrica, oficiais ou particulares.

Publique-se e cumpra-se como nela se contém.

Paços do Governo da República, 11 de Abril de 1945. — ANTONIO OSCAR DE FRAGOSO CARMONA — António de Oliveira Salazar — Júlio Carlos Alves Dias Botelho Moniz — Manuel Gonçalves Cavaleiro de Ferreira — José Caeiro da Mata.

MINISTÉRIO DAS OBRAS PÚBLICAS  
E COMUNICAÇÕES

Gabinete do Ministro

Portaria n.º 10:925

Não tendo sido, por lapso, publicado o modelo do certificado previsto no artigo 44.º do regulamento do (Grémio) dos Industriais de Transportes em Automóveis, aprovado pela portaria n.º 10:882, de 1 de Março último, e tornando-se necessário promover algumas alterações ao mesmo regulamento:

Manda o Governo da República Portuguesa, pelo Ministério das Obras Públicas e Comunicações, que sejam aprovados o modelo anexo e as seguintes modificações a introduzir no referido regulamento:

Artigo 15.º . . . . .

§ 1.º Neste caso, o sobrescrito, contendo a respectiva lista, será encerrado num outro, de cuja face deverá constar o número e a assinatura do agremiado, devidamente autenticada com o seu carimbo comercial, sempre que possível, e com o selo branco do (I. T. A. sobre rubrica do secretário geral ou chefe de delegação. Quando utilizado o correio, o selo branco será substituído por reconhecimento notarial, na falta de carimbo comercial.

§ 2.º . . . . .

§ 3.º . . . . .

Artigo 33.º A assistência jurídica terá por fim esclarecer os agremiados sobre a interpretação e cumprimento das normas legais referentes ao exercício da sua indústria, por meio de consultas escritas e verbais.

Ministério das Obras Públicas e Comunicações, 11 de Abril de 1945. — O Ministro das Obras Públicas e Comunicações, Augusto Cancela de Abreu.

## ANEXO 2

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, EPE.

**Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.**  
*Unidade de Inovação e Desenvolvimento*  
*Centro de Ensaios Clínicos*

Exm.º Senhor  
Ruben Gaio Santos  
Rua Carlos Ramos lote 10 1ºdto  
3030-777 Coimbra

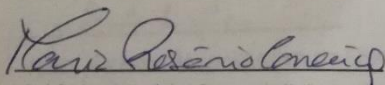
22/10/2013

Junto envio a V. Exª, a resposta da Comissão de Ética para a Saúde e do Conselho de Administração, em relação ao Projecto de Investigação:

**CHUC-031-13 – A INTRODUÇÃO DOS PSICOTRÓPICOS EM PORTUGAL: O CASO PARTICULAR DOS ANTIDEPRESSIVOS (1959-2000) (FCT-SFRH/BD/70021/2010)**

Com os melhores cumprimentos,

Pl' Unidade de Inovação e Desenvolvimento



(M.ª do Rosário Conceição)

Assistente Técnico

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.  
Unidade de Inovação e Desenvolvimento  
Centro de Ensaios Clínicos

Exmº Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar e Universitário de  
Coimbra, EPE

Ref.ª: **CHUC-031-13**

*Informe - H  
o M. Nunes*  
Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
C.H.U.C. - EPE

16/10/2013

A pedido de **Dr. Ruben Filipe Gaio dos Santos**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre "**A INTRODUÇÃO DOS PSICOTRÓPICOS EM PORTUGAL: O CASO PARTICULAR DOS ANTIDEPRESSIVOS (1959-2000) (FCT-SFRH/BD/70021/2010)**" ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto e colheu parecer **desfavorável**, da Comissão de Ética deste Hospital.

Solicita-se assim o parecer do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

PI' O Director da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

*Saraiva da Cunha*  
(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE	
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	
Reg. N.º	8292 PCA
Origem	
Data	16/10/2013

## Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Visto / À U.I.D.  
para difusão

Prof. *A. Almeida*  
Diretor Clínico  
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor:  
Director Clínico do  
CHUC, E.P.E.

N/Ref<sup>ª</sup>  
CES

Ofício Nº  
0147

Data  
30.09.2013

ASSUNTO: [CHUC-031-13] - *Estudo Observacional "A introdução dos psicotrópicos em Portugal: o caso particular dos antidepressivos (1950 - 2000) (FCT-SFRH/BD/70021/2010)"* - Prof. Doutor João Rui Pita - Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra e Prof.<sup>ª</sup> Doutora Ana Leonor Pereira - Professora da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra (estudo a ser realizado no Serviço de Psiquiatria do CHUC).

Cumpre-me informar Vossa Ex.<sup>ª</sup> que a Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, EPE, reunida em 27 de Setembro de 2013, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu **parecer desfavorável** à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Fundamentação:

O estudo tem como objectivo "estudar a recepção em Portugal dos primeiros psicotrópicos, clorpromazina, centrando-se depois a atenção na recepção dos antidepressivos. O estudo incidirá essencialmente sobre os anos 50 e 60 do século XX, período de implementação desta terapêutica medicamentosa. A investigação é realizada em fontes impressas, jornais, revistas e livros e fontes de arquivo, neste caso processos clínicos de doentes". Ou seja, os investigadores pretendem ter acesso a processos clínicos do Hospital Sobral Cid, relativos a doentes assistidos na instituição nos anos 40, 50 e 60 do século XX, para "avaliar os mecanismos de recepção da inovação dessas terapêuticas psiquiátricas em Portugal através de um estudo qualitativo e quantitativo das terapêuticas inscritas nos processos clínicos". É afirmado compromisso de confidencialidade e não-reprodução por qualquer técnica de reprodução de imagem dos conteúdos dos processos clínicos. No entanto, não é, em nenhum momento, especificado os dados concretos a recolher aquando da consulta dos processos

## Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

clínicos dos doentes, nomeadamente, se haverá recolha de dados demográficos, de informação diagnóstica, ou de quaisquer outros dados pessoais.

Os proponentes deverão concretizar com detalhe qual a informação que pretendem recolher na consulta dos processos clínicos, nomeadamente juntando o instrumento de recolha que, presumivelmente, utilizarão para o efeito.

Acontece ainda, que os investigadores são estranhos à instituição, pretendendo ter acesso a informação de saúde não anonimizada pelo que deverá previamente estar assegurada a preservação do segredo profissional.

De facto, a questão do, "acesso a informação de saúde" ao envolver a protecção de dados pessoais, tem algumas implicações éticas, mas apresenta sobretudo aspectos de natureza jurídica. Convém referir que existem diplomas legais, sobretudo a Lei de Protecção de Dados - Lei 67/98, de 26 de Outubro - e a Lei 12/2005, que trouxeram alterações importantes no que respeita ao acesso e tratamento da informação de dados de saúde, nomeadamente ao nível do acesso por parte de terceiros.

A Lei 67/98 de 26 de Outubro, define que todas as pessoas que processem dados ficam sujeitas ao segredo profissional, o que se aplica igualmente à informação coligida no sector da saúde. Além disso, no seu artigo 7º, nº 4, estabelece que é legítimo o tratamento dos dados referentes à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos, quando for necessário para efeitos de medicina preventiva, de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde, desde que o tratamento desses dados seja efectuado por um profissional de saúde obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita igualmente a segredo profissional e sejam garantidas medidas adequadas de segurança da informação. Ainda, no artigo 7º, nº 2 considera legítimo o tratamento de dados de saúde quando isso decorra de disposição legal ou de consentimento dos titulares.

Em Janeiro de 2005 foi publicada a Lei 12/2005 que, no seu artigo 5º nº 5, refere que o processo clínico só pode ser consultado por médico incumbido da realização de prestações de saúde a favor da pessoa a que respeita ou, sob a supervisão daquele, por outro profissional de saúde obrigado a sigilo e na medida do estritamente necessário à realização

## Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

das mesmas, sem prejuízo da investigação epidemiológica, clínica ou genética que possa ser feita sobre os mesmos.

Das disposições legais anteriormente referidas, ressalta, portanto, que o processo clínico só pode ser consultado pelo incumbido da prestação de cuidados a favor da pessoa a quem os dados dizem respeito. Fica, assim, claro que mesmo o simples facto de se ser médico ou enfermeiro, não dá legitimidade para consultar o processo clínico de qualquer doente.

No que refere à investigação científica, a Lei 12/2005 no seu artigo 4º nº 4, diz que o acesso a informação de saúde pode, desde que anonimizada, ser facultada para fins de investigação. A anonimização dos dados apresenta-se, assim, como uma forma de protecção.

É claro, que será sempre uma questão de competência de cada instituição de saúde, a definição de que profissionais de saúde podem ter acesso à informação, tendo por base o facto de todos os profissionais nesta área estarem sujeitos ao segredo profissional. Neste caso, a possibilidade de aceder à informação de saúde deve ser determinada em função da necessidade que cada profissional tem para exercer as suas funções, conforme o estabelecido na Lei 12/2005. De qualquer modo, se for necessário tratar dados de forma objectiva, envolvendo o nome do doente e as respectivas doenças, ressalta dos articulados legais que, além da supervisão do médico assistente, é exigível a obtenção de consentimento informado, o que pode inviabilizar a realização do projecto de investigação.

Face ao exposto, é hoje perfeitamente claro que só deve ter acesso ao processo clínico o profissional de saúde que precisar da informação para prestar os cuidados de saúde, ou que tenha uma intervenção nessa prestação, ou que dela necessite para fazer diagnósticos, ou gerir os serviços de saúde. Qualquer profissional de saúde, apesar de exercer funções no hospital e apesar de estar obrigado a segredo profissional, não pode ter acesso aos dados a não ser que deles necessite para aquelas finalidades.

Em última análise, o acesso à informação de saúde não anonimizada, está dependente da autorização dos Órgãos Dirigentes da Instituição e da atribuição ao requerente da qualidade de profissional de saúde sujeito a segredo profissional. Este acesso, deve ser, em

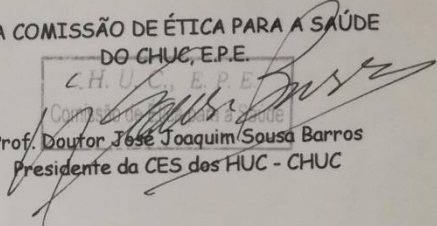
## Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

qualquer circunstância, supervisionado pelo médico incumbido da realização de prestações de saúde a favor da pessoa a que respeitam os dados, e apenas, após obtenção do consentimento informado do titular da informação.

Com os melhores cumprimentos,

P.ª A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
DO CHUC, E.P.E.

  
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES des HUC - CHUC

*A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.*

Av. Bissaya Barreto / Pct.ª Prof. Mota Pinto  
3000-075 Coimbra  
E-mail: secetica@huc.min-saude.pt

Tel.: 239 400 408

Fax: 239 405 646

**ANEXO 3**

Papeleta com o número 4407 (1952). Doente tem o diagnóstico de esquizofrenia e é tratada com eletrochoques e insulina, entre outras substâncias medicamentosas.

**Fonte:** Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 4407”, in: Caixa 321, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

**H. U. C.**  
**BOLETIM CLÍNICO**

Nome: [redacted] N.º 4407  
Serviço Q. Paq. m. de 1953

Entrada 4 de Dez. de 1952 às h. Saída // de 1953  
Estado civil: solteira Idade: 32 A. Profissão dom.

Natural do conc. Freg. Lug. [redacted]  
Resid. no conc. Freg. Rua  
Lug. Idem

TRANSFERÊNCIAS  
I. I. para  
I. I. para  
I. I. para  
I. I. para

Esp. 84B 23 Abv.  
Prof. 44 Est. S

Filiação  
PAI: [redacted] natural [redacted] Idade 72  
resid. idem tem emprego? Qual? proprietário  
MÃE: [redacted] natural Idade  
resid. tem emprego? Qual? Idade  
CÔNJUGE --- natural Idade  
resid. prof.

Casamento  
Dur. do casamen. - Filhos do casamen.: Nado-vivos Nado-mortos: Ainda vivos

Entrada por: Penstª de 2ª classe.  
Obs.

Id. 32

Encarregado do Registo: [redacted]

**Registo de Saída**

Doença principal: Esquizofrenia (IV)  
Doenças coexistentes:  
Doenças intercorrentes:

Anestesia e acidentes:  
Operado em / / por:

Resultado  
Doença princip. /  
Doenças coex. / Remissão  
Doenças interc. /  
Da operação /

N.º de filhos do parto: N.º dos registos:  
Destino dos filhos  
Alta em 11 de 8 de 1953, às horas.  
Morte em de de 195, às horas

Hospitalização: vinte mil escudos  
O Director de Clínica: [redacted] 20.000\$00  
Correia d'Oliveira

Mod. 35-12.500 ex. - Of. Gráf.-Cast. de Péra, 1-1951

Pormenor da folha de rosto da papeleta.

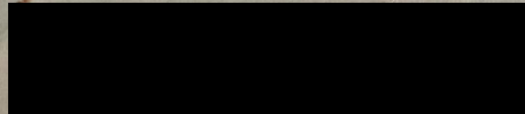


REGISTO CLINICO DE ENTRADA		DIÁRIO		
Admissão urgente? <input type="checkbox"/>	Ordinária? <input type="checkbox"/>	DATAS	PRESCRIÇÕES	DIETAS
Banho: _____	Dieta: _____			<i>M</i>
Diagnóstico: _____				
Tratamento clinico: _____				
Obs. _____				
<input type="checkbox"/> Facultativo, _____				
<b>NOTAS PARA A CONTABILIDADE</b>				
Depósitos	Em _____ / _____ / 195_____	_____	_____	_____
	Em _____ / _____ / 195_____	_____	_____	_____
	Em _____ / _____ / 195_____	_____	_____	_____
	Em _____ / _____ / 195_____	_____	_____	_____
A Farmácia: _____				
Requisições	<i>48°</i> A Dispensa (Cópia de a. jua; e cópia de gancho de quicô 314 Reg. n.º 63) (Reg. n.º 66, clausula grande 1) 13:29			
	Radiografias e radioscopias <i>Electrochoque B</i>			
Enfermeiro-chefe: <i>[Signature]</i>				

Pormenor da folha de verso da papeleta.

PSIQUIATRIA

Dr. P. Pais.



- 1) Amantilina \_\_\_\_\_ 20 francos
- 2) Bromidato de escopolamina 0,01 - 1 ampola
- 3) Cloridato de morfina \_\_\_\_\_ 1 ampola
- 4) Soro glucosado hipertónico a 50% - 9 francos
- 5) Soro de Duro \_\_\_\_\_ 2 injeções
- 6) Doramina \_\_\_\_\_ 1 ampola
- 7) Pantopon \_\_\_\_\_ 5 ampolas
- 8) Medimol \_\_\_\_\_ 39 comprimidos

11-8-153

1	-	337.80
2	-	.30
3	-	.17
4	-	24.00
5	-	3.72
6	-	1.00

7	-	3.30
8	-	36.66
		<u>407.45</u>
		Duro

407.45  
 517.90  
 407.45  
 488.94

Pormenor de folha anexa à paqueta, descrevendo os medicamentos usados.

**ANEXO 4**

Papeleta com o número 4056 (1953). Doente com o diagnóstico de síndrome de agitação psicomotora e sujeito a tratamento com eletrochoque.

**Fonte:** Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 4056”, in: Caixa 325, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

*Em 3/3 com 5474.60*

*P. III*

**H. U. d.**  
**BOLETIM CLINICO**

Nome: [redacted] N.º 4056  
Serviço Psq. a.

Entrada 13 de Novembro de 1953 às h. Saida 3 de Março de 1953  
Estado civil. casado Idade: 53 Profissão trab.

Natural do conc. [redacted] Freg. [redacted] Lug. Moita do Bai  
Resid. no conc. [redacted] Freg. [redacted]  
Lug. [redacted] Rua [redacted] N.º [redacted]

TRANSFERÊNCIAS  
para [redacted]  
para [redacted]  
para [redacted]  
para [redacted]

Esp.	Abv.
87 E	23
Prof.	Est.
18	C

Id. 53

**Filiação**  
PAI: [redacted] natural [redacted] Idade [redacted]  
resid. [redacted] tem emprego? Qual? [redacted]  
MÃE: [redacted] natural [redacted] Idade [redacted]  
resid. [redacted] tem emprego? Qual? [redacted]

**Casamento**  
CÔNJUGE [redacted] natural [redacted] Idade 40  
resid. [redacted] prof. doméstica  
Dur. do casamen. 22 Filhos do casamen.: 10 Nado-vivos: Nado-mortos: Ainda vivos 8

Entrada por: Fesst. de 3ª classe.  
Obs.: [redacted]

Encarregado do registo: [redacted]

---

**Registo de Saída**

Doença principal: *Síndrome de agitação psicomotora (II)*  
Doenças coexistentes: [redacted]  
Doenças intercorrentes: [redacted]

**Tratamento**  
Médico (método geral): [redacted]  
Cirúrgico (método e proc.): [redacted]  
Operatório (método e proc.): [redacted]

Anestesia e acidentes: [redacted]  
Operado em / / por: [redacted]  
Resultado: Doença princip. / *Permisso*  
Doenças coex. /  
Doenças interc. /  
Da operação [redacted]  
N.º de filhos do parto: N.º dos registos: [redacted]  
Destino dos filhos  
Alta em 3 de 3 de 1953, às horas.  
Morte em de de 195, às horas.  
Obs.: [redacted]  
O Director da Clínica: *Correia d'Almeida*

Mod. 35, 12.300 ex. — Of. Gráf. — Cast. de Pêra, 1-951

Pormenor da folha de rosto da papeleta.

REGISTO CLÍNICO DE ENTRADA		DIÁRIO		
		DATAS	PRESCRIÇÕES	DIETAS
Admissão urgente?	Ordinária?			
Banho:	Dieta:	4-XII-52	Radiografia de Torax	
Diagnóstico: Af. Card. Princ. Coron.		15/11/52	Entropionismo - 3 p.	
Tratamento clínico:		18/11/52	Esheptorcin - 3 p.	
			fundido	
		20/11/52	Entropionismo - 3 p.	
Obs.		23/11/52	Entropionismo - 3 p.	
		24/11/52	Entropionismo - 3 p.	
		25/11/52	Entropionismo - 3 p.	
		26/11/52	Entropionismo - 3 p.	
		27/11/52	Entropionismo - 3 p.	
		28/11/52	Entropionismo - 3 p.	
		29/11/52	Entropionismo - 3 p.	
		30/11/52	Entropionismo - 3 p.	
			Rx-torax 1/definito	
			vidro liso : 64x10	
			o faces : 51x30	
<b>NOTAS PARA A CONTABILIDADE</b> Depositos Em ... / ... / 195 ... \$ Em ... / ... / 195 ... \$ Em ... / ... / 195 ... \$ Em ... / ... / 195 ... \$ À Farmácia:				
<b>Requisições</b> 1 bidon liso 2 vidros liso 55x52 e 58x52 - lido 2 vidros 58x52 + 3 vidros faces + 3 vidros liso + 1 colutor de lã Radiografias e radioscopias				
<input type="checkbox"/> Facultativo, Sr. Prof. Dr. Louie & Silva <input type="checkbox"/> Enfermeiro-chefe:				

Pormenor da folha de verso da papeleta

H. U. C. **Ficha Terapêutica**

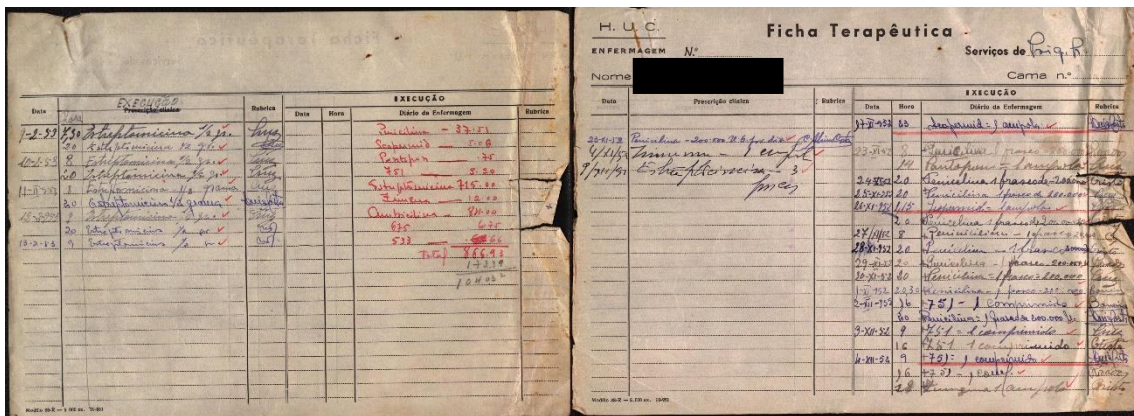
ENFERMAGEM N.º Serviços de *Piquê*

Nome [REDACTED] Cama n.º [REDACTED]

				EXECUÇÃO			
Data	H.	Prescrição	Rubrica	Data	Hora	Diário da Enfermagem	Rubrica
23-XII-52	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	20-1-53	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
26-XII-52	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	21-1-53	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>		20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
25-XII-52	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	27-1-53	7	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>		20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
26-XII-52	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	29-1-53	9	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
27-XII-52	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>		20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	30-1-53	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>		20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
27-XII-52	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	31-1-53	9	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>		21	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
30-XII-52	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	4-2-53	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	5-2-53	9	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
3-1-53	15	533 = 1 ampola ✓	<i>[Handwritten]</i>		10	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
10-1-53	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>		20 1/2	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
11-1-53	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	6-2-53	9	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>		20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
18-1-53	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	7-2-53	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>		20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
13-1-53	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>	8-2-53	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>
	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>		20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	<i>[Handwritten]</i>

Modelo 88-R - 5.000 ex. 10-51

Pormenor da ficha terapêutica do doente. Note-se a administração de várias doses de antibiótico (estreptomicina).



Pormenor da ficha terapêutica do doente.

Data	Hora	Prescrição	Rubrica	EXECUÇÃO			
				Data	Hora	Diário da Enfermagem	Rubrica
5-XII-52	9	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal		9	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal
	11	+75) = 1 ampola ✓	Amigdal		16	+75) = 1 ampola ✓	Amigdal
	16	+75) = 1 comprimido ✓	Bancus		20	Estreptomicina - 1/2 gr ✓	Amigdal
6-XII-52	8	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal	12-XII-52	8	Estreptomicina 1/2 grama ✓	Amigdal
	10	+75) = 1 ampola ✓	Amigdal		9	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal
	15	+75) = 1 comprimido ✓	Bancus		16	+75) = 1 ampola ✓	Amigdal
7-XII-52	9	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal		20	Estreptomicina 1/2 grama ✓	Amigdal
	16	+75) = 1 comprimido ✓	Bancus	13-XII-52	8	Estreptomicina 1/2 grama ✓	Amigdal
	9	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal		9	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal
8-XII-52	8	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal		16	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal
	10	+75) = 1 ampola ✓	Amigdal		18	Ambicilina - 1 frasco ✓	Bancus
	16	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal	18-XII-52	9:30	Ambicilina - 1 frasco ✓	Amigdal
9-XII-52	8	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal		19:30	Ambicilina - 1 frasco ✓	Amigdal
	10	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal	19-XII-52	9	Ambicilina - 1 frasco ✓	Amigdal
	16	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal		20/16	Ambicilina - 1 frasco ✓	Amigdal
10-XII-52	20	Estreptomicina - 1/2 gr ✓	Amigdal	20-XII-52	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	Bancus
	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	Amigdal	21-XII-52	8:30	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	Bancus
	10	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal		20	Ambicilina - 1 frasco ✓	Amigdal
11-XII-52	16	+75) = 1 comprimido ✓	Amigdal		8	Ambicilina - 1 frasco ✓	Amigdal
	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	Amigdal	22-XII-52	20	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	Amigdal
	8	Estreptomicina - 1/2 grama ✓	Amigdal	23-XII-52	8	Estreptomicina 1/2 grama ✓	Amigdal

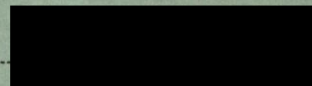
Pormenor da ficha terapêutica do doente.

H. U. C.

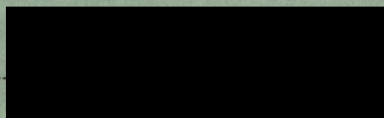
N.º .....

Diagnóstico: .....

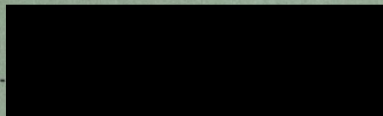
Nome



Naturalidade: .....



Residência: .....



Profissão: .....

Trabalhador

Primeiro exame: ...../...../.....

Tratamento principal: .....

Ficha de eletrochoques associada à papeleta – folha de rosto.



**ELECTRO-CHOQUE**

Mod. 21-R-500 ex.-Gráfica da Lusa, 5-551

Mês	Dia	Hora	N.º	V.	f.	±K%	l. s. c.	Efeito	Observações	Resultados
Nov.	20		1	100	0,3			++++		
"	27		2	100	0,3			++++		
Dez.	1		3	100	3			++++		
Jan.	13		4	110	3			++++		
"	14		5	110	3			++++		
"	15		6							
"	20		7	100	3			++++		
"	23		8	100	3			++++		
"	27		9	100	3			++++		
"	30		10	100	3			++++		
fev.	3		11	100	3			++++		
"	6		12	100	3			++++		
"	10		13	100	3			++++		
"	13		14	100	3			++++		
"	18		15	100	3			++++		

Pormenor da ficha de electrochoques, indicando as datas de administração da terapia, o número de electrochoques e o efeito obtido.

**ANEXO 5**

Papeleta 587 (1953). Doente com o diagnóstico de esquizofrenia, sujeito a tratamento com eletrochoques.

**Fonte:** Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 587”, in: Caixa 325, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														
<b>H. U. C.</b> <b>BOLETIM CLÍNICO</b>															N.º 587 Nome: [Redacted]															
Entrada 10 de Fev. de 1953 às h. Saida 24 de [Redacted]															Estado civil: solteira Idade: 28 Profissão dom.															
Natural do conc. [Redacted] Freg. [Redacted] Lug. [Redacted]															Resid. no conc. [Redacted] Freg. IDEM Lug. [Redacted]															
Lug. idem Rua [Redacted]															Filiação: PAI: [Redacted] natural Idade 60 resid. tem emprego? Qual? proprietário Mãe: [Redacted] natural Idade 55 resid. tem emprego? Qual? dom.															
Casamento: CÔNJUGE - Dur. do casamen. - Filhos do casamen.: Nado-vivos: Nado-mortos: Ainda vivos															Entrada por: Fenst. de 2ª classe.															
Obs.															O Encarregado do Registo: [Signature]															
<b>Registo de Saída</b>																														
Doença principal: Esquizofrenia (IV)															Anestesia e acidentes:															
Doenças coexistentes:															Operado em / / por:															
Doenças intercorrentes:															Resultado: Doença princip. / Remissão Doenças coex. / Doenças intercorrentes. / Da operação /															
Médico (método geral): [Signature]															N.º de filhos do parto: N.º dos registos:															
Cirúrgico (método e proc.):															Destino dos filhos:															
Operatório (método e proc.):															Alta em 14 de 1 de 1953, às horas. Morte em de de 1953, às horas.															
Tratamento															Honorariu clinico: Quatro mil e quinhentos O Director da Clínica pseudo (4.500#00). Correia d'Oliveira															
Mod. 96-R 4, 12.500 ex. - Tip. Atlântida, 12-52																														

Pormenor da folha de rosto da papeleta.

REGISTO CLÍNICO DE ENTRADA		DIÁRIO		
Admissão urgente? ..... Ordinária? ..... Banho: ..... Dieta: ..... Diagnóstico: ..... Tratamento clínico: ..... Obs. .... <input type="checkbox"/> Facultativo, .....		DATAS	PRESCRIÇÕES	DIETAS
Depósitos	Em / / 195 . \$			
	Em / / 195 . \$			
	Em / / 195 . \$			
	Em / / 195 . \$			
A Farmácia:				
Requisições	À Dispensa: <i>1 pacote de gaseadinas</i>		<i>1025</i>	
	<i>Req. m: 50</i>		<i>2050</i>	
	Radiografias e radioscopias <i>Electrochiqui II</i>		<i>1025</i>	
	<i>Enfermeiro-chefe: Rina Soares</i>		<i>1230</i>	

Pormenor da folha de verso da papeleta.

[REDACTED]

Donamino	1 emp. folo
	.45
Insulina	7 frascos
	118.23
Soro glucoseado hipertônico a 33%	2 frascos
	12.00
	<hr/>
	130.98
	2
	<hr/>
	261.96
	130.98
	<hr/>
	157.17

Folha anexa à papeleta 587, com a indicação das substâncias medicamentosas utilizadas.

**ANEXO 6**

Papeleta com número ininteligível (1953). Doente tem o diagnóstico de síndrome de agitação psicomotora, sendo sujeita a tratamento por eletrochoques e medicação.

**Fonte:** Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número ininteligível”, in: Caixa 324, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

**H. U. C. BOLETIM CLÍNICO**

Nome: [redacted] N.º [redacted] Serviço: Psq.m.

Entrada 29 de Outubro de 1951 às 17 h. 15 Saída 2 de Janeiro de 1953

Estado civil: casada Idade: 49 Profissão: doméstica

Natural do conc. [redacted] Freg. [redacted] Lug. [redacted]

Resid. no conc. [redacted] Freg. [redacted]

Lug. idem Rua [redacted] N.º [redacted]

Filiação

PAI: [redacted] natural [redacted] Idade [redacted]

resid. [redacted] tem emprego? Qual? [redacted]

MÃE: [redacted] natural [redacted] Idade [redacted]

resid. [redacted] tem emprego? Qual? [redacted]

CÔNJUGE [redacted] natural [redacted] Idade 59

resid. idem [redacted] prof. [redacted]

Casamento Dur. do casamen. 3 Filhos do casamen.: 0 Nado-vivos: Nado-mortos: Ainda vivos

Entrada por: Fenstª de 3ª (Intermédia)

Obs.:  Encarregado do registo

**Registo de Saída**

Doença principal: Síndrome de agitação psicomotora

Doenças coexistentes: [redacted]

Doenças intercorrentes: [redacted]

Operado em: / / por: [redacted]

Resultado

Doença princip. [redacted]

Doenças coex. [redacted]

Doenças interc. [redacted]

Da operação [redacted]

N.º de filhos do parto: N.º dos registos:

Destino dos filhos

Alta em de 1953, às horas.

Morte em de 19, às horas.

Director de Clínica: [redacted]

Id. 119

Mod. 35, 12-500 ex.—Of. Gráf.—Cast. de Pêra, 1-951

Pormenor da folha de rosto da papeleta.

REGISTO CLÍNICO DE ENTRADA		DIÁRIO		
Admissão urgente? <input checked="" type="checkbox"/> Ordinária? <input type="checkbox"/>		DATA	PRESCRIÇÕES	DIETAS
Banho:	Dieta:	2/6/54	Electroradiografia	supra
Diagnóstico: <i>Distúrbio da equitação jélica - motor.</i>				
Tratamento clínico:				
Obs.				
<input type="checkbox"/> Facultativo, <i>Alto Lomia &amp; almeida</i>				
<b>NOTAS PARA A CONTABILIDADE</b>				
Depósitos	Em / 195 . . . . . \$			
	Em / 195 . . . . . \$			
	Em / 195 . . . . . \$			
	Em / 195 . . . . . \$			
A Farmácia:				
Requisitados	A Dispensa:			
	Radiografias e radioscopias <i>Electro-choques</i>			
<input type="checkbox"/> Enfermeiro-chefe: <i>Maria Manoã</i>				

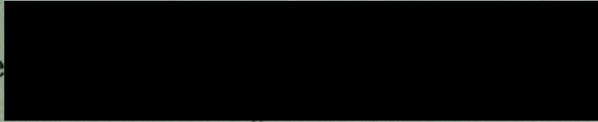
Pormenor da folha de verso da papeleta.

H. U. C.:

N.º 2104

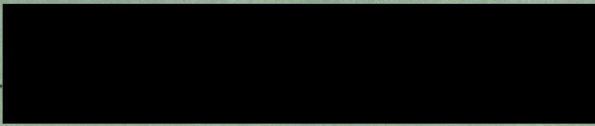
Diagnóstico: .....

Nome



Idade: 49

Naturalidade:



Residência:

Salem

Profissão:

doméstica

Primeiro exame: ...../...../.....

Tratamento principal: .....

Ficha de eletrochoques associada à papeleta – folha de rosto

## ELECTRO-CHOQUE

Mod. 21-R-500 ex.—Gráfica da Lousã, 5-851

Mês	Dia	Hora	N.º	V.	f.	±K%	l. s. c.	Efeito	Observações	Resultados
Novembro	4		1	80	3			++++		
	6		2	80	3			++++		
	8		3	80	3			++++		
	10		4	80	3			++++		
	12		5	100	3			++++		
	14		6	100	3			++++		
	19		7	100	3			+++		
	24		8	100	3			++++		
	25		9	100	3			++++		
	28		10	100	3			++++		
Dezembro	2		11	120	4			++++		

Pormenor da ficha de electrochoques, indicando as datas de administração da terapia, o número de electrochoques e o efeito obtido.



H. U. C. **Ficha Terapêutica**

ENFERMAGEM N.º 2104 Serviços de *P. J. J.*

Nome [REDACTED] Cama n.º \_\_\_\_\_

Data	Prescrição clínica	Rubrica	EXECUÇÃO			
			Data	Hora	Diário da Enfermagem	Rubrica
8/11/52	Medicinal - 1/2 comprimido		8/11/52	21	Medicinal - 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			1/12/52	13	Aspirina 1/2 comprimido ✓	21/11/52
					Aspirina 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			2/12/52	13	Aspirina 1/2 comprimido ✓	21/11/52
					Aspirina 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			3/12/52	13	Aspirina 1/2 comprimido ✓	21/11/52
					Aspirina 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			4/12/52	21	Medicinal - 1 comprimido ✓	21/11/52
			5/12/52	21	Medicinal 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			6/12/52	21	Medicinal 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			7/12/52	21	Medicinal - 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			8/12/52	21	Medicinal 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			9/12/52	21	Medicinal 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			10/12/52	21	Medicinal 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			11/12/52	21	Medicinal 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			12/12/52	21	Medicinal 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			13/12/52	21	Medicinal 1/2 comprimido ✓	21/11/52
			14/12/52	21	Medicinal 1/2 comprimido ✓	21/11/52

56.50  
84.50  
139.00  
*[Signature]*

Modulo 88-R - 5.000 ex. 10-951

Pormenor da ficha terapêutica da doente.

Prescrição médica		Data		Hora		Diário da Enfermagem		Rubrica	
16/01/12	Medicinal 1/2 camp.	21/01/12	21	Medicinal 1/2 camp.	21/01/12	21	Medicinal 1/2 camp.	21/01/12	21
17/01/12	Medicinal 1/2 camp.	22/01/12	22	Medicinal 1/2 camp.	22/01/12	22	Medicinal 1/2 camp.	22/01/12	22
18/01/12	Medicinal 1/2 camp.	23/01/12	23	Medicinal 1/2 camp.	23/01/12	23	Medicinal 1/2 camp.	23/01/12	23
19/01/12	Medicinal 1/2 camp.	24/01/12	24	Medicinal 1/2 camp.	24/01/12	24	Medicinal 1/2 camp.	24/01/12	24
20/01/12	Medicinal 1/2 camp.	25/01/12	25	Medicinal 1/2 camp.	25/01/12	25	Medicinal 1/2 camp.	25/01/12	25
21/01/12	Medicinal 1/2 camp.	26/01/12	26	Medicinal 1/2 camp.	26/01/12	26	Medicinal 1/2 camp.	26/01/12	26
22/01/12	Medicinal 1/2 camp.	27/01/12	27	Medicinal 1/2 camp.	27/01/12	27	Medicinal 1/2 camp.	27/01/12	27
23/01/12	Medicinal 1/2 camp.	28/01/12	28	Medicinal 1/2 camp.	28/01/12	28	Medicinal 1/2 camp.	28/01/12	28
24/01/12	Medicinal 1/2 camp.	29/01/12	29	Medicinal 1/2 camp.	29/01/12	29	Medicinal 1/2 camp.	29/01/12	29
25/01/12	Medicinal 1/2 camp.	30/01/12	30	Medicinal 1/2 camp.	30/01/12	30	Medicinal 1/2 camp.	30/01/12	30
26/01/12	Medicinal 1/2 camp.	31/01/12	31	Medicinal 1/2 camp.	31/01/12	31	Medicinal 1/2 camp.	31/01/12	31
27/01/12	Medicinal 1/2 camp.	01/02/12	01	Medicinal 1/2 camp.	01/02/12	01	Medicinal 1/2 camp.	01/02/12	01
28/01/12	Medicinal 1/2 camp.	02/02/12	02	Medicinal 1/2 camp.	02/02/12	02	Medicinal 1/2 camp.	02/02/12	02
29/01/12	Medicinal 1/2 camp.	03/02/12	03	Medicinal 1/2 camp.	03/02/12	03	Medicinal 1/2 camp.	03/02/12	03
30/01/12	Medicinal 1/2 camp.	04/02/12	04	Medicinal 1/2 camp.	04/02/12	04	Medicinal 1/2 camp.	04/02/12	04
31/01/12	Medicinal 1/2 camp.	05/02/12	05	Medicinal 1/2 camp.	05/02/12	05	Medicinal 1/2 camp.	05/02/12	05
01/02/12	Medicinal 1/2 camp.	06/02/12	06	Medicinal 1/2 camp.	06/02/12	06	Medicinal 1/2 camp.	06/02/12	06
02/02/12	Medicinal 1/2 camp.	07/02/12	07	Medicinal 1/2 camp.	07/02/12	07	Medicinal 1/2 camp.	07/02/12	07
03/02/12	Medicinal 1/2 camp.	08/02/12	08	Medicinal 1/2 camp.	08/02/12	08	Medicinal 1/2 camp.	08/02/12	08
04/02/12	Medicinal 1/2 camp.	09/02/12	09	Medicinal 1/2 camp.	09/02/12	09	Medicinal 1/2 camp.	09/02/12	09
05/02/12	Medicinal 1/2 camp.	10/02/12	10	Medicinal 1/2 camp.	10/02/12	10	Medicinal 1/2 camp.	10/02/12	10
06/02/12	Medicinal 1/2 camp.	11/02/12	11	Medicinal 1/2 camp.	11/02/12	11	Medicinal 1/2 camp.	11/02/12	11
07/02/12	Medicinal 1/2 camp.	12/02/12	12	Medicinal 1/2 camp.	12/02/12	12	Medicinal 1/2 camp.	12/02/12	12
08/02/12	Medicinal 1/2 camp.	13/02/12	13	Medicinal 1/2 camp.	13/02/12	13	Medicinal 1/2 camp.	13/02/12	13
09/02/12	Medicinal 1/2 camp.	14/02/12	14	Medicinal 1/2 camp.	14/02/12	14	Medicinal 1/2 camp.	14/02/12	14
10/02/12	Medicinal 1/2 camp.	15/02/12	15	Medicinal 1/2 camp.	15/02/12	15	Medicinal 1/2 camp.	15/02/12	15
11/02/12	Medicinal 1/2 camp.	16/02/12	16	Medicinal 1/2 camp.	16/02/12	16	Medicinal 1/2 camp.	16/02/12	16
12/02/12	Medicinal 1/2 camp.	17/02/12	17	Medicinal 1/2 camp.	17/02/12	17	Medicinal 1/2 camp.	17/02/12	17
13/02/12	Medicinal 1/2 camp.	18/02/12	18	Medicinal 1/2 camp.	18/02/12	18	Medicinal 1/2 camp.	18/02/12	18
14/02/12	Medicinal 1/2 camp.	19/02/12	19	Medicinal 1/2 camp.	19/02/12	19	Medicinal 1/2 camp.	19/02/12	19
15/02/12	Medicinal 1/2 camp.	20/02/12	20	Medicinal 1/2 camp.	20/02/12	20	Medicinal 1/2 camp.	20/02/12	20
16/02/12	Medicinal 1/2 camp.	21/02/12	21	Medicinal 1/2 camp.	21/02/12	21	Medicinal 1/2 camp.	21/02/12	21
17/02/12	Medicinal 1/2 camp.	22/02/12	22	Medicinal 1/2 camp.	22/02/12	22	Medicinal 1/2 camp.	22/02/12	22
18/02/12	Medicinal 1/2 camp.	23/02/12	23	Medicinal 1/2 camp.	23/02/12	23	Medicinal 1/2 camp.	23/02/12	23
19/02/12	Medicinal 1/2 camp.	24/02/12	24	Medicinal 1/2 camp.	24/02/12	24	Medicinal 1/2 camp.	24/02/12	24
20/02/12	Medicinal 1/2 camp.	25/02/12	25	Medicinal 1/2 camp.	25/02/12	25	Medicinal 1/2 camp.	25/02/12	25
21/02/12	Medicinal 1/2 camp.	26/02/12	26	Medicinal 1/2 camp.	26/02/12	26	Medicinal 1/2 camp.	26/02/12	26
22/02/12	Medicinal 1/2 camp.	27/02/12	27	Medicinal 1/2 camp.	27/02/12	27	Medicinal 1/2 camp.	27/02/12	27
23/02/12	Medicinal 1/2 camp.	28/02/12	28	Medicinal 1/2 camp.	28/02/12	28	Medicinal 1/2 camp.	28/02/12	28
24/02/12	Medicinal 1/2 camp.	29/02/12	29	Medicinal 1/2 camp.	29/02/12	29	Medicinal 1/2 camp.	29/02/12	29
25/02/12	Medicinal 1/2 camp.	30/02/12	30	Medicinal 1/2 camp.	30/02/12	30	Medicinal 1/2 camp.	30/02/12	30
26/02/12	Medicinal 1/2 camp.	31/02/12	31	Medicinal 1/2 camp.	31/02/12	31	Medicinal 1/2 camp.	31/02/12	31

H. U. C. **Ficha Terapêutica**

ENFERMAGEM Nº 2109

Serviços de *P. G. L.*

Nome [REDACTED] Cama n.º

Data	Prescrição médica	Rubrica	EXECUÇÃO	
			Data	Hora
23/02/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
25/02/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
27/02/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
29/02/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
31/02/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
01/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
03/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
05/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
07/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
09/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
11/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
13/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
15/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
17/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
19/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
21/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
23/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
25/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
27/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
29/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		
31/03/12	Medicinal 1/2 camp.	✓		

NÚMERO 244 - 1.000 P. 10-20

Pormenor da ficha terapêutica da doente.

**ANEXO 7**

Papeleta com o número 2948 (1953). Doente tem o diagnóstico de síndrome maníaco-depressivo e é tratado com insulina.

**Fonte:** Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2948”, in: Caixa 328, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

B-14

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**H. U. C.**  
**BOLETIM CLÍNICO**

Nome: [Redacted] N.º 2948  
 Entrada 8 de Agosto de 1953 às 12 h. Saída 3 de Setembro de 1953  
 Estado civil: solteiro Idade: 32 Profissão: escriturário Serviço: 2ª. M.H.  
 Natural do conc. [Redacted] Freg. [Redacted] Lug. [Redacted]  
 Resid. no conc. [Redacted] Freg. [Redacted]  
 Lug. idem Rua [Redacted]

TRANSFERÊNCIAS  
 / / para .....  
 / / para .....  
 / / para .....  
 / / para .....

Exp. 14-13	Abv. 23
Prof. 6	Est. 5

Id. 32

Filiação: PAI: Incognito natural  
 resid. [Redacted] tem emprego? Qual? Idade 69  
 MAE: [Redacted] natural [Redacted] Idade 69  
 resid. idem tem emprego? Qual? Idade 69  
 CÔNJUGE --- natural Idade  
 resid. prof.

Casamento: Dur. do casamen. --- Filhos do casamen.: Nado-vivos: Nado-mortos: Ainda vivos  
 Entrada por: Penst.ª de 7ª classe.  
 Obs. O Encarregado do Registo: [Redacted]

**Registo de Saída**

Doença principal: Síndrome maníaco-depressiva  
 Doenças coexistentes: [Redacted]  
 Doenças intercorrentes: [Redacted]

Anestesia e acidentes: Operado em [Redacted] por [Redacted]

Resultado: Doença princip. [Redacted]  
 Doenças coex. [Redacted]  
 Doenças interc. [Redacted]  
 Da operação [Redacted]

N.º de filhos do parto: ..... N.º dos registos: .....  
 Destino dos filhos: Alta em 3 de Setembro de 1953, às [Redacted] horas.  
 Morte em [Redacted] de 1953, às [Redacted] horas.  
 Obs. O Director da Clínica: [Redacted]

Mod. 36-R A, 12.500 ex. — Tip. Atlântida, 12-52

Pormenor da folha de rosto da papeleta.

REGISTO CLÍNICO DE ENTRADA		2.ª M. H. N.º 3442		DIÁRIO	C. 5	
		DATAS	PRESCRIÇÕES	DIETAS		
Admissão urgente? <input checked="" type="checkbox"/>	Ordinária? <input type="checkbox"/>	10 8	147 Bromo. Ext. C + Ext. hepat. - 6 + + 427 C-10	229 I		
Banho:	Dieta:	15 11	Injeção de I.	20 C		
Diagnóstico: <i>Doença renal da infância?</i>		18	147 Bromo. Ext. C + Ext. hepat. - 6 + + 427 C-10	20 C		
Tratamento clínico:		19	147 Bromo. Ext. C + Ext. hepat. - 6 + Injeção de I.			
		19	147 Bromo. Ext. C + Ext. hepat. - 6 + Injeção de I. + 427 C-10			
Obs.						
<input type="checkbox"/> Facultativo, <i>Dr. Caetano Nobre</i>						
<b>NOTAS PARA A CONTABILIDADE</b>						
Depósitos	Em	/	/	195	...	\$
	Em	/	/	195	...	\$
	Em	/	/	195	...	\$
	Em	/	/	195	...	\$
À Farmácia: <i>516-527-540-564</i>						
Requisições	À Dispensa:					
	Radiografias e radioscopias					
<input type="checkbox"/> Enfermeiro-chefe:						

Pormenor da folha de verso da papeleta.

**ANEXO 8**

Papeleta com o número 4854 (1953). Doente tem o diagnóstico de parafrenia e é tratado com eletrochoques.

**Fonte:** Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 4854”, in: Caixa 327, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

*Doença dos 20  
depressão  
traçar o tipo  
de doença*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**H. U. C.**  
**BOLETIM CLÍNICO**

N.º 4854  
Serviço Neurologia

Nome: [Redacted]

Entrada 26 de Dez. de 1953 às h. Saída 6 de Junho de 1954

Estado civil: casada Idade: 50 A Profissão doméstica

Natural do conc. [Redacted] Freg. [Redacted] Lug. de [Redacted]

Resid. no conc. [Redacted] Freg. [Redacted]

Lug. idem Rua N.º [Redacted]

Filiação

PAI: [Redacted] natural [Redacted] Idade [Redacted]

resid. [Redacted] tem emprego? Qual?

MÃE: [Redacted] natural [Redacted] Idade [Redacted]

resid. [Redacted] tem emprego? Qual?

CASAMENTO

CÔNJUGE [Redacted] natural [Redacted] Idade 51

resid. Brasil prof. ?

Dur. do casamen. 27 Filhos do casamen.: 2 Nado-vivos: Nado-mortos: Ainda vivos

Entrada por: Guis 240, da C.ª de Montemor-o-Velho-Inq.ª junto. Indigente

Obs. Feador é saída: [Redacted]

Encarregado do Registo: [Redacted]

---

**Registo de Saída**

Doença principal: *Parafrenia (V)*

Doenças coexistentes:

Doenças intercorrentes:

Médico (método geral):

Cirúrgico (método e proc.):

Operatório (método e proc.):

Anestesia e acidentes:

Operado em [Redacted] por: [Redacted]

Resultado

Doença princip. / *Muito melhorada*

Doenças coex.

Doenças interc.

Da operação

N.º de filhos do parto: N.º dos registos:

Destino dos filhos

Alta em 8 de Vll de 1954, às horas.

Morte em de de 195, às horas.

Obs.

O Director da Clínica: *Com. d. Ali,*

Mod. 36-R A, 12.500 ex. — Tip. Atlântida, 12-52

Pormenor da folha de rosto da papeleta.

REGISTO CLÍNICO DE ENTRADA		DIÁRIO		
Admissão urgente? <input type="checkbox"/>	Ordinária? <input checked="" type="checkbox"/>	DATAS	PRESCRIÇÕES	DIETAS
Banho:	Dieta:	3-11-53	Electrocardiogram	Super
Diagnóstico: <i>Para pneumonia</i>				
Tratamento clinico:				
Obs.				
<input type="checkbox"/> Facultativo, <i>cf. Ferraz e Mendes</i>				
<b>NOTAS PARA A CONTABILIDADE</b>				
Depósitos	Em / / 195	\$		
	Em / / 195	\$		
	Em / / 195	\$		
	Em / / 195	\$		
À Farmácia:				
À Dispensa:				
Requisições	Radiografias e radioscopias <i>Electro-cloques-17</i>			
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro-chefe: <i>Mania Mourão</i>			

Pormenor da folha de verso da papeleta.

**ANEXO 9**

Papeleta com o número 1485 (1954). Doente tem o diagnóstico de psicose de involução e é tratado com eletrochoques.

**Fonte:** Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1485”, in: Caixa 336, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

At 19/8 cerca de 8.30h. no Posto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**H. U. C.**  
**BOLETIM CLÍNICO**

Nome: [Redacted] N.º 1485  
 Serviço Q. Psq. m. de 1954  
 Entrada 21 de Abril de 1954 às h. Saída 16 de Maio de 1954  
 Estado civil: casada Idade: 46 Profissão doméstica  
 Natural do conc. [Redacted] Freg. [Redacted] Lug. idem  
 Resid. no conc. [Redacted] Freg. [Redacted]  
 Lug. [Redacted] Freg. [Redacted] Rua [Redacted] N.º [Redacted]  
 natural [Redacted] Idade [Redacted]  
 tem emprego? Qual? [Redacted]  
 Mãe: [Redacted] natural [Redacted] Idade [Redacted]  
 resid. [Redacted] tem emprego? Qual? [Redacted]  
 natural [Redacted] Idade 47  
 prof. Func.º Administrativo  
 Dur. do casamen. 25 Filhos do casamen.: 5 Nado-vivos: 1 Nado-mortos: 4 Ainda vivos 1  
 Entrada por: Penst.º de 2ª classe  
 Obs. n.º 32 Intermediação  
 M.º Encarregado do Registo: [Redacted]

**TRANSFERÊNCIAS**  
 4.6.54 para 2.º do 1.º  
 16.6.54 para 3.º do 3.º  
 para [Redacted]  
 para [Redacted]

Esp. 84-10	Abv. 23
Prof. HU	Est. e

**Registo de Saída**

Doença principal: *Psicose de involução*  
 (VI a)  
 Doenças coexistentes:  
 Doenças intercorrentes:

Operado em [Redacted] por *Mesmas etc.*  
 Doença princip. [Redacted]  
 Doenças coex. [Redacted]  
 Doenças interc. [Redacted]  
 Da operação [Redacted]

N.º de filhos do parto: N.º dos registos:  
 Destino dos filhos  
 Alta em 16 de VIII de 1954, às horas.  
 Morte em de de 195, às horas.  
 Obs.

O Director da Clínica: *Fernando d'Almeida*

Mod. 36-R A, 5.000 ex. — Tip. Atlântida, 1-54

Pormenor da folha de rosto da papeleta.

REGISTO CLÍNICO DE ENTRADA		DIÁRIO		
Admissão urgente? <input type="checkbox"/> Ordinária? <input type="checkbox"/> Banho: " " Dieta: " Diagnóstico: Tratamento clínico: Obs.		DATAS	PRESCRIÇÕES	DIETAS
		Julho 1	Radiografia de Tórax ✓	suje
		Julho 3	Transfusão de sangue	suje
		Agosto 2	Exatidão da urina - 3g	suje
		Agosto 5	Radiografia Tórax ✓	suje
<input type="checkbox"/> Facultativo,				
<b>NOTAS PARA A CONTABILIDADE</b>				
Depósitos	Em / 195 . \$			
	Em / 195 . \$			
	Em / 195 . \$			
	Em / 195 . \$			
Requisições	À Farmácia:			
	À Dispensa:			
	Radiografias e radioscopias <i>electro-choques 20</i>			
<input type="checkbox"/> Enfermeiro-chefe: <i>Maia Mourão</i>				

Pormenor da folha de verso da papelada.



**ANEXO 10**

Papeleta com o número 1840 (1954). Doente tem o diagnóstico de alucinação alcoólica e é tratado com electrochoques.

**Fonte:** Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 1840”, in: Caixa 335, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																															
<b>H. U. C.</b> <b>BOLETIM CLÍNICO</b>			Nome: [Redacted] N.º [Redacted]																												
TRANSFERÊNCIAS para [Redacted] para [Redacted] para [Redacted]			Entrada 15 de Maio de 1954 às h. Saída 29 de Junho de 1954 Estado civil: casada Idade: 35 Profissão doméstica Natural do conc. [Redacted] Freg. [Redacted] Lug. idem [Redacted] Resid. no conc. [Redacted] Freg. [Redacted] Lug. idem [Redacted] Rua [Redacted]																												
Esp. 75 Abv. 19 Prof. 14 Est. @ Id. 35			Filiação PAI: [Redacted] natural [Redacted] Idade 67 resid. [Redacted] tem emprego? Qual? Mãe: [Redacted] natural [Redacted] Idade resid. [Redacted] tem emprego? Qual? Casamento CÔNJUGE [Redacted] natural [Redacted] Idade 37 resid. idem [Redacted] prof.																												
			Dur. do casamen. 9 Filhos do casamen. Nado-vivos: Nado-mortos: Ainda vivos Entrada por: Posta de 7ª - Intermédia - Obs.																												
			Encarregado do Registo: [Redacted]																												
<b>Registo de Saída</b>																															
Doença principal: <i>Alucinação Alcoólica</i> Doenças coexistentes: Doenças intercorrentes:																															
Anestesia e acidentes: Operado em [Redacted] por:																															
Resultado: Doença princip. / <i>Quimicamente curada</i> Doenças coex. / Doenças interc. / Da operação /																															
N.º de filhos do parto: N.º dos registos: Destino dos filhos: Alta em 29 de VI de 1954, às horas. Morte em de de 195, às horas. Hospital Clínico; 0103 quit e Director da Clínica: <i>Quintanilha e Sousa</i> (2.500#00)																															
Tratamento Médico (método geral): Cirúrgico (método e proc.): Operatório (método e proc.):																															
Mod. 36-R A, 5 000 ex. — Tip. Atlântida, 1-54																															

Pormenor da folha de rosto da papeleta.

REGISTO CLÍNICO DE ENTRADA		DIÁRIO		
Admissão urgente? _____ Ordinária? _____		DATAS	PRESCRIÇÕES	DIETAS
Banho: _____ Dieta: _____				
Diagnóstico: _____				
Tratamento clínico: _____				
Obs. _____				
<input type="checkbox"/> Facultativo, _____				
<b>NOTAS PARA A CONTABILIDADE</b>				
Depósitos	Em / 195 . . . . . \$			
	Em / 195 . . . . . \$			
	Em / 195 . . . . . \$			
	Em / 195 . . . . . \$			
À Farmácia: _____				
Requisições	à Dispensa: Beg. n.º 44 (prato de Vidro de garrafa quebrado)			
	Radiografias e radioscopias electro-croques - 5			
<input type="checkbox"/> Enfermeiro chefe: Maria Mourão				

Pormenor da folha de verso da papeleta.

**ANEXO 11**

Papeleta com o número 2085 (1954). Doente tem o diagnóstico de síndrome de agitação psico-motora e é tratado com eletrochoques.

**Fonte:** Arquivo da Universidade de Coimbra, “Papeleta dos Hospitais da Universidade de Coimbra número 2085”, in: Caixa 335, Fundo Universitário, 3º Secção, 4º Piso (Coimbra).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

**H. U. C.**  
**BOLETIM CLÍNICO**

Nome: [redacted] N.º 2085  
Serviço Psiqui.

Entrada de Maio de 1954 às h. Saída 26 de Junho de 1954

Estado civil: casada Idade: 46 Profissão doméstica

Natural do conc. [redacted] Freg. [redacted] g. [redacted]

Resid. no conc. [redacted] Freg. [redacted]

Lug. idem [redacted] Rua [redacted] N.º [redacted]

PAL: [redacted] lente natural [redacted] idade 70  
resid. [redacted] tem emprego? Qual? trab.

MÃE: [redacted] natural [redacted] idade [redacted]  
resid. [redacted] tem emprego? Qual? trab.

CÓNJUGE [redacted] natural [redacted] idade 52  
resid. idem [redacted] prof. trab.

Dur. do casamen. 18 Filhos do casamen.: 1 Nado-vivos: 1 Nado-mortos: 1 Ainda vivos 1  
Urgencia. (Prof. Dr. Gomes de Oliveira)

Entrada por: [redacted]

Obs. Feador: Arlindo Simões-R. T.ª Borges, 98.  
O Encarregado do Registo: [redacted]

**Registo de Saída**

Doença principal: Síndrome de agitação psico-motora (H.S.)  
Doenças coexistentes:  
Doenças intercorrentes:

Anestesia e acidentes:  
Operado em / por:

Resultado: Doença princip. / Clínica te  
Doenças coex. / curada  
Doenças interc.  
Da operação

N.º de filhos do parto: N.º dos registos:  
Destino dos filhos  
Alta em 26 de 11 de 1954, às horas.  
Morte em de de 195, às horas.  
Obs.

O Director da Clínica: [redacted]

Mod. 36-R A, 5 000 ex. — Tip. Atlântida, 1-54

Pormenor da folha de rosto da papeleta.

REGISTO CLÍNICO DE ENTRADA		DIÁRIO		
Admissão urgente? <input checked="" type="checkbox"/>	Ordinária? <input type="checkbox"/>	DATAS	PRESCRIÇÕES	DIETAS
Banho: <input type="checkbox"/>	Dieta: <input checked="" type="checkbox"/>	8/6/54	Electrocardiograma	supra
Diagnóstico: <i>Quiloma a epitelio-jesiva. moroso.</i>				
Tratamento clínico:				
Obs.				
<input type="checkbox"/> Facultativo, <i>comiss. a clinica</i>				
<b>NOTAS PARA A CONTABILIDADE</b>				
Depósitos	Em / 195 . . . . .			\$
	Em / 195 . . . . .			\$
	Em / 195 . . . . .			\$
	Em / 195 . . . . .			\$
À Farmácia:				
Requisições	À Dispensa:			
	Radiografias e radioscopias <i>electro-choques</i> G			
<input type="checkbox"/> Enfermeiro chefe: <i>Maria Mourão</i>				

Pormenor da folha de verso da papeleta.

