

APLICAÇÃO DA GENÉTICA HUMANA À HIGIENE MENTAL. REVISÃO DE 300 MATRÍCULAS DO CENTRO DE SAÚDE DE SANTANA

ANÍBAL SILVEIRA *

A partir do início do século, quando se reeditaram as leis de Mendel, a genética humana começou a predominar gradativamente no pensamento médico. É digno de menção o fato de haverem elas sido apresentadas então, quase simultaneamente (em 1900), por botanistas de três países e que trabalharam independentemente. Nesse empreendimento, que teve o mérito de despertar prontamente o interesse do mundo científico, a prioridade coube, segundo se depreende da revisão histórica de Caullery, a De Vries, o qual, logo depois, publicou a obra em dois volumes "Die Mutationstheorie" (1901 a 1903), cujo segundo volume constitui "desenvolvimento das leis de Mendel, reencontradas pelo próprio De Vries" ¹. Também não foi certamente por mera casualidade que os princípios formulados por Mendel tiveram de ser redescobertos para entrar no âmbito clínico. Ao contrário, a explicação do olvido deve procurar-se na falta de amadurecimento do mundo médico na época em que vieram à luz (1865). Aliás, os autores em geral o reconhecem e Caullery ¹ acentua textualmente: "Na realidade, os espíritos não estavam preparados para lhes reconhecer o alcance. A idéia tão fecunda da pureza dos gametos, enunciada igualmente por Naudin, publicada em um dos periódicos mais afamados e em memória que foi consagrada pela mais alta recompensa da Academia de Ciências de Paris, passou também despercebida" (pág. 57). Da mesma forma, não foi o acaso mas a preparação do espírito médico por quase 50 anos, o que permitiu que já desde a primeira década deste século os estudos sobre hereditariedade médica se constituíssem em disciplina autônoma. E disciplina hoje indispensável para a prática da medicina integral. Por volta de 1920 as pesquisas nesse campo, até então isoladas, passaram a convergir e a se ampliar de maneira sem precedente na história da medicina, até se concentrarem, hoje em dia, em institutos especializados, em toda a Europa e nos Estados Unidos da América do Norte.

À medida que foi deixando à margem os exageros microbianos e o critério especialístico para compreender as reações humanas como expressões

Trabalho do Centro de Saúde de Santana (Diretor: Dr. Philemon P. Ribeiro da Matta), Serviço de Centros de Saúde da Capital, Departamento de Saúde do Estado, São Paulo. Apresentado ao X Congresso Brasileiro de Higiene, Belo Horizonte (Minas Gerais), em 19 outubro 1952.

* Docente-Livre de Psiquiatria na Fac. Med. da Univ. de São Paulo. Encarregado do Serviço de Higiene Mental no Centro de Saúde de Santana.

da personalidade em conjunto, a medicina clínica entrou a delinear cada vez mais claramente os fatores genéticos da constituição. A respeito desta última, acentua GEDDA ^{3b}: “Pois que todos reconhecem a necessidade de que este assunto passe da fase simpática mas impraticável das histórias clínicas, das intuições e das hipóteses, para uma fase concreta de pesquisa e de aplicação clínica, vale afirmar claramente que as leis sobre as quais a Medicina pode basear a doutrina da constituição são aquelas focalizadas por uma ciência, a Genética, a qual neste setor particular de aplicação se chama Genética Médica”. Por outro lado, como frise Snyder, força é reconhecer que a heredologia tem muito a lucrar com a associação à medicina. São palavras desse autor ^{13a}: “A questão do significado exato da imunidade e da suscetibilidade em várias condições mórbidas; os processos embriológicos e evolutivos, pelos quais o fator hereditário produz o caráter final; o acesso a famílias em que se encontram os traços clínicos; a compreensão das várias manifestações que determinado traço pode assumir — tôdas essas representam questões em que a genética depende da apreciação médica”.

Tal necessidade de orientar o estudo da genética segundo as normas e a finalidade peculiares à medicina não se entende apenas com o aspecto doutrinário; ela prevalece exatamente na aplicação prática da medicina preventiva, quer individual, quer principalmente social. De fato, o campo de ação desse conjunto de fenômenos biológicos se estende para muito além do plano individual. Não há exagêro em alegar que mesmo a complexa estrutura das instituições sociais é largamente influenciada pelos componentes heredobiológicos. Ao apreciar a freqüência de doenças ligadas à hereditariedade na Dinamarca, diz Kemp ⁷:

“Dentre êsses fatores que determinam a sorte e a sobrevivência de uma raça ou de uma nação, um grupo muito importante se compõe de anomalias, anormalidades, defeitos e doenças, de origem hereditária, que occorem na população.

“Eis porque o estudo das lesões heredológicas é de tão grande alcance para os problemas da população, para a genética humana, a estatística médica, a saúde pública, para os ramos clínico, preventivo e social da medicina, para a sociologia e a política. Manifestam-se nos anos mais recentes, nos países democráticos, uma crescente consciência social, um sentimento cada vez mais intenso de que a sociedade precisa tornar mais tolerável para todos as condições de vida; isto tem exigido o estudo das doenças hereditárias e, não em menor escala, o da freqüência delas na população. É importante, para as forças governamentais e para as autoridades públicas, conhecer o número dos que, em razão de lesões hereditárias, são socialmente incapazes e necessitam de assistência social, de tratamento, ou de admissão em hospitais ou em institutos médicos”.

Não é, entretanto, apenas este o escopo das indagações genéticas: outro mais amplo em finalidade, porque preventivo, se desenvolve a partir de tal

recenseamento médico. Referimo-nos ao prognóstico quanto à higidez de cada linhagem humana em estudo e, portanto, dos indivíduos que a representam no momento dado. Essa previsão, ainda naturalmente empírica, corresponde à principal missão do eugenista e nela se baseará por certo, dentro em pouco, a prática de toda a medicina. Assim, a investigação das condições mórbidas geneticamente transmissíveis e das circunstâncias em que a transmissão se dá constitui o fundamento para o conselho eugênico. E através deste conselho é que poderá o médico agir preventivamente, em âmbito social, para que o cabedal humano se depure dos traços indesejáveis, gregariamente considerados. Tal escopo só se atingirá mediante a orientação médica, no caso eugênica, quanto aos problemas pré-matrimoniais e à composição numérica das famílias. Assinala-o bem Osborn ¹²: “Alguns indivíduos serão portadores de genes defeituosos em número muito superior à média; alguns o serão em grau muito inferior a esta. Se o nascimento entre os piores transmissores puder ser levado ao mínimo haverá simultaneamente redução em larga variedade de genes maléficos. Se o nascimento daqueles que carregam o menor número de genes deficitários puder ser ampliado ao máximo, a proporção do cabedal sadio poderá ser aumentada sem que o índice de natalidade precise cair aquém da proporção necessária para a renovação. Para atingir tais resultados seriam necessárias maiores variações no tamanho da família do que as que hoje existem. E variações subordinadas não às diferenças na educação e no padrão de vida, mas às qualidades genéticas comprovadas” (págs. 26-27).

Esta concepção relativa na apreciação do grau de eugenismo ou de indesejabilidade constitui, a nosso ver, o principal progresso na aplicação social da genética humana. Realmente, o indivíduo indiscutivelmente eugênico e convergente quanto a todos os traços da personalidade moral e somática não existe senão como abstração. Daí, a necessidade de sopesar, pelo aspecto da transmissão biológica e do resultado final para a espécie humana, os vários traços da personalidade. E seguramente isto faz com que o campo principal da genética humana seja o mundo subjetivo, estudado na arte médica pela psiquiatria. Müller ¹¹ o exprime bem: “A maioria dentre nós concorda em que, para o homem, o mundo da vida mental é o que mais tem que ser levado em conta: todos os mais aspectos ficam em plano muito subsidiário. É, portanto, evidente que, se acaso chegarmos a ponderar os valores relativos de diferentes genótipos para reprodução, a mais alta prioridade, no todo, seria concedida aos genes que entendem com a mentalidade — se de alguma forma os pudéssemos avaliar. Ao ler as novas concepções de Einstein, que sentimento de insuficiência se desperta, mesmo na maioria dos cientistas desta época assim chamada científica! Maior capacidade intelectual, e acompanhada de mais apurados sentimentos, constituem seguramente as maiores necessidades biológicas de todo o gênero humano. E assim, embora devamos assiduamente procurar conhecer os princípios que constituem a base genética da saúde somática e da resistência física, bem como os meios de melhorá-las, precisamos não esquecer que a transmissão de uns tantos ge-

nes de leves doenças somáticas aqui e acolá será habitualmente compensada de muito se ela der margem a algum melhoramento considerável em relação à base genética das características mentais. Devemos ter em mente também que, em tais casos, graças ao processo de recombinação de genes, os genes maléficos poderão ser eliminados e, assim, logo seremos dispensados de manter o compromisso oportunístico referido, pelo qual elementos preciosos eram preservados pelo preço de alguns defeitos físicos” (págs. 165-166).

Só o prisma da genética médica permite distinguir corretamente os traços gregariamente indesejáveis, os que poderão ser tolerados e os que constituem fatores convergentes. Mesmo para o diagnóstico clínico individual e para a prevenção imediata essa disciplina assume valor especial. “Desvios leves mas significativos para com a normalidade — diz Snyder ^{15b} — que têm sido desprezados pelo médico e pelo paciente ao mesmo tempo, assumirão novo e importante significado à luz da genética, o que dará margem a novos critérios diagnósticos, à identificação precoce e, por conseguinte, a novas oportunidades para a terapêutica e a prevenção”. Da mesma forma, correlações entre funções mentais e particularidades de organização somática surgem mais claras quando apreciadas à luz da genética, quer em estado normal, quer no plano das manifestações mórbidas. Exemplo desta fértil indagação médica encontramos no modelar estudo de Kallmann ^{5b} (págs. 18-19): “Alguns dados clínicos registrados na observação a longo prazo de nossa série de pares gêmeos monozigóticos concordantes parecem confirmar a tão discutida teoria de que a instabilidade afetiva e a disfunção bioquímica produzidas pelo *genótipo maniaco-depressivo* podem exibir largo âmbito de variabilidade fenotípica e são provavelmente correlatas aos fatores genéticos para a gôta e o diabetes, especialmente à tendência para a obesidade”. Entretanto, não é só no domínio dos distúrbios de funções vegetativas que a genética humana permite conclusões de importância capital e ao mesmo tempo indicar novos rumos para a pesquisa. Também no setor das reações inter-humanas — em que as solicitações do ambiente objetivo e social desempenham o papel aparente principal — tal investigação se revela insubstituível. Ainda aquele mesmo insigne pesquisador ^{5a} afirma, ao resumir detido estudo sobre problemas de ajustamento no homem: “Em particular, pode mostrar-se facilmente que constelações semelhantes de experiências infantis desfavoráveis deixam freqüentemente de produzir desvios semelhantes da personalidade em membros geneticamente dissemelhantes da mesma família; ao passo que cogêmeos semelhantes freqüentes vêzes exibem o mesmo tipo de desajustamento, ainda quando separados em idade muito precoce”. Mesmo que os dados originários quanto ao aspecto psicológico sejam discordantes, a indagação genética contribui para a compreensão deles: “Outra explicação para as nossas observações sobre gêmeos — escrevem Kallmann e Anastasio ⁶ — é que o suicídio parece resultar de fatores motivantes tão *complexamente combinados* que tornam muito improvável a repetição desta incomum conste-

iação mesmo em co-gêmeos que apresentam o mesmo tipo de psicose e com privações sociais muito similares”.

Mesmo para a compreensão dos fatos psicológicos dentro da faixa normal a heredobiologia oferece normas seguras: o comportamento genético dos traços subjetivos da personalidade é o que aí se pesquisa, conforme precisa Schulz¹³: “Os radicais psicológicos não são sempre, de modo algum, hereditários. Mas aos heredobiológicos estudamos sempre como heredobiológicos, mesmo em relação àquelas propriedades que unicamente pela expressão psíquica podem ser reconhecidas. Não vai nisto diminuição alguma para a psicologia. Mas, da mesma forma que a física não pode distinguir de que modo as diversas ondas de éter são percebidas como cores, . . . da mesma forma que não é à biologia porém à psicologia que cumpre decidir sobre a correlação e a compreensão psicológicas de processos psíquicos, assim somente a biologia pode decidir quanto às correlações biológicas de processos e particularidades psicológicas e a heredobiologia quanto às de ordem heredobiológica” (pag. 22).

Em realidade, o estudo genético das manifestações psíquicas abrange extensa gama de fenômenos, desde aqueles situados em âmbito normal até os que se mostram claramente patológicos. Estes últimos não consistem apenas nos quadros psiquiátricos endógenos clássicos, ditos constitucionais: mais importantes para a prática clínica são as psicoses reversíveis descritas e exaustivamente estudadas por Kleist⁸, que as denominou “degenerativas”. A identificação de tais quadros marginais isolados pelo eminente mestre de Frankfurt-am-Main constitui, a nosso ver, o progresso mais relevante da psiquiatria contemporânea. Cumpre ainda reconhecer as reações psicopatológicas que podem exprimir o feitiço mórbido da personalidade e, enfim, os distúrbios momentâneos que apenas revelam, no indivíduo ademais bem enquadrado na população média, a predominância de certos traços hereditários.

Orientada por esses conhecimentos, a prevenção eugênica pode trazer benefícios não só imediatos, para o consulente, mas futuros, para a linhagem biológica que venha a originar. De qualquer forma, a verdadeira higiene mental, a que pode auxiliar a espécie a suportar com menos sofrimento os tormentosos tempos atuais, não se compreende sem a assistência direta da genética humana. E é por isso que temos orientado sob o ascendente dessa disciplina nossa atuação no Serviço de Higiene Mental do Centro de Saúde de Santana.

MATERIAL, MÉTODO E RESULTADOS

Antes de comentarmos os dados que julgamos de interesse convém apresentar algumas rápidas indicações sobre as condições em que colhemos o material clínico respectivo. Nosso Serviço funciona em correspondência com os demais, que existem em todos os Centros de Saúde da Capital: por um lado, os Serviços de Higiene Pré-natal, de Higiene Infantil, de Higiene Pré-escolar e Escolar e o de Exames Médicos

Periódicos; e por outro lado o Serviço Social, a cargo das visitadoras domiciliares. Nos Serviços internos os médicos têm como auxiliares educadoras sanitárias, cujo conjunto recebe a cooperação da educadora centralizadora e a supervisão da educadora-chefe. Assim, embora cada Serviço opere isoladamente, em geral, o intercâmbio de consulentes e de opiniões médicas se torna fácil mediante o recurso à atuação das educadoras, as quais se incumbem também de orientar os clientes quanto às prescrições médicas. Uma das educadoras — a que atualmente efetua a centralização — se encarrega ainda de agrupar consulentes para discutir problemas que lhes são comuns, ensino excelente para a psicoterapia coletiva.

Quanto ao nosso trabalho nesse Serviço, devemos assinalar que não dispomos de auxiliares outros, além de uma educadora sanitária em caráter permanente e da educadora centralizadora quando haja necessidade. Assim, o registro metódico dos consulentes e do material clínico respectivo representa a única tarefa adicional à sessão clínica, inicial ou de revisão. Ainda não dispomos de auxiliar incumbido de trabalhar estatisticamente, quanto ao aspecto heredobiológico, os dados coligidos. A carência deste elemento científico faz com que os dados que hoje apresentamos em resumo devam ser interpretados com reserva em referência ao significado heredobiológico, principalmente naquilo que entendem como a incidência percentual dos vários quadros clínicos de ordem hereditária. Todavia, para a diagnose clínica e para a apreciação dos sintomas psicopatológicos não nos valemos do critério fenomenológico, mas sim, como temos mencionado em publicações várias, da interpretação genético-dinâmica em sentido mais rigoroso. Os informes clínicos, diretos e anamnésicos, são colhidos pessoalmente por nós e muita vez exigem, para a devida avaliação, que, além do consulente, entrevistemos outros membros da família melhor informados. Por outro lado, a sessão clínica é naturalmente demorada devido à natureza dos dados subjetivos correspondentes e, além disso, não pode encerrar-se, via de regra, na primeira entrevista. Isto explica que não possamos habitualmente atender a mais que 8 consulentes, entre matrícula e revisão, em cada expediente.

Entre o período de fevereiro de 1952, data em que iniciamos o Serviço, e 15 de julho, atendemos a 317 matriculados. Consideramos aqui os dados de interesse geral relativos às primeiras 300 matrículas consecutivas desse cabedal clínico. Assinalamos que tais consulentes não nos foram encaminhados segundo qualquer critério prefixado: eles representam assim, sob esse aspecto particular — pelo menos até certo ponto — uma amostra não selecionada da clientela que acorre ao Centro de Saúde de Santana. O encaminhamento, quer por parte dos colegas de trabalho, quer por parte das educadoras ou das visitadoras, era motivado pela existência de dificuldades de natureza psicológica, ora evidentes no comportamento explícito do consulente, ora reveladas ao exame médico. Logo a partir do 2º mês do Serviço, é verdade, começaram a procurá-lo espontaneamente clientes do Centro que tomaram conhecimento da possibilidade de assistência psicológica direta. Mas a própria ocorrência desta necessidade de assistência psicológica representa um índice significativo na composição clínica da população ali assistida; índice real, embora antes estivesse mascarado — como talvez suceda em outras unidades de saúde pública — pela não existência de Serviço explicitamente destinado a esta classe de problemas da personalidade. Mesmo a predominância de manifestações clínicas filiáveis a determinada linhagem heredológica não nos parece resultar aí de artifício na seleção do material clínico — como diremos oportunamente — mas antes corresponder à expressão intrínseca da população média.

Cumpra ainda fazer a ressalva de que apenas em algumas instâncias pudemos examinar diretamente membros da família imediata do probando, os quais nesse caso, como regra geral, ficaram registrados em fichas "entrosadas" com a do cliente respectivo. Vale dizer que apenas nessa eventualidade dispomos de elementos diretos para avaliar a frequência de manifestações clínicas em pessoas da família do examinando. Na quase totalidade das vezes a ocorrência de tais traços — mencionada na ficha do examinando — se deduziu apenas do informe anamnético das pessoas consideradas aqui na coluna 1 da tabela 1:

<i>Incidência</i>	<i>Entre os consulentos-índice</i>		<i>Entre os consangüíneos</i>												
1. "Ausência" psíquica	97		34												
2. Irritabilidade	62		52												
3. Enxaqueca	60		38												
4. Equivalentes comiciais vários	38		25												
5. Hiperemotividade	33		9												
6. Abôrto espontâneo	32	(em 115 matriculadas com mais de 1 gestação, donde 32:115)	49												
7. Terror noturno	32	(em 84 menores, 32:84)	12												
8. Convulsões apenas na infância	27		51												
9. Convulsões atuais	26		31												
10. Desajustamento	18		19												
11. Ligações ilegítimas	16		12												
12. Neurose	15		5												
13. Parto de natimorto	15	(como sub 6, donde 15:115)	26												
14. Hiperatividade	14	(como sub 7, donde 14:84)	1												
15. Sonambulismo	10		19												
16. Disgenesia do sistema nervoso	8		16												
17. Disgenesia somática	7		12												
18. Casamento consangüíneo ..	7		6												
19. Gêmeos	<table border="0"> <tr><td rowspan="5" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td><td>dizigóticos</td><td>1</td></tr> <tr><td>monozigóticos ..</td><td>4</td></tr> <tr><td>zigoticidade ignorada</td><td>1</td></tr> <tr><td>trigêmeos</td><td>—</td></tr> <tr><td>Total</td><td>6</td></tr> </table>	{	dizigóticos	1	monozigóticos ..	4	zigoticidade ignorada	1	trigêmeos	—	Total	6	Partos gemelares (como sub 6)	1:115	39
			{	dizigóticos	1										
				monozigóticos ..	4										
				zigoticidade ignorada	1										
				trigêmeos	—										
Total	6														
2:115	17														
8:115	66														
—	3														
11:115	125														
20. Deficiência mental	6		5												
21. Agressividade acentuada ..	5		15												
22. Parto operatório	4	(como sub 6, donde 4:115)	4												
23. Eclâmpsia	4	(como sub 6, donde 4:115)	9												
24. Cataplexia do despertar ...	3		2												
25. Psicose	2		28												
26. Prematuros	1	Partos prematuros, 11:115	20												
27. Homicídio	1		8												
28. Alcoolismo grave	0		15												
29. Suicídio	0		6												
30. Morte durante o parto ...	0		17												
31. Longevidade (além de 98 anos)	0		5												
Dados ainda insuficientes ..	52		84												
Fichas entrosadas e, por isso, não incluídas na segunda coluna			37												

Tabela 1 — Condições clínicas verificadas em 300 matriculas consecutivas.

Como decorre dessa tabela, anotamos, entre os 300 consulentes-índice, considerados em conjunto, uma série de manifestações clínicas, dentre as quais figuram com maior freqüência as que são reconhecidamente filiáveis ao ciclo hereditário da epilepsia: assim, por ordem decrescente, encontramos aí "ausência" psíquica em 32%, irritabilidade em 20,6%, enxaqueca em 20%, equivalentes vários, de modalidade atípica e de significado claramente epileptóide, em 12,6%, além de convulsões francas em 8,6% e convulsões apenas na infância em 9%. Ao lado dessas expressões clínicas já estabelecidas quanto à diagnose hereditária, outras ocorrências assumem freqüência tal que merecem focalizadas mais detidamente; a elas nos reportaremos dentro em pouco. A indagação da anamnese hereditária nesse grupo total de 300 consulentes revelou a incidência em proporção digna de nota daqueles mesmos traços, embora em ordem diversa. Alinhamos tais freqüências, em números absolutos, na coluna 2 da mesma tabela. Vemos aí que, entre os 300, se arrolam irritabilidade mórbida na família de 52 (17,3%), convulsões durante a infância na de 51 (17%), aborto espontâneo na de 16,3% dos consulentes, enxaqueca entre os consangüíneos de 12,6%, "ausência" psíquica em relação a 11,3%, convulsões com referência a 10,3%. Segundo assinalamos há pouco, esta revisão de dados clínicos baseada na anamnese dos consulentes-índice envolve necessariamente importante causa de erro. Este se verifica, porém, no sentido da omissão, pois, por um lado, se trata de características facilmente acessíveis à observação do leigo e, por outra parte, só consideramos presente a condição respectiva quando o informante não hesita em mencioná-la, em geral espontaneamente, e quando a ocorrência era assaz acentuada para não padecer dúvida.

Alguns dos traços acima referidos se limitam forçosamente a um grupo particular de consulentes e por isso só figuram englobados na tabela 1 devido ao fato de incidirem também na família dos examinandos. Aludimos aos que entendem com as mães, ou as gestantes que transpuseram a primeira gravidez — no total de 115 entre as 300 matrículas aqui consideradas. Neste conjunto peculiar de consulentes arrolamos dados que ultrapassam de muito, ao que parece, a incidência média: respectivamente, aborto espontâneo em 27,8%, parto de natimorto em 13%, parto operatório em 3,5% e eclâmpsia igualmente em 3,5%. Apenas esta última condição se filia atualmente sem dificuldade ao ciclo hereditário da epilepsia. Mas, o fato de que, entre as consulentes aí consideradas, predominam elementos a nosso ver epileptóides, nos leva a supor que também aquelas três primeiras ocorrências possam entrar para o mesmo ciclo. Cumpre ainda salientar duas anotações relativamente muito freqüentes nessa série de 115 matriculadas: parto de prematuro e parto de gêmeos, cada qual com a incidência de 9,6%. Não dispomos ainda de cifra de referência para com a primeira ocorrência, mas podemos afirmar que o nascimento de gêmeos é muito mais comum nesse grupo do que na população média.

Assim é que encontramos, nas estatísticas correspondentes que fazem fé, a proporção de 1,2% de gêmeos sobre o total de partos: a de Hellin, em 1895,

estabelece — segundo refere Mayer¹⁰ — a freqüência de 1:80 e a de Stock¹⁶ a de 1:83. O fato de ser esta última computada sobre quase 29 milhões de partos registrados em países diversos — Inglaterra e Gales, Canadá, Estados Unidos da América do Norte — e entre 1931 e 1948, e o de concordar com o postulado de Hellin, mostram que este assinala fenômeno biológico não sujeito a variações regionais. Comparado a esta proporção de 1,2% o índice de geminação que anotamos entre as 115 matriculadas da tabela 1 aparece muito elevado. Efetivamente, revendo as fichas anamnéticas sob esse aspecto particular, apuramos até agora 11 partos de gêmeos no total de 325 *, o que perfaz a proporção de aproximadamente 3,4%. Embora o material clínico aqui considerado seja muito pequeno e ainda careçamos de análise estatística, supomos que o desvio não deva ser atribuído a fatores meramente ocasionais.

Igualmente digno de nota parece-nos o índice de natimortos em relação a essas 115 consulentes: a revisão, ainda não ultimada, revela 28 ocorrências dessa ordem sobre o total de 325 partos, donde a incidência de 8,6%. Devemos lembrar que tal fenômeno pode estar ligado a causas eventuais, como a nosso ver o indica o recente trabalho de Stock, acima citado¹⁶: para o total de partos revisados ali no período de 5 anos, ocorriam 2,6% de natimortos em Inglaterra e Gales e 2,0% no Canadá. Portanto, para avaliarmos o significado do número de natimortos mencionados naquelas nossas matrículas dependemos ainda de estatísticas locais.

Essa incidência elevada de natimortos, de abortos, de distócia fetal, deve ser analisada detidamente em relação aos fatores genéticos, principalmente devido à tendência médica ainda acentuada em nosso meio para interpretar as duas primeiras condições como devidas à sífilis — mesmo ante a negatividade de reações sorológicas — e a última como causa de deficiência mental ou de epilepsia. Não só, portanto, a assistência médica direta, mas principalmente a possibilidade de prevenção eugênica, tornam indispensável a correta apreciação heredobiológica de tais fenômenos patológicos. Por ora, e salvo correção dos achados mediante a indispensável análise estatística, a nós não parece provável que tais tendências se prendam ao ciclo da epilepsia.

Outro grupo que podemos desmembrar do material clínico aqui considerado, é o dos menores. O estudo dos traços da personalidade e das várias ocorrências clínicas correspondentes é o que resumimos na tabela 2:

* Ao enviarmos os originais para a presente publicação, tal revisão abrangia 2.018 gestações terminadas, das quais 57 gemelares: o índice respectivo caíra, portanto, para 2,8%, conservando-se, todavia, ainda elevado. Devemos mencionar que várias dentre os consulentes aí compreendidas — no total de 512 — já haviam completado nova gravidez por ocasião da revisão (30-12-1955) e ainda não tinham comparecido para verificação.

<i>Incidência</i>	<i>Em números absolutos</i>	<i>% sôbre o grupo</i>
1. Terror noturno	28	33,3
2. "Ausência" psíquica	27	32,1
3. Convulsões sem desencadeante evidente	22	26,2
4. Hiperatividade	21	25,0
5. Irritabilidade	20	23,8
6. Sono agitado	15	17,8
7. Crises de "birra"	13	15,4
8. Enxaqueca	13	15,4
9. Equivalentes comiciais atípicos	13	15,4
10. Hiperemotividade	13	15,4
11. Retardo escolar	11	13,0
12. Rebeldia	10	12,0
13. Timidez	9	10,7
14. Repentes de agressividade	8	9,5
15. Sonambulismo	8	9,5
16. Déficit de desenvolvimento intelectual	7	8,3
17. Convulsões esporádicas	6	7,1
18. Imaturidade afetiva	6	7,1
19. Perda de fôlego	6	7,1
20. Reação de pânico	6	7,1
21. Desordens neurológicas discretas	5	6,0
22. Terror noturno progressivo à primeira consulta	4	5,0
23. Desordens metabólicas	3	3,5
24. Disgenesia do sistema nervoso	3	3,5
25. Enurese noturna	2	2,4
Existência de gêmeos na família	26	30,9
Probandos gêmeos	3	3,5

Tabela 2 — Condições clínicas verificadas em 84 matrículas de menores.

Considerados êsses consulentes como grupo, arrolamos 25 itens clínicos diversos, dos quais 12 figuram na tabela 1. Dentre as condições que se apresentam em mais de um décimo do grupo (em número de 13), figura em primeiro lugar o terror noturno, o qual ocorre em mais de um terço dos matriculados; seguem-se-lhe em freqüência os lapsos de "ausência" psíquica, as crises convulsivas espontâneas, a hiperatividade, esta última comum à quarta parte dos menores. Irritabilidade acentuada e agitação durante o sono eram mencionadas em relação, respectivamente, a 21 e 20 dos examinandos, ao passo que crises de "birra", enxaqueca, equivalentes atípicos de natureza comicial, hiperemotividade, incidiam 13 vezes cada qual; a seguir, como se vê na tabela 2, arrolam-se, respectivamente, em 11, 10 e 9 instâncias o retardo escolar, a rebeldia e a timidez.

Grupo cronológico		Meninos		Meninas		Total
Anos e meses		Matricula	Nº	Matricula	Nº	
Infantil	De 1 a 2 anos	56 80 218	3	280	1	4
	De 2a — 1m	31		175		
	a 2a — 6m	257	2	224	2	4
	De 2a — 7m	52		64		
	a 3 anos	241 245 288 292	5	137 185 198 293	5	10
	De 3a — 1m			39		
a 3a — 6m	246	1	271 282	3	4	
Total do grupo			11		11	22
Pré-escolar	De 3a — 7m	127		153		
	a 4 anos	260	2	258 285	3	5
	De 4a — 1m	21				
	a 5 anos	140 259 300	4	279 291	2	6
	De 5a — 1m	34		164		
	a 6 anos	201 210 268 269 275	6	254	2	8
De 6a — 1m						
a 7 anos	125 242 299	3	278	1	4	
Total do grupo			15		8	23
Escolar	De 7a — 1m			60 81		
	a 8 anos	208 227	2	142 159 165 186 239	7	9
	De 8a — 1m	15 55 98		9 67		
	a 10 anos	170 221 230 247 284 286 294 297	11	124 154 183 191	6	17
	De 10a — 1m	27		90		
	a 12 anos		1	176 188 232 261 265 277	7	8
De 12a — 1m	41		46			
a 14 anos	225	2	235 238	3	5	
Total do grupo			16		23	39
Total geral			42		42	84

Tabela 3 — Distribuição cronológica das matrículas de menores.

Condições clínicas	Até 3a-6m		De 3a-7m a 7a		De 7a-1m a 14a	
	Total	%	Total	%	Total	%
1. Terror noturno	14	77,3	9	39,1	2	5,1
2. "Ausência" psíquica	4	18,1	6	26,0	17	43,5
3. Convulsões sem desencadeante evidente	8	36,3	8	35,0	6	15,4
4. Hiperatividade	12	54,5	5	21,7	4	10,2
5. Irritabilidade	2	9,0	5	21,7	13	33,3
6. Sono agitado	7	31,8	3	13,0	5	12,8
7. Crises de "birra"	12	54,5	1	4,2	—	—
8. Enxaqueca	—	—	1	4,2	12	30,8
9. Equivalentes comiciais atípicos ..	4	18,1	1	4,2	8	20,4
10. Hiperemotividade	—	—	1	4,2	12	30,8
11. Retardo escolar	—	—	—	—	11	28,2
12. Rebelia	1	4,5	1	4,2	8	20,4
13. Timidez	—	—	2	8,6	7	17,9
14. Repentes de agressividade	—	—	—	—	8	20,4
15. Sonambulismo	—	—	1	4,2	7	17,9
16. Déficit de desenvolvimento intelectual	2	9,0	—	—	5	12,8
17. Convulsões esporádicas	4	18,1	2	8,6	—	—
18. Imaturidade afetiva	—	—	—	—	6	15,4
19. Perda de fôlego	6	27,3	—	—	—	—
20. Reação de pânico	3	13,6	2	8,6	1	2,5
21. Desordens neurológicas discretas .	3	13,6	1	4,2	1	2,5
22. Terror noturno progressivo à primeira consulta	—	—	—	—	4	10,2
23. Desordens metabólicas	—	—	—	—	3	7,7
24. Diagenesia do sistema nervoso ...	2	9,0	—	—	1	2,5
25. Enurese noturna	—	—	1	4,2	1	2,5
Existência de gêmeos na família .	5	22,7	4	17,4	17	43,5
Probandos gêmeos	—	—	2	8,6	1	2,5

Tabela 4 — Condições clínicas segundo os grupos de idade dos menores.

Diversas dessas manifestações clínicas estão plenamente reconhecidas como integrantes da constelação hereditária epiléptica: tais as "ausências" psíquicas, as convulsões, a irritabilidade fácil, a enxaqueca, os equivalentes comiciais, enumerados na tabela 2 sob números 2, 3, 5, 8 e 9. Outras, dessa mesma faixa da tabela, coincidem na anamnese de nossos examinandos — tanto em referência aos dados pessoais quanto à luz dos achados familiares — com numerosos indícios de tendência epileptóide. Daí a impressão pessoal

de que correspondem também a carga genética dessa modalidade. Referimo-nos aos itens 1, 4, 6, 7 e 10: terror noturno, hiperatividade, sono agitado, crises de "birra", hiperemotividade. Tal hipótese provisória nos guiou no manejo dos casos clínicos em aprêço, conforme teremos ocasião de salientar adiante, e com resultados satisfatórios. Entretanto, repetimos, só nos será dado apreciar essas correlações adequadamente quando dispusermos de maior cabedal objetivo e o houvermos analisado estatisticamente. O mesmo raciocínio se aplica naturalmente a outras condições anotadas nessas fichas com menor freqüência — como registra a tabela 2 — e cuja significação hereditária poderá talvez afirmar-se mediante o ajuste estatístico: assim a imaturidade afetiva, as crises de perda de fôlego e as reações de pânico. Tais condições apareceram em menores em que outras séries de sintomas e traços de personalidade levavam a suspeitar de carga epileptóide: em vários dos consulentes em causa, que já retornaram para a revisão clínica, a medicação orientada nesse sentido produziu efeitos benéficos. Dessa forma, a escassa incidência de tais condições no grupo a que se refere a tabela 2 pode depender de fator meramente acidental e sobretudo do reduzido número de examinandos considerados.

De fato, a distribuição das várias condições clínicas entre os menores matriculados em nosso Serviço, estudados englobadamente, não exprime de modo adequado o valor relativo de cada uma delas. Por êsse motivo dividimos os consulentes dêsse grupo em três categorias de idade, o que já nos permite — mesmo carecendo de apreciação estatística, segundo já acentuamos — avaliar melhor o significado clínico de cada uma daquelas ocorrências. É o que ressalta do confronto estabelecido na tabela 4, a qual se refere aos três subgrupos cuja distribuição por ordem de idade aparece na tabela 3.

Dessa forma, podemos notar que, no subgrupo médio da tabela 4, só aparecem as manifestações clínicas arroladas também em uma das categorias cronológicas vizinhas; ao passo que os dois extremos compreendem itens que lhes são próprios. Ademais, consideradas as cinco incidências percentuais mais freqüentes em cada divisão da tabela 4, evidencia-se maior concordância, grosso modo, entre as duas primeiras, enquanto a de 7 a 14 anos tende a aproximar-se, pela textura e pelo grau de incidência das rubricas, da disposição encontrada no grupo geral de 300 consulentes e resumida na tabela 1. Até o 5º lugar de ocorrência percentual contam-se, para cada subgrupo, 6 itens, devido à igualdade na freqüência de dois dêstes. A categoria de 3 anos e meio a 7 anos exhibe apenas 2 itens em comum com a terceira: "ausência" psíquica e irritabilidade; e 4 que figuram no subgrupo de menor idade — terror noturno, convulsões, hiperatividade, sono agitado. Peculiares ao termo cronológico inicial aparecem aí as crises de "birra" e de perda de fôlego; e ao de 7 a 14 anos, enxaqueca, hiperemotividade, retardo escolar, rebeldia, repentes de agressividade.

Comparada a ocorrência proporcional dos vários itens da tabela 4, nota-se que ela assinala a diversidade de reação entre os três subgrupos a que nos referimos. No primeiro predominam os fatores terror noturno (77,3%), hiperatividade (54,5%), crises de "birra" (54,5%), convulsões espontâneas

(36,5%), sono agitado (31,8%) e perda de fôlego (27,3%); no segundo, terror noturno em 39,1%, convulsões espontâneas em 35,0%, "ausências" psíquicas em 26,0%, hiperatividade e irritabilidade, cada qual em 21,7%, sono agitado em 21,7%. Finalmente, na categoria de 7 a 14 anos, deparamos a seguinte gradação dos dados principais: "ausência" psíquica em 43,5%, irritabilidade em 33,3%, enxaqueca em 30,8%, hiperemotividade igualmente em 30,8%, retardo escolar em 28,2% e, cada qual em 20,4%, rebeldia e repentes de agressividade.

Também entre os menores aqui considerados se aprecia em percentagem elevada (30,9%) a menção de gêmeos na família. Esta particularidade de nosso material clínico nos leva a estudar mais detidamente semelhante problema, o qual assume, aliás, importância fundamental nas pesquisas de genética humana. Desde os trabalhos iniciais relativos à heredobiologia e à heredopatologia, os quais dentro em pouco adquiriram tal predominância nos conhecimentos científicos que levaram von Verschuer a erigir a gemelologia em campo médico especial, até os mais recentes, põem em evidência a fertilidade de semelhantes verificações. Elas ensejaram, por um lado, a distinção entre fatores endógenos e causas ambientais em medicina interna^{17a}, a compressão de entidades clínicas como a epilepsia⁹ e, por outro, demonstrar que fenômenos biológicos especiais como a própria gemação dependem de tendência genética^{2, 3a, 17b}. Em nosso cabedal clínico aqui mencionado os dados gemelológicos estão ainda em início e, por isso, nos limitaremos a essas alusões incidentes acima.

Ainda é cedo para avaliarmos objetivamente, mediante as anotações clínicas sobre os consulentes a que hoje aludimos, a eficácia dessa orientação heredobiológica no setor da higiene mental. Entretanto, os resultados até agora consignados nas fichas de revisão nos parecem sugestivos e de molde a justificar algumas considerações a respeito. Restringiremos os comentários às matrículas dos menores porque os fatos aí aparecem com mais nitidez e se reportam a menor número de manifestações clínicas.

Dentre os menores a que correspondem as tabelas 3 e 4, 64 puderam ser revistos satisfatório número de vezes porque matriculados antes de julho: desses, figuram 16 no 1º grupo da tabela 4, 14 no 2º e 34 no 3º. Cotejando as anotações de revisão com as da respectiva ficha clínica inicial obtivemos os dados que resumimos a seguir.

Ao primeiro exame apuráramos a incidência de terror noturno em 17, dos quais 12 no primeiro grupo cronológico, 3 no segundo e 2 no último; havia agitação durante o sono em 10, dos quais, respectivamente, 5, 2 e 3 naquelas categorias de idade; reações de pânico em 6 (respectivamente 3, 2 e 1 quanto à distribuição nos subgrupos); "ausências" psíquicas em 20 (2:4:14), convulsões espontâneas em 17 (5:6:6) e equivalentes diversos, atípicos, em 9 (3:0:6). Em tôdas essas ocorrências concluíramos que o essencial era a medicação tendente a diminuir a excitabilidade do sistema nervoso: empregamos não só os barbitúricos menos tóxicos, em doses pequenas e fracionadas, mas também os derivados hidantoínicos e a fenilpropana, bem como

sedativos preparados com o grupo urêico (bromural e nevanida). Igualmente a medicação nos pareceu fundamental nos 6 consulentes do grupo de 1 ano a 3,5 sujeitos a crises de perda de fôlego, bem como para aqueles dos dois grupos seguintes — respectivamente 1 e 8 — em que diagnosticáramos enxaqueca: para êstes consulentes, da mesma forma que em referência aos adultos, o preparado tri-orto-toloxi-propanadiol (Tolserol) foi de notável eficiência. Em todos os menores incluídos neste parágrafo os exames subsequentes registraram o desaparecimento da condição mórbida em causa.

Em quatro outras ocorrências clínicas foi necessária a atuação medicamentosa, porém, para completar a orientação psicológica ou, melhor dito, psicoagógica para com o ambiente familiar. Foram elas a hiperatividade (em que aquelas subdivisões cronológicas estavam representadas, respectivamente, com 8, 4 e 3 menores na revisão), as reações de “birra” (10:1:0) e, apenas dentro da faixa de 7 a 14 anos, repentes de agressividade em 6 menores e tardo escolar em 9. Dentre os 9 matriculados aqui mencionados, 6 se haviam beneficiado com a ação terapêutica combinada, até a data da última revisão. Com referência a tôdas as restantes rubricas o resultado favorável se assinalou para com a totalidade dos consulentes. A medicação instituída foi, aqui também, dirigida principalmente aos componentes epileptóides, os quais estavam em causa em quase tôdas as instâncias.

Finalmente, consideramos o subgrupo de manifestações em que não havia indicação para prescrições medicamentosas e nas quais a reorientação do ambiente domiciliar e a psicoterapia superficial foram suficientes. Uma e outra, entretanto — convém frisar — se desenvolveram de modo assaz precário devido a vários fatores: o escasso nível cultural, o desconforto e o desamparo econômico do lar proletário em nosso meio — e é de onde provém a maioria dos consulentes — a inviabilidade de psicoterapia individual em ambulatório público do tipo do nosso. Na realidade, a atuação do Serviço em relação a êste grupo de consulentes consistiu antes em explicar aos pais o modo de tratá-los nas diferentes situações de conflito. Por exemplo, entre os que revelavam hiperatividade, ao todo 15 (8 na 1ª categoria cronológica, 4 na 2ª, 3 na 3ª) conforme referimos há pouco, a repressão a todo instante e o excesso de proteção por parte dos pais constituíam o principal fator pelo aspecto ambiental. Na presente rubrica mencionaremos a rebeldia, a timidez, o desajustamento que se traduzia em deficiente aprendizado escolar, a enurese noturna. Com exceção da primeira condição — que abrangia consulentes das três subdivisões de idade (respectivamente na proporção de 1:1:5) e da última, em que havia 1 menor na faixa intermediária — tratava-se aqui de crianças maiores. Pudemos anotar melhora acentuada da timidez em 5 dos 6 consulentes revistos, do contacto com a família e o ambiente escolar em 3 dos 4 que se haviam mostrado desajustados — ao passo que o 4º necessitava do Serviço de Higiene Mental Escolar, para onde o encaminháramos; desapareceu a enurese noturna em 1 dos dois consulentes reexaminados e a rebeldia, antes acentuada, desapareceu ou se atenuou marcadamente nos 7 que haviam figurado inicialmente no item respectivo. Seria prematuro, porém, julgar da estabilidade dos resultados.

Desejamos assinalar, a propósito dessas manifestações clínicas, que não consideramos essencial ai o resultado direto acaso conseguido, mas a oportunidade que oferecem ao Serviço para contactuar com a família do consultente. Esse contacto serve para pôr em evidência, muita vez, a necessidade de examinar, aconselhar pelo prisma eugênico e mesmo medicar a pessoas que nem de leve sentiam que precisassem de semelhante auxilio. E, em regra, uma vez que tomam consciência desses problemas hereditários, tais pessoas procuram conselhos e orientação quanto ao modo pelo qual devem nortear as relações de família e as diferentes questões relativas à natalidade. E — o que julgamos de alcance muito maior — não raro indicam o Serviço a parentes e conhecidos que necessitam de assistência e orientação eugênica pré-matrimoniais.

Esta última, a ministração de conselhos eugênicos pré-nupciais, deve limitar-se a esclarecer os aspectos hereditários da união conjugal em perspectiva, sem se imiscuir em problemas de outra alçada. É necessário deixá-lo bem patente. E assim o fazem, em exposição recente, Gianferrari e Morganti¹: “Fôrça é, pois, repetir que aqui consideramos apenas a consulta eugênica pròpriamente dita, isto é, relativa à prognose da transmissão de doenças hereditárias em senso estrito e entendida como atuação especializada médica, excluída tôda outra atividade consultiva conjugal pré-matrimonial atinente a outras especialidades médicas ou de ordem moral ou jurídica”.

Com êsse espírito procuramos assistir mediante a orientação eugênica os consultentes do Serviço de Higiene Mental nos quais a indagação hereditária evidencia ser ela oportuna. Na grande maioria das vêzes nossos esclarecimentos são mais no sentido de tranqüilizar o entrevistando, pois a apreensão — quase sempre baseada nos preconceitos leigos ou médicos sôbre transmissão hereditária — constitui o motivo principal para a consulta espontânea a nosso Serviço. Assim, a genética humana pode servir à higiene da mente em duplo sentido: mediante o afastamento direto das causas de apreensões e a orientação quanto aos conflitos que originam tensão emocional e insegurança, mas principalmente através da profilaxia eugênica.

Naturalmente, o que temos conseguido — escasso no tocante à qualidade e também quantitativamente — vale apenas como indício de quanto a genética médica poderá realizar quando aplicada ao exame pré-matrimonial. Por sua vez, êste deverá entender-se como medida sistemática — embora nunca coercitiva — e entrosada em atuação preventiva mais ampla, a fim de se tornar eficiente. Assim procuramos¹⁴ caracterizá-lo em 1945: “O exame médico pré-matrimonial deve, pois, a nosso ver, enquadrar-se num tríplice plano de ação eugênica: 1º) educar o público, dando-lhe conhecimentos práticos e acessíveis sôbre a hereditologia humana, esclarecendo-o sôbre a função da família como unidade biológica, econômica e pròpriamente social, guiando-o quanto aos meios eficientes para proteger a caudal biológica da nação; 2º) modificar, mediante a colaboração de grupos médicos pròpriamente clínicos e higienistas, ou de estudiosos da economia social, o nível de vida material e social da população; 3º) agir permanentemente junto aos poderes públicos para que os postulados eugênicos possam entrar em ação mediante

as organizações assistenciais — especialmente em relação à família do alienado — ou a instituição de leis não draconianas, mas, ao contrário, aceitáveis pelo ambiente como proteção real” (pág. 43).

Como é evidente, o referido programa eugênico não poderá ser executado desde já senão quanto à primeira modalidade. Torna-se mister que a opinião pública seja preparada para sentir a necessidade das realizações que dependem dos poderes governamentais. E essa fase preparatória, que envolve ao mesmo tempo assistência médica e esclarecimento, terá de se desenvolver em Serviços como o que temos a nosso cargo, enquanto não haja organizações especialmente dedicadas à pesquisa médica nesse domínio particular. Esperamos que os dados aqui apresentados possam atrair a atenção dos colegas para o setor genético da higiene mental e mostrar a oportunidade de semelhante método de estudo e de ação preventiva.

RESUMO

Nos últimos 25 anos a genética humana tem assumido importância crescente na medicina geral e particularmente em psiquiatria. E, a nosso ver, a higiene mental só se torna eficiente quando norteadada por aquela disciplina. Por ela orientamos nosso Serviço de Higiene Mental no Centro de Saúde de Santana, cujos dados clínicos apresentamos em resumo. Correspondem êles às primeiras 300 matrículas no Serviço, dentre as 317 efetuadas de fevereiro a 15 de julho de 1952*. Frisamos que, embora tais dados sejam coligidos com critério clínico rigoroso, não foram ainda avaliados estatisticamente quanto ao aspecto heredobiológico; portanto, nossas conclusões devem ser encaradas com as devidas reservas.

Todavia, merecem menção algumas ocorrências clínicas aí anotadas. Analisamos hoje apenas o ciclo epileptóide, que se revelou como predominante na linhagem dos consulentes, quer adultos, quer menores. Para os demais ciclos heredológicos ainda não dispomos de dados suficientes. Como indica a tabela 1, as condições clínicas mais freqüentes foram “ausências” psíquicas (32%), irritabilidade (20,6%), enxaqueca (20%), equivalentes comiciais diversos, atípicos (12,6%), hiperemotividade (11%); o diagnóstico de neurose ocorreu 15 vezes, ou seja em 6,9% dos adultos. Os índices relativos são, porém, mais expressivos: entre as 115 consulentes que ultrapassaram a primeira gravidez anotamos aborto espontâneo em 27,8%, parto de natimorto em 13%, parto operatório e eclâmpsia, cada qual, em 3,5%. Duas outras condições merecem relêvo neste grupo especial: parto de prematuro em 9,6% e parto de gêmeos também em 9,6%. O total de 11 pares de gêmeos se reporta a uma série de 325 gestações terminadas**, o que perfaz o índice de 3,4%, quando na população média êste é de 1,2%. A tabela 2 reúne as

* O total de matrículas no Serviço era de 2.060 em 31 de dezembro de 1955.

** A proporção era de 57 partos gemelares — inclusive abortos — correspondentes a 2.018 gestações terminadas, quando da revisão das 512 consulentes desta rubrica, realizada em 30-12-1955. Logo, índice de 2,8%.

manifestações mais freqüentes nos 84 menores, 42 de cada sexo: terror noturno, "ausências" psíquicas, convulsões, hiperatividade, irritabilidade aí predominam. Mas as tabelas 3 e 4 mostram que, no grupo cronológico de 1 ano a 3,5 (22 menores), dominam o terror noturno (71,3%), a hiperatividade (54,5%), as crises de "birra" (54,5%), as convulsões (36,3%); ao passo que, no de 7 a 14 anos, com 39 consulentes, prevalecem as "ausências" psíquicas (43,5%), a irritabilidade (33,3%), a enxaqueca (30,8%), a hiperemotividade (30,8%).

A compreensão heredobiológica desses vários elementos clínicos nos tem permitido orientar melhor a psicoterapia e o reajustamento familiar, bem como recorrer simultaneamente à medicação necessária. A revisão de 64 menores matriculados até fim de junho de 1952 revelou: 1) a psicoagogia foi eficiente quanto à rebeldia, à timidez, ao desajustamento, em parte à enurese noturna; 2) foi mister associar-lhe a medicação nas crises de "birra", no retardo escolar, na agressividade; 3) a simples medicação foi eficaz nas "ausências", no terror noturno, nas reações de pânico, nas convulsões, na perda de fôlego, nos distúrbios durante o sono.

SUMMARY

Human genetic approach to mental health. Data on 300 counselees at the Public Health Clinic of Santana, São Paulo City.

For the last 25 years human genetics has steadily enlarged its place in internal medicine and especially in psychiatry. Mental hygiene, we believe, may only be efficient when oriented by this discipline. That is the line we follow in our Mental Health Service at the Public Health Clinic of Santana district, São Paulo City. This paper summarizes some data concerning the 300 counselees among 317* seen there from February through July 15, 1952. Even though such data were obtained under close clinical criterion, they have not been statistically evaluated as regards heredobiological aspects: therefore, our conclusions must be taken as provisional. However, some of the recorded findings seem to deserve discussion.

Table 1 shows that most frequent conditions met with were: petit mal attacks (32 per cent), irritability (20.6 per cent), headache (20 per cent), atypical epileptic equivalents (12.6 per cent), hyperemotivity (11 per cent); neurosis was diagnosed 15 instances, i.e., in 6.9 per cent of the adults. Relative frequency rates are, however, more illustrative: out of 115 women who had completed at least one pregnancy, 27.8 per cent had miscarried, 13 per cent produced stillbirths, 3.5 per cent suffered eclampsia, 3.5 per cent had surgical delivery. Twin maternities were 11 in number, representing 3.4 per cent of a series of 325 confinements**, as compared to 1.2 per cent in the

* Last total of counselees, by December 31, 1955, was 2,060.

** The combined number of twin couples, alive or stillborn, raised to 57 over a total of 2,018 completed pregnancies, corresponding to the 512 mothers comprised in this rubric and reported for follow-up by 12-30, 1955. Hence, the rate of 2.8 per cent.

average population. Table 2 lists clinical entries for the 84 children of this material, 42 of each sex: night terror, petit mal attacks, seizures, hyperactivity, irritability, were the leading ones. As shown in Tables 3 and 4, for the age range 1-3.5 years (with 22 children), we recorded night terror in 71.5 per cent, hyperactivity in 54.5 per cent, temper tantrums in 54.5 per cent, seizures in 36.3 per cent; and for that of 7-14 years, assembling 39 children, chief disturbances were petit mal (43.5 per cent), irritability (33.3 per cent), headache (30.8 per cent), hyperemotivity (30.8 per cent).

The heredological meaning of the above clinical data has helped us in the selection for psychoterapy and home adjustment, as well as to institute the proper medication when needed. A follow-up of 64 children enrolled up to June 1952 disclosed that (1) psychological reorientation was efficient for obstinacy, shyness, maladjustment, enuresis; (2) it was needed to supplement it with medication in temper tantrums, retardation in school, aggressivity; (3) medication alone was enough for petit mal, night terror, panicky reactions, seizures, breathholding spells, sleep disturbances.

BIBLIOGRAFIA

1. CAULLERY, M. — Les Conceptions Modernes de l'Hérédité. Flammarion, Paris, 1947.
2. DAHLBERG, G. — Die Tendenz zur Zwillingsgeburt. *Acta Genet. Med. Gemellol.*, 1:80, 1952.
3. GEDDA, L. — a) *Studio dei Gemelli*. *Orizzonte Medico*, Roma, 1951; b) *Genetica, Medicina e Costituzione*. *Acta Genet. Med. Gemellol.*, 1:1, 1952.
4. GIANFERRARI, L.; MORGANTI, G. — *Apunti per una organizzazione eugenica in Italia*. *Acta Genet. Med. Gemellol.*, 1:212, 1952.
5. KALLMANN, F. J. — a) *Twin studies in relation to adjustive problems in man*. *Tr. New York Acad. Sc.*, 13:270, 1951; b) *The genetics of psychoses; an analysis of 1,232 index families*. *Congr. Internat. Psychiat.* Edit. Hermann, Paris, 1951.
6. KALLMANN, F. J.; ANASTASIO, M. A. — *Twin studies on the psychopathology of suicide*. *J. Heredity*, 37:171, 1946.
7. KEMP, T. — *The frequency of diseases affected by heredity in Denmark*. *Cold Spring Harbor Symp. Biology*, 15:129, 1950.
8. KLEIST, K. — *Über zyklische, paranoide und epileptische Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen*. *Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiat.*, 23:3, 1928.
9. LENNOX, W. G. — *The heredity of epilepsy as told by relatives and twins*. *J.A.M.A.*, 146:529, 1951.
10. MAYER, C. F. — *Sextuplets and higher multiparous births*. *Acta Genet. Med. Gemellol.*, 1:118, 1952 e 1:242, 1952.
11. MULLER, H. J. — *Our load of mutations*. *Am. J. Human Genetics*, 2:111, 1950.
12. OSBORN, F. — *Preface to Eugenics*. Harper & Brothers, Nova York, 1951.
13. SCHULZ, B. — *Methodik der medizinischen Erbforschung*. G. Thieme, Leipzig, 1936.
14. SILVEIRA, A. — *O exame médico pré-nupcial pelo prisma da eugenia*. *Rev. Bras. Med. Públ.*, 1:39, 1945.
15. SNYDER, L. H. — a) *Medical Genetics*. Duke Univ. Press, Durham, 1941; b) *Old and new pathways in human genetics*. *Am. J. Human Genet.*, 3:1, 1951.
16. STOCK, P. — *Recent statistics of multiple births in England and Wales*. *Acta Genet. Med. Gemellol.*, 1:8, 1952.
17. VERSCHUER, O. von — a) *Erbpathologie*. Steinkopff, Dresden, 1934; b) *Ein altes und ein neues Problem der Zwillingsforschung*. *Acta Genet. Med. Gemellol.*, 1:180, 1952.