

Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental

Loide Ferreira*, Patrícia Firmino*, Pedro Florido*, David Gamanho*, Luísa Jorge*

* Enfermeiro Graduado: Serviço de Psiquiatria do Hospital São Francisco Xavier.

Resumo:

O conceito de cuidar em enfermagem tem sofrido alterações ao longo do tempo. O desenvolvimento da enfermagem tem como fim dar resposta às necessidades da população, assim como adaptar-se aos conhecimentos científicos, que assumem outra dimensão e exigência técnica.

À medida que a enfermagem evolui tomam novas formas todas as áreas que a constituem, nomeadamente a área de saúde mental e psiquiatria.

Iniciamos esta exposição com a abordagem das crenças dominantes da sociedade sobre a doença mental ao longo da história. De seguida, fazemos referência à assistência do doente mental em Portugal, a partir do séc. XVI, destacando o primeiro hospital psiquiátrico – Hospital de Rilhafoles. Descrevemos os tratamentos mais utilizados em psiquiatria descrevendo as indicações para as quais eram utilizados e a intervenção do enfermeiro na sua aplicação.

Terminamos com uma perspectiva da evolução dos cuidados de enfermagem ao doente mental, desde o início do séc. XX, assim como do desenvolvimento do ensino de enfermagem na área de saúde mental e psiquiatria.

Palavras-chave: Saúde Mental e Psiquiatria; Doente Mental; Cuidados de Enfermagem; Ensino de Enfermagem.

Historical perspective about the nursing care of the mental patient

Abstract:

The concept of caring in nursing has changed throughout the years. Nursing has developed to meet the needs of the population, and to adapt at the same time to scientific knowledge, which has taken another dimension, and technical demand. Every field in nursing gains new forms as it evolves, namely the mental health and psychiatry fields.

We start by describing the dominant beliefs of society in the past regarding mental health. We will then talk about mental patients in Portugal from the 16th century on (1539–1850) and how they were cared for, underlining the first psychiatric institution – Rilhafoles Hospital. We will elaborate on the more common treatments in psychiatry, the purposes they served and how the nursing staff intervened in their application.

Finally, we will put the evolution of nursing care to the mental patients into perspective, from the beginning of the 20th century, as well as the development of nursing schools in the field of mental and psychiatric health.

Keywords: Mental Health and Psychiatry, nursing cares, nursing taught.

História da Loucura

História da loucura começa com a própria história do ser humano. É fortemente

determinada pelas crenças dominantes da sociedade sobre o próprio doente mental.

O *homem primitivo* descobre que pode influenciar o psiquismo de outro homem, sendo as *curas shamanicas* a expressão desse desenvolvimento. Os indivíduos afectados por doenças mentais eram considerados selvagens ou possuídos por maus espíritos.

Na Antiguidade grega, a doença mental era concebida de uma forma vaga. Era atribuída a factores sobre-humanos, à intervenção dos deuses sobre o pensamento e à acção do homem. A cura era obtida em templos, através de imposições e cerimónias de carácter religioso.

Com Hipócrates (460-355 A.C.), as doenças mentais tomaram um estatuto médico-científico, que entendia a loucura como um desarranjo de natureza orgânica no homem.

Galeno (131-200) defendeu a teoria de que o cérebro é a sede das funções psíquicas, sendo a loucura e o delírio abordados segundo uma perspectiva neuroanatômica e neurofisiológica. O psiquismo deixou de ser considerado espírito ou alma.

Na Idade Média iniciou-se um período obscuro da história da medicina. A Igreja excluía a psiquiatria e a loucura passou a estar associada à possessão diabólica. As bruxas, feiticeiros e curandeiros eram perseguidos e queimados nos autos de fé, como mensageiros do diabo. Eram aplicados tratamentos brutais, tais como: exorcismos, sangrias, purgantes, banhos sulfurosos e purificações pelo fogo.

Com o Renascimento a doença mental foi encarada como alienação, diminuição, depravação ou perda de função mental, isto é, a loucura passou a ser concebida como fazendo parte de um processo mental que se traduzia em comportamentos. No entanto, os cuidados prestados ao doente mental passavam invariavelmente pela exclusão social. Eram fechados em celas e calabouços ou enviados em embarcações marítimas.

No séc. XVIII, com Pinel, as teorias demológicas da loucura dão lugar a um modelo de doença mental. Na sua concepção, o louco como qualquer doente, necessitava de cuidados, de apoio e de medicamentos. Nas palavras de Sobral Cid (1931): “(...) eis, meus senhores, uma figura aureolada pela história e que jamais se apagará dos fastos da medicina, um nome que eu vos convido a fixar e a reter respeitosamente na memória, não tanto pelos seus talentos e méritos científicos, mas, e sobretudo como o de um grande benemérito e iniciador do movimento que definitivamente elevou o alienado da triste condição de cativo à dignidade e à categoria de doente.”¹

A história dos cuidados à pessoa com doença mental foi inicialmente marcada pela exclusão. Os doentes mentais eram escondidos, abandonados ou mortos. Mais tarde iniciou-se o atendimento em instituições especializadas, sendo ainda assim numa forma segregativa. Só recentemente se passou à reabilitação, integração e inclusão social.

Assistência ao doente mental em Portugal (1539-1850)

Decorria o ano de 1539 quando El rei D. João III nomeou o padre Pedro Fernando de Oliveira como “*curador dos fora de siso*”.

Esta acção decorreu mais provavelmente da necessidade de proteger as famílias e a sociedade do contacto com os loucos, do que da vontade e do dever moral e social de o hospitalizar, proteger, assistir e tratar. Pichot e Fernandes (1984)² referiam que, nessa altura “*os poucos loucos assistidos transitavam de enfermaria em enfermaria ou sofriam o triste destino das masmorras e outras formas impiedosas de reclusão*”; Sobral Cid (1931) descreveu as condições proporcionadas ao alienado como sendo locais “*regra geral constituídos por uma série de células exíguas e lóbregas, de portas gradeadas, uma estreita lucarna ao alto, por onde mal entra o ar e a luz (...) onde o desventurado jaz desnudo sobre as palhas ou agrilhoado às paredes, sem sombra de assistência médica, sob a vigilância de um carcereiro mercenário*”¹.

Em 1601, aquando da reconstrução do Hospital de Todos os Santos após um incêndio, foram introduzidas algumas melhorias para estes doentes, “*acrescentam-no com algumas casas e entre elas foram destinadas quatro casas para doidos e cinco para doidas contíguas à morgue*” (HMB, 1948).

Após o terramoto de Lisboa, em 1755, os

alienados passaram por várias instalações provisórias, “*pateos de hospitais, fossos de fortificações e vários calabouços*”, “*por baixo das cabanas do Rossio*”, “*nas cocheiras do Conde de Castelo Melhor*” e, foi com a reconstrução do hospital do Rossio, em 1763, que foi destinada aos alienados a enfermaria S. João de Deus. Em 1775 estes foram novamente transferidos, desta vez para as enfermarias S. Teotónio e St^a. Eufêmia, no Hospital de S. José, que “*funcionavam sob a direcção de um clínico, por norma o mais novo do quadro hospitalar*”. Senna (1883) descreve-as da seguinte forma: “*(...) ambas se reduziam a salas de grandes dimensões abobadadas*.” Estas enfermarias marcaram o início da época em que o alienado começou a ser elevado à categoria de doente, se bem que, de uma qualidade inferior.

Alguns relatos dão-nos conta do que seria a realidade dessas enfermarias. Bernardino António Gomes em meados do séc.XIX, descreveu a sua experiência após visita às instalações: “*...quem terá entrado uma vez na divisão de alienados de S.José, especialmente a parte consagrada às mulheres, que deixe de sair com o coração oprimido de observar tanta miséria; doidas nuas e desgrenhadas, entregues a todos os seus desvarios, gritando e gesticulando, encerradas às vezes em um cubículo escuro e infecto, onde mal podem obter um feixe de palha em que possam revolver-se...*” (Pichot e Fernandes,1984)²

O Duque de Saldanha (Ministro do Reino), aquando de uma inspecção, referiu: “...*não me é possível achar termos adequados que possam exprimir o horror que me causou o estado em que encontrei os alienados... as prisões de feras em todos os pátios de bichos que tenho visto são habitações magníficas, comparadas com os cárceres em que penavam os infelizes alienados...*” (Pichot e Fernandes, 1984)²

Após algumas diligências desenvolvidas junto da Rainha D. Maria II, pelo Duque de Saldanha, foi aberto, em 1850, o Hospital de Rilhafoles.

O Hospital de Rilhafoles

Este Hospital foi inaugurado em 1850 e tinha capacidade para cerca de 300 doentes.

Os critérios de internamento eram, por decreto, os seguintes:

1º - “*Os que por decência, ordem e segurança pública, são recolhidos por ordem da autoridade*”

2º - “*Os que tendo perdido a razão, podem ainda recuperá-la por meio de um adequado tratamento*”

Os recursos humanos eram escassos e constavam de 2 médicos, 2 enfermeiros e 24 ajudantes para todo o hospital.

Um dos objectivos do hospital (“Regímen e disciplina do hospital”, Cap. art.41) era o uso de “*brandura, persuasão e activa vigilância da parte dos enfermeiros e mais empregados para com os doentes confiados aos seus cuidados.*”

Eram feitas algumas actividades, tais como: fiação, oficinas de sapateiro, alfaiataria, costura e exploração agrícola da quinta. “*Mais do que ao de hospital, o seu aspecto se assemelha ao de uma grande oficina em que os operários, ocupados na confecção de suas obras, só cuidavam do acabamento e perfeições delas*” (Fleming, 1976 cit. por Botelho, 1996)³.

Com a “sobrelotação e decadência do hospital”, Rilhafoles, adquiriu o epíteto de “asilo de lunáticos” um ícone da “hórrida loucura”.

Em 1850 foram transferidos do Hospital de S. José, 322 doentes, mas em 1869 encontravam-se já internados cerca de 6000 doentes.

Em 1892, com a nomeação de Miguel Bombarda como director de Rilhafoles, a instituição transformou-se “*de um armazém de alienados...num hospital psiquiátrico*” (Sobral Cid, 1927).

Segundo Sobral Cid, o interesse, a paixão, o entusiasmo e o amor com que Miguel Bombarda reorganizou *sanitária, nosocomial, disciplinar, policial e administrativa de Rilhafoles contribuiu determinantemente para a humanização da assistência ao doente mental*)¹.

Com a morte de Miguel Bombarda o hospital sofreu novo declínio. Sobral Cid nomeado director do hospital em 1922 descreveu-o do seguinte modo: “*todos os recantos do Hospital onde pode ser instalada uma cama,*

tem sido sucessivamente aproveitados para ampliação dos dormitórios. O espectáculo de algumas salas repletas de doentes e onde dificilmente se pode transitar é verdadeiramente desolador” (Sobral Cid, 1927)¹.

Em 1911, um decreto do Ministério do Interior (diário do Governo nº 111), vem autorizar a “criação de novos manicómios e colónias agrícolas para alienados e regular os respectivos serviços”.

Neste sentido, o governo criou “manicómios de ensino” (associados às Faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra, para tratamento de doentes agudos e de interesse académico); “manicómios regionais” (para doentes agudos e crónicos); “manicómios criminaes” (para delinquentes); “manicómios asylos” (para “dementes, idiotas, imbecis e débeis mentaes”).

“O único dos nossos quatro Asilos que foi construído especialmente para esse fim é o Conde Ferreira, embora segundo o sistema hoje antiquado de pavilhões contínuos e de corredores. As chamadas casas de saúde da Idanha e do Telhal, caritativamente sustentadas pelos irmãos de S. João de Deus, (...) nem sempre obedeceram a um plano metódico e regular” (Sobral Cid, 1928)¹.

Tratamentos utilizados em Psiquiatria

No hospital de Rilhafoles os tratamentos consistiam em: aplicações de sangrias e

sanguessugas para as excitações maníacas “(...) aplicava sanguessugas em torno das jugulares, à roda do ânus ou ao longo da coluna vertebral, (...)” (Sobral Cid, 1927), ventosas escarificadas (incisão superficial com instrumento cirúrgico da pele ou mucosas), cauterizações (aplicação de cautério ou cáustico) e aplicação de “sedenho” (tira de pano ou mecha de fios que se introduz sob a pele para promover a supuração, usado contra as alucinações). A balnearioterapia era uma das terapias muito usadas na altura.

Foram usados ao longo do tempo várias formas de tratamento. Em 1926 era utilizada a injeção de leite como sedativo, consistindo em injectar 35 cc de leite, via intra muscular. Provocava febre alta, prostração e desidratação, em consequência, a agitação era aliviada, funcionando como “abcesso de fixação”, tal como a injeção de água-raz e terebentina. Assim a atenção do doente fixava-se no sofrimento físico provocado pela febre e dor. Posteriormente era drenado o abcesso e por vezes era feito o mesmo procedimento na outra coxa.

Como referido no Prontuário del Enfermo publicado em Madrid em 1891, “Em todos os manicómios há salas de banho...”

Na hidroterapia utilizavam-se vários tipos de banhos, conforme o tipo de patologia do doente. Os banhos gerais eram mornos (27°C) e prolongados (6 a 8 horas); os banhos frios (14°C) eram curtos e poderiam

ser por irrigação ou afusão, após os quais se devia enxugar e esfregar o doente de forma intensa, e terminavam bebendo chá de malva ou tília com umas gotas de aguardente; os banhos quentes tinham a duração de 8 horas. O doente era deitado numa banheira, amarrado e coberto com lona, que tinha dois orifícios, um para a cabeça e o outro para o termómetro. O enfermeiro devia ter o máximo de cuidado em manter a cabeça do doente fria com um pequeno chuveiro ou com compressas de água fria. No Inverno o doente era depois levado para o quarto, deitado e agasalhado, mantendo sempre os pés quentes. No Verão o doente passeava pelos pátios. O duche escocês era usado para os doentes deprimidos que eram colocados numa gaiola com torneiras de água quente. Os jactos eram projectados nos plexos nervosos e quando apareciam manchas vermelhas passava-se um jacto de água fria e o doente ia para a cama.

A malarioterapia, foi introduzida por Julius Wagner von Jauregg em 1917. Este tratamento provocava um processo de febres altas mediante o uso de mordeduras do insecto *Anophelis*. Os mosquitos eram colocados dentro de uma gaiola de rede fina, atada com a ajuda de uma ligadura, entre as coxas dos doentes, infectando-os com malária. A febre terçã (de 3 em 3 dias) era considerada a ideal, pois os acessos febris diários provocavam muita desidratação. A contaminação efectuava-se, muitas vezes,

colhendo cerca de 20 c.c. de sangue de um doente infectado em pico febril e injectando-o noutro doente. Este método era aplicado aos doentes afectados das psicoses

A cardiazoloterapia foi utilizada em 1934 por Ladislau von Meduna, em Budapeste. A injeção intra venosa do produto provocava convulsões tipo grande mal, mais violentas que as provocadas pela electroconvulsivoterapia (tratamento que surgiu uns anos mais tarde). Eram necessários 4 enfermeiros para conter o doente pois, por vezes, aconteciam luxações e fracturas.

A insulino-terapia, foi descoberta em 1927 por Manfred Sakel em Berlim, embora só a partir de 1938 se tenha tornado mais utilizada. O objectivo era provocar o coma insulínico uma vez por dia, 6 vezes por semana, durante 7 a 12 meses. Consistia em administrar doses progressivas de insulina (de 10 a 60 unidades ou mais) logo de manhã em jejum, até atingir o coma. O doente era depois desperto com a administração de substâncias açucaradas, por gavagem, ou quando o coma era muito profundo, com injeção endovenosa de soro glicosado.

A electroconvulsivoterapia, teve início em 1937 com Ugo Cerletti e Lúcio Bini na cidade de Roma. Muitas vezes era efectuada em associação com a insulino-terapia e consistia em administrar um electrochoque logo que verificado o estado comatoso induzido pela insulina. Ao enfermeiro cabia a preparação do doente, a aplicação do tratamento, a

prevenção de complicações, bem como a manutenção e operacionalidade do aparelho. António Egas Moniz inventou o “leucótomo” com que praticava a leucotomia (fazendo uma “excisão limitada, em profundidade na substância branca”). A leucotomia, como defenderam Fernandes, Polónio e Gomes “tem a sua indicação principal nos casos que não remittiam satisfatoriamente pelos métodos conservadores. Deve então ser feita sem grande perda de tempo; de contrário, podem-se acentuar os sinais de deterioração irreduzível (na esquizofrenia) ou agravarem-se os sintomas, com o aparecimento de situações perigosas (agitação, sitiofobia, tendências suicidas, etc.” (Fernandes et al., 1949)

A ergoterapia (terapia ocupacional) já era considerada em tempos remotos. Os egípcios faziam uso da actividade física não só como diversão mas também como meio para favorecer a saúde. Pinel considerava que o ócio era um factor que contribuía para a incapacidade mental. Em muitos hospitais psiquiátricos foram implementados programas ergoterápicos de modo a facilitar a reinserção do doente no seu ambiente comunitário e social. Em, finais do Séc. XIX, com o aparecimento em grande escala dos hospitais psiquiátricos, caiu em desuso, optando-se por um tratamento mais institucional. Mas em meados do Séc. XX ressurgiu, devido aos bons resultados obtidos no Reino Unido, que indicavam que

se podiam obter melhorias no tratamento do doente, reduzindo os efeitos dos sintomas psicóticos e proporcionar uma actividade produtiva.

Em 1952 o primeiro psicofármaco, a clorpromazina, foi sintetizado por Charpentier, revolucionando o tratamento dos doentes mentais. Nesta época a hidroterapia já estava em desuso, assim como parte dos outros tratamentos. Para além dos enormes riscos que representavam, os benefícios terapêuticos que proporcionavam eram muito escassos. Em paralelo deu-se o desenvolvimento da psicoterapia (que já era utilizada há algum tempo), só agora possível pelas alterações da química cerebral induzidas pelos psicofármacos, que permitem ao doente controlar o seu comportamento incomum. Estas duas formas de tratamento são hoje as mais utilizadas.

Cuidados de enfermagem ao Doente Mental

No Hospital de Rilhafoles o papel do enfermeiro preconizava a “*guarda e tratamento dos alienados e usando para com eles brandura, acompanhando-os e dirigindo-os, em todos os seus actos, como se fossem chefes de família ou prefeitos de colégio, inculcando-lhes hábitos de ordem e asseio tão necessários à higiene e ao bem-estar destes infelizes* (Amendoeira, Carreira e tal, 1980) citado por Botelho (1996)³.

Do “regulamento do hospital de alienados”

salienta-se: “conservação das chaves em seu poder; manter as portas de entrada fechadas; acompanhar as visitas mantendo as precauções devidas ao tratamento e sossego dos alienados” Botelho, 1996³.

Podiam ser utilizados meios de repressão tais como: “*Privação de visitas, de passeios e outros exercícios de recreio; diminuição d`alimentos, dentro dos limites prescritos pelo médico; reclusão solitária em casa sadia com a cama e os alimentos que o respectivo clínico prescrever; o collete de força com reclusão ou sem ella; os banhos de embrocção.*” Os registos de enfermagem da época consistiam em anotar num caderno “*diariamente tudo o que o enfermeiro observava no doente, durante o período de admissão provisória assim como o tratamento prescrito. O chefe de enfermeiros verificava os registos corrigindo-os ou ampliando-os, se necessário.* (Amendoeira et al, 1980) citado por Botelho (1996)³

Miguel Bombarda descreveria a enfermagem dessa época (final Séc. XIX) como sendo “*(...) muito ignorante. Não havia um ajudante que soubesse aplicar uma injeção hipodérmica e poucos sabiam fazer uma ligadura ou um penso (...). O que se torna necessário criar uma escola de enfermagem o que será apenas uma questão de tempo.* (Amendoeira et al, 1980) citado por Botelho (1996)³.

Foi com as recomendações e ensinamentos feitos pelo médico aos enfermeiros e

ajudantes que se conseguiram pôr em prática os meios de persuasão, brandura e vigilância preconizados por Bombarda, que instruíra diariamente os enfermeiros acerca da forma como deveriam actuar face a cada caso.

Um ano após a morte de Miguel Bombarda (assassinado por um dos seus doentes, em 1910), foi criado o curso de enfermagem com o decreto datado de 21 de Agosto de 1911. A escola de enfermagem, porém, só viria a ser inaugurada em 1946.

Nesse decreto do Ministério do Interior de 1911 (Diário do Governo nº111), que prevê a criação de “novos manicómios e colónias agrícolas” e respectivos regulamentos, salienta-se o artº 15, onde são definidas as funções do enfermeiro chefe e dos enfermeiros que são em tudo semelhantes às funções dos vigilantes dos asilos do Reino Unido em 1882 e que passam por: “*cuidar do vestuário do doente; distribuir alimentação à hora das refeições; exercício ao ar livre, ocupação; preocupar-se por que tudo decorra em calma e ordem; estar atento às necessidades fisiológicas do doente; guardar as chaves, ferramentas, talheres e outras.*” O enfermeiro “*dispunha de meios muito escassos para poder dar apoio a tantos doentes, durante muitas horas de serviço seguidas, em condições muito difíceis (...) a manutenção da ordem e segurança são (...) as características que mais preocupavam os responsáveis daquele tempo.*

“Os enfermeiros enquadravam-se na categoria de ‘pessoal técnico inferior’, tal como os ‘chefes de oficinas, os empregados de balneação, laboratório e bibliotecas.” (Bottelho, 1996)³

A melhoria da assistência ao doente mental teria de passar obrigatoriamente pela formação do pessoal, tal como já visionava Bombarda.

O Ensino em Saúde Mental e Psiquiatria

O início do ensino da enfermagem psiquiátrica, em Portugal, ocorreu quase simultaneamente no Hospital Conde Ferreira e no Hospital Miguel Bombarda (antigo Hospital de Rilhafoles) em 1911. Esse ensino era *“destinado aos guardas, ajudantes e enfermeiros (...) feito em dois trimestres (...) o primeiro terá por assunto noções de pequena cirurgia, medicina e de higiene elementares e, será regido pelo policlínico; o segundo (...) versará sobretudo os cuidados especiais exigidos pela assistência elementar dos alienados e nevropathas e, será regido por um assistente” (Decreto do Ministério do Interior, publicado no diário do governo n.º194 – artigos 43 e 44). A carga horária era de duas aulas por semana e a sua frequência era facultativa. Os alunos aprovados recebiam um “diploma de enfermeiros de alienados e nevropathas”*

Com a abertura do Hospital Júlio de Matos, em 1942, o curso de Enfermagem do Hospital Miguel Bombarda foi transferido para este Hospital, e foram criados, com a ajuda de enfermeiros suíços, serviços de ergoterapia e o primeiro centro de formação independente do ensino geral de enfermagem.

Em 1945 são criados dois centros de formação nas cidades do Porto e Coimbra.

Em 1962 abriu a Escola de Enfermagem das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Em 10 anos de funcionamento formou 8 enfermeiros psiquiátricos e 54 auxiliares de enfermagem psiquiátrica.

Até 1968 são formados enfermeiros psiquiátricos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica cuja formação apenas permite o exercício nos estabelecimentos psiquiátricos.

No ano lectivo de 1952/53 ao curso de enfermagem psiquiátrica eram atribuídas as seguintes disciplinas: Psicologia e psicopatologia; psiquiatria e higiene mental; técnica de enfermagem psiquiátrica; ergoterapia; serviço social em assistência psiquiátrica; deontologia e adaptação profissional; trabalhos manuais; educação física.

No ano 1955 a duração do curso era de dois anos, sofrendo uma remodelação no programa curricular com introdução de novas disciplinas tais como: patologia geral; anatomia e fisiologia; patologia médico-cirúrgica; moral e religião e introdução de estágios.

Em 1968 estas escolas dependentes do Instituto de assistência psiquiátrica são encerradas e é inaugurada a Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa. Um corpo docente de enfermeiros constitui e assume a direcção da escola e é pela primeira vez responsável pedagógico pelo ensino de enfermagem psiquiátrica em Portugal.

É a partir de 1974 que passa a existir um único nível de ensino básico para a enfermagem, designado “Curso de Enfermagem Geral”.

Em 1978 foi criado o primeiro “Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” e em 1992 iniciaram-se os “Estudos Superiores Especializados em Enfermagem”, com equivalência a licenciatura, para acesso posterior ao mestrado. Actualmente, o Curso Superior de Enfermagem tem o grau académico de licenciatura dando acesso ao mestrado e doutoramento.

Bibliografia

1. Obras de José de Matos Sobral Cid, vol II, Outros temas psiquiátricos, problemas de ensino e outros temas”, J. M. Sobral Cid, 1877 -1941, edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 1984.
2. Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal” de Pierre Pichot e Barahona Fernandes, Roche Farmacêutica Química, lda. Lisboa, 1984.
3. História da enfermagem psiquiátrica em Portugal”, José Rodrigues Botelho, Lisboa 1996