

JANEIRO  
FEVEREIRO  
E MARÇO  
DE 1965

PUBLICAÇÃO MENSAL

# Estudos

Série M

N.º 2

Esta série, que é distribuída aos Médicos, tem tido grande aceitação. Pedimos aos Ex.<sup>mos</sup> Médicos que a queiram receber, regularmente, o favor de nos fazerem a respectiva comunicação.

## Psicologia e educação

v

COMO CONSTRUIR O FUTURO DA JUVENTUDE?

Os problemas educativos da família e a colaboração que o médico lhes pode dar

O DIFÍCIL PROBLEMA DA EVOLUÇÃO DO PERÍODO DA PUBERDADE PARA O DE ADULTO

AS AUTO-INTOXICAÇÕES INTESTINAIS

AS PERTURBAÇÕES PSÍQUICAS DAS CRIANÇAS

Dificuldades na sua educação para construir futuros cidadãos úteis a si e à Sociedade

AS DIVERSAS ANEMIAS

PUBLICAÇÃO MENSAL

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTONIO J. LEITE SARAGAMO

Redacção e Administração — RUA DOMINGOS SEQUEIRA, 11, 5.º E. — LISBOA

Composição e Impressão: Soc. Ind. Gráfica — Rua de Campolide, 133-B — LISBOA

Sala           
Est.           
Tab.           
N.º

*Propriedades que indicam a*

## **RALENTA**

*como a sulfamida mais preferível nas infecções*

- a) — Absorção rápida
- b) — Difusão fácil
- c) — Níveis elevados e persistentes no plasma
- d) — Eliminação urinária, muito lenta
- e) — Dosagem eficaz muito baixa
- f) — Toxicidade muito reduzida

Prepara-se em **comprimidos** a 0,5 gr. (em tubos de 5, 10 e 20 comprimidos) e em **suspensão oral** a 5 gr. por cento (em frs. de 25 e 50 cc.)

**Posologia:** — **Comprimidos:** — 2 comprimidos inicialmente seguidos de 1 comprimido por dia. — **Crianças,** 3 a 4 centígr. por quilo de peso. Dose de manutenção: - Metade da dose inicial.

**Suspensão:** — **Adultos,** 1 gr., seguidos 12 horas depois por 0,50 gr. de 24 em 24 horas. **Crianças,** 3 a 4 centígr. por kg. e 12 horas depois, 1,5 a 2 centígr. em 24 horas.

**O DIASPASYL combate todos os estados espasmódicos (dor, cólicas ováricas, abdominais, etc.); é em especial eficaz no pós-operatório.**

Director e Proprietário — Dr. HUMBERTO DE MENEZES

Editor — ANTONIO J. LEITE SARAMAGO

Redacção e Administração — RUA DOMINGOS SEQUEIRA, 11, 5.º E. — LISBOA

Composição e Impressão: Soc. Ind. Gráfica — Rua de Campolide, 133-B — LISBOA

## Psicologia e Educação

### VI

#### COMO CONSTRUIR O FUTURO DA JUVENTUDE?

##### Os problemas educativos da família e a colaboração que o médico lhes pode dar

É este um problema que vamos desenvolver em alguns artigos, pois pela sua actualidade e extensão não é possível completá-lo em um único número.

A sua importância é tal que, além de ser tratado em vários países, foi em França ultimamente estudado e desenvolvido pelo Dr. Mr. Mathis, em um artigo publicado no n.º 1 de 1965 da «Semaine Medicale», de Paris e que é muito interessante ser conhecido em Portugal, onde os problemas educativos estão a tomar grande relevo.

Por isso, com a devida vénia para a «Semaine Medicale», vamos referir-nos a esse estudo, transcrevendo alguns capítulos.

Mr. Mathis diz que uma das orientações no futuro exercício da Medicina e no seu papel educativo é a evolução das terapêuticas psico-somáticas nos problemas da conduta humana. As pressões sociais crescentes sobre o indivíduo, dão origem a conflitos de ordem moral com repercussões frequentes sobre o comportamento e futuro familiar e social da pessoa.

Estes problemas individuais atingem por vezes toda a família e, por isso, deve considerar-se o médico como o conselheiro da família, nos seus problemas humanos.

Às vezes ele junta ao conhecimento psicológico de todos os membros da família, a sua experiência de pai de família. O seu papel é sem-



pre benéfico, sobretudo quando contribui para procurar as razões do conflito e actua sobre a acção da harmonia conjugal e da solidariedade dos pais na educação; os próprios filhos, quando sentem a acção coordenadora do médico, recebem melhor a sua intervenção e passam a cooperar gostosamente na sua orientação, ouvindo atentamente os seus conselhos.

Porém, para poder actuar com bons resultados é indispensável que ele conheça bem as particularidades principais da família e faça uma boa análise prévia, de todos os seus aspectos.

#### Aspectos sociológicos:

A *família* que é uma instituição tão velha como o género humano, foi-se desenvolvendo sempre mais ou menos normalmente, segundo os hábitos adquiridos, numa vegetação semi-consciente.

Os problemas que estão a sobrevir em série progressiva, quer de educação, de sistemas sociais, etc., não são de «origem interna», isto é, provenientes da orientação do chefe da família, mas sim de origem externa, política e social, novas vagas de orientação, etc., que não só desorientam a juventude, mas igualmente os pais e se reflectem no equilíbrio da família, a quem muitas vezes desorganiza. As descobertas da ciência e o seu conhecimento, sendo por um lado factor de progresso, produzem igualmente grandes abalos no desenvolvimento clássico da educação familiar.

A família é o produto de uma evolução que vai, desde as influências antigas, do *direito romano*, (posto novamente em evidência por Napoleão), do Cristianismo, da influência dos filósofos do séc. XVIII até às instituições modernas (divórcio, direitos da criança e da mulher, revalorização da família, etc.), tendo sempre em conta a influência do meio geográfico e histórico na sua evolução.

Por outro lado, na maior parte das civilizações, a família evoluciona do tipo primitivo para o tipo da *família-tribo*, ligada indissolúvelmente à terra ou a um artesanato, em que o pai é o patriarca e o gerente da exploração familiar; os laços pessoais são sobretudo subordinados ao respeito pelos antepassados. É curioso o facto que se dá, depois de um período de evolução demorado, a organização da família parece retrogradar porque volta ao tipo primitivo, ainda que com uma estrutura actualizada; a família primitiva que era constituída apenas pelos pais e pelos filhos, unida e fixa, torna-se móvel e mesmo frágil; os laços são baseados, mais nos sentimentos recíprocos que no juridismo internacional; a hierarquia passa a ser menos evidente.

A situação e os ritmos da vida quotidiana evolucionam igualmente; o problema da habitação, torna-se grave em todos os países, sem que tenha tido uma solução satisfatória. As famílias são alojadas de uma

maneira anti-familiar, «bairros de lata», barracas improvisadas ou partes de casa em que vivem acumulados, pais, filhos e irmãos em uma promiscuidade desorganizadora, ou em casas ou bairros especiais em que apesar do esforço real em os organizar, não correspondem a todas as necessidades humanas, sobretudo pela sua pequenez (alojamentos de 2 a 3 pessoas por divisão); quando a superfície por pessoa é inferior a 8 metros quadrados ou quando a sala é ocupada por mais de 2 pessoas, sobrevêm inevitavelmente perturbações nervosas, tanto nos filhos, como nos pais; às vezes a educação moral é fortemente atingida.

O *trabalho dos pais* modifica-se. O pai perde muitas horas na sua deslocação entre a casa e o local do trabalho; as horas de trabalho não correspondem às horas convenientes das refeições familiares e muitas vezes estas não podem fazer-se em casa mas sim nos locais de trabalho. O *trabalho da mulher* transforma o modo de vida normal em certos meios e não lhes permite a sua presença no meio familiar com a persistência necessária; isto sucede mesmo nas classes mais abastadas, em que as mulheres são professoras, funcionárias do estado ou de empregos privados, etc.; às vezes mesmo, estas ocupações são o pretexto para fugir das preocupações da vida familiar, para *não aturar* o marido ou os filhos, atraídas por outros interesses.

A valorização social da mulher contribui para diminuir a proeminência da situação do homem na família, o que se reflecte possivelmente sobre a educação dos filhos.

As *migrações*, de que não estão ainda totalmente estudadas as repercussões psicológicas, afectam em massa certos meios (serviço militar, emigração para outros países, efeitos dos repatriados na convivência no seu meio antigo), criam um abalo sério na vida familiar; o isolamento consecutivo à partida da pessoa para fora da família e à sua vida em outro meio, às vezes muito diferente, favorece o gosto exagerado por outros prazeres, pelo alcoolismo e para as aventuras sexuais e, nos adolescentes, para um desejo de libertação prematuro.

Os *entretimentos*, fora do trabalho, tornam-se em uma verdadeira actividade social, talvez porque exprimem, além da sua significação normal, uma afirmação da sua liberdade pessoal em relação com as obrigações inerentes à família, ao trabalho e às organizações colectivas. Estes entretenimentos ou prazeres atacam fundamentalmente a vida familiar. No entanto devemos ser justos, dizendo que muitos deles são valores positivos (conferências, televisão, desportos, espectáculos, etc.).

Os meios de difusão, como o cinema, a televisão e a imprensa, acentuam os movimentos de opinião, que às vezes são contraditórios nos elementos da família, o que é inevitável, mas a sua discussão em família, consegue esclarecer e amenisar alguns problemas resultantes de opiniões dos que só vêm um dos aspectos do problema.

A *demografia* mostra que o aumento dos nascimentos e a diminuição da mortalidade produzem um rejuvenescimento da população; aumenta o desejo de progressão dos jovens para entrarem na vida social e profissional dos adultos; por outro lado, os adultos têm tendência para reagir, não se interessando pelas organizações socio-educativas e multiplicando às vezes as barragens de separação com a juventude; quando isto sucede, desenvolvem-se nos jovens, perturbações psíquicas, que vão desde a ansiedade até à agressividade.

Este quadro é progressivamente inquietante nas relações entre os estudantes, masculinos ou femininos e as respectivas famílias.

Por fim, aumenta a mobilidade social; passa-se mais facilmente da mentalidade do jovem para a do adulto e de uma situação na vida para outra, em meios sociais e educações diferentes; tudo isto provoca tensões e choques.

Cria-se assim — e este estudo interessa particularmente os médicos — uma deslocação dos problemas e flagelos sociais, *do exterior para o interior*. As epidemias fisiológicas tendem a desaparecer, para dar lugar às *epidemias psíquicas*, com o alcoolismo, os acidentes de automóvel, desportivos, as nevroses sociais e as nevroses familiares e escolares, que por vezes se reflectem nos professores, pois perturbam as regras clássicas da educação.

Estes problemas traduzem as dificuldades do indivíduo, em passar de um mundo estável e ordenado com rigor para um mundo em transformação, concorrencial, que exige uma combatividade, sempre activa e vigilante. Ganham assim importância os problemas da psiquiatria e da psicossomática, tão frequentes nesta sociedade de formação moral e psicológica flutuante.

#### Aspectos psicológicos:

A «família», considerada como um grupo ligado por sentimentos e interesses comuns, é caracterizada por:

a) **Funções** — As suas funções são baseadas no fim que esta instituição tem no quadro das estruturas sociais e variam segundo as épocas. Actualmente estas funções são biológicas, protectoras, económicas, socio-culturais, afectivas e espirituais (*Stretzel*).

---

#### PENSAMENTOS

★ ★ ★ — A amizade, para muitos, é um contrato, pelo qual nós nos comprometemos a prestar pequenos serviços a alguém, afim de que ele nos possa pagar com grandes serviços (*Montesquieu*)

★ ★ ★ — Toda a gente pode simpatizar com os sofrimentos de um amigo; mas, para se simpatizar com os seus sucessos é necessário um temperamento muito delicado (*Oscar Wilde*)

★ ★ ★ — O «drama da velhice» não é envelhecer; é continuar a pensar que se é jovem (*Oscar Wilde*)

Cada membro da família desempenha a sua função, de uma maneira pessoal, original, em um jogo de relações recíprocas, que desempenha em um plano consciente e, simultaneamente inconsciente; assim, cada pai é pai à sua maneira e diferente dos outros pais.

b) **Necessidades** — Depois de definidas as funções, seguem-se os móveis profundos da acção necessários para as satisfazer. *Chombart de Lauve*; distingue as *necessidades-obrigações*, ligadas ao sector da vida (economia, tempo e lugar, segurança) das *necessidades-aspirações*, ligadas à consciência das nossas funções (harmonia, instrução, comunicação, cumprimento). A satisfação das necessidades é o ponto de partida de toda a acção social e educativa na família.

c) **Valores** — Noções intelectuais formadas pelos nossos desejos e nossos sentimentos e ainda pela fé com que nos dedicamos a elas. São estas noções que orientam a nossa acção, realizando actos morais; o seu conjunto constitui uma «ética». Na família contemporânea a formação da *ética* pessoal está sujeita a tensões muito inquietantes, que é necessário vencer.

A psicologia moderna tem enriquecido o conhecimento das funções que cada um exerce na família. Cada um de nós, é pai, filho ou irmão, do que só tem a noção a seguir a experiências e conhecimentos pessoais que principiam desde os primeiros dias da nossa existência. Os acontecimentos deixam as suas impressões no nosso inconsciente e edificam em nós uma vida afectiva complexa. Os nossos pais, especialmente a nossa mãe, são prototipos para cada um de nós, imagens que mergulham no nosso consciente; são elas que orientam profundamente as nossas condutas; assim, nós identificamo-nos com os nossos pais e ficamos assim colocados na situação de *progredir*.

Os pais constituem também a imagem de um casal que venceu, mais ou menos, o seu destino. Cada um de nós desempenha o seu lugar de membro da família, em função das identificações que se foram constituindo na sua pessoa, contra as quais poderá reagir se elas não são satisfatórias, mas não sem um certo mal estar. Da mesma maneira como nos identificamos com os nossos ascendentes, nos projectamos nos nossos filhos. Queremos que eles sejam fiéis a um certo modelo familiar ou cultural. A «identificação» e a «projectação» são os motores poderosos e não forçadamente conscientes da educação dada aos filhos.

Reconhecem-se no pai, as funções de segurança, de autoridade e de comunhão de interesses com o filho. Na prática, o papel paterno não corresponde sempre a estes deveres e funções; o sentimento paterno só nasce com a presença do filho e encontra diversos obstáculos ao seu desenvolvimento, entre os quais o «conflito edipiano» mal resolvido, em que o pai tende mais a ficar «filho» do que a tornar-se pai, o que leva a uma valorização do papel da mãe. A mulher, de quem a função maternal é a de amamentar, proteger e amar, viu o sentimento maternal desen-

volver-se muito cedo, ainda muito antes da puberdade. Sabe-se quanto este sentimento é forte desde criança, sobretudo quando as suas relações afectivas não estão equilibradas; a criança, de que se conhece as necessidades fundamentais de segurança, de ternura e de ordem, sofre as influências subtis das pessoas com quem vive e reage, de maneiras diferentes, nos seus diversos períodos críticos (aos 3 anos, à entrada na escola e na adolescência). Vai assim tomar lugares em novos grupos em que a posição social, o dinamismo individual e a atitude dos pais exercem influências diversas, que a influenciam.

Em resultado, cria no seu grupo familiar uma psicologia interpersonal complexa. Fica sujeita a um *dinamismo evolutivo* sobre as «estruturas» (hábitos de vida, solidariedade, relações intensas com terceiros) e «destruturas» (tensões, conflitos, ausências, mudanças de meio), que têm grande influência sobre a maturação progressiva das relações entre os pais e os filhos e sobre os problemas criados pela vida (amor, profissão, serviço militar dos filhos, reforma dos pais, nascimento dos netos, etc.).

A *vida familiar* está articulada também com a *vida social*; ela é influenciada por esta, de uma maneira que às vezes a perturba (diversões, grupos desportivos, escola, profissão); pode ser fechada ou aberta à vida social e assim defender-se até à esclerose ou destruição, ou pode diluir-se até à dissolução.

Basta a exposição de um sector do problema para se verificar a sua importância. Como não é possível desenvolvê-lo todo em um artigo apenas, o que seria muito longo, trataremos em outros artigos, dos aspectos e dos erros educativos; estabeleceremos depois um esboço sobre uma pedagogia familiar e sobre educação dos pais e, em capítulo à parte, referir-nos-emos ao papel educativo do médico na colaboração com a família. Continuaremos o estudo deste problema com artigos sobre os «Erros de educação», «Esboço de uma pedagogia familiar», «Educação dos pais», terminando pelo «Papel educativo do médico».

---

### CURIOSIDADES

**Contra as grávidas**—A comissão do Pessoal, do Condado de Ventura (Califórnia), acaba de tomar a decisão, por 4 votos contra 0 e uma abstenção, de que «As mulheres funcionárias não poderão ter, para o futuro, licenças de gravidez».

**Razões**:—A gravidez é uma doença, a não ser, juntou um dos comissários, que os interessados possam «provar que a sua gravidez é um acidente». O comissário que se absteve, declarou:—«Eu abstenho-me porque não conheço suficientemente o problema. Tenho 2 gatos e 1 cão e nunca tive filhos».

**Máscara anti-gripal**—Esta máscara que há muito é usada no Japão, passou a ser obrigatória, para defesa dos outros, em vários escritórios no Hannover.



## O DIFÍCIL PROBLEMA DA EVOLUÇÃO DO PERÍODO DA PUBERDADE PARA O DE ADULTO

Já em vários artigos nos temos referido à transformação psicológica que acompanha a transformação orgânica no período de transição das idades. Como este problema foi muito bem tratado e desenvolvido em um artigo do Sr. Professor Barahona Fernandes, no Boletim do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira «A Criança Portuguesa» (Ano XXI), tomamos a liberdade, com a devida vênia, de transcrever algumas opiniões e conclusões ali exaradas:

Referindo-se aos «caracteres da adolescência», *Spranger* na sua «*Psychologie des Jungersdalters*», caracteriza a época da juventude por três novas organizações anímicas:

- a) a descoberta do Eu;
- b) a formação progressiva de um plano de vida;
- c) o desenvolvimento da personalidade nas diferentes formas de vida.

Desde que a criança descobriu o *Eu*, tomou a consciência que é um *Ser*; depois dá-se um movimento de viragem para dentro de si (*reflexão*) e, conseqüentemente, a *tomada de consciência*; segue-se o período de *autonomia*; experimenta e tenta várias modalidades da existência, avançando, em contradições, no âmbito de *fantasia, da erótica, da sexualidade, da vida social* e nos valores *éticos, religiosos, jurídicos e políticos*.

O jovem liberta-se das prisões afectivas da infância e começa a estabelecer novas ligações sentimentais e a desenvolver novos valores. Ao mesmo tempo vai ultrapassando o pensar concreto e começa a mover-se na abstracção do pensamento formal e lógico e a ter opiniões próprias muitas vezes excessivamente radicais.

A mesma facilidade de movimentos psíquicos se evidencia na vida social — movimentos que geralmente são tomados como inconseqüentes pelos adultos; — o jovem ora age como «crescido», ora como «criança»... Esta primeira fase vai-se já organizando no sentido de encontrar uma nova ordem de valores, atitudes e convicções, que o liberte dos que lhes foram ditados pelos mais velhos... — É uma fase difícil, de ambivalência de atitudes, em que se duvida da própria orientação, em que os *inteligentes* evoluem melhor e os menos inteligentes, mais teimosos, têm mais dificuldades.

Esta tendência continua a acentuar-se e procura realizar-se em uma «segunda fase», por *uma nova orientação na vida e no mundo*. Se o jovem não é desviado para a sexualidade precoce, ou deformado por outros prazeres ou interesses (comerciais, desportivos, etc. ...) propende então para «arroubamentos», e «ideais», dependentes da época

e contexto sociológico em que vive, que no fundo são semelhantes em todas as gerações (*Thomae*). Brotam então subtis *sentimentos, entusiasmos, empolgamentos* de toda a sorte, em relação com valores pessoais e espirituais, desde o *amor, até à religião, à política, à filosofia, etc.*

Seria conveniente que este período fosse detalhadamente estudado pelos pais, educadores e as autoridades que têm o mister de organizar a ordem social, para sua melhor compreensão.

Na *terceira fase*, já em plena *maturação*, o jovem volta-se de novo «para fora» — mas já num plano diferente do da criança e da idade escolar — *vira-se para o real*, para o trabalho profissional, para o estudo aplicado e para outras missões que tenha decidido realizar ou de que o encarreguem.

Os ideais da vida no mundo que tinha realizado na fase anterior, são então corrigidos pela *realidade*. O *jovem tenta a sua própria forma de vida*, a afirmação de si mesmo, no âmbito dos valores que escolheu e que pôde efectivar.

*Ch. Bühler*, na «La vida psíquica del adolescente» descreve a fase dos 14 aos 19 anos, como *adolescência*, precedida da fase *pre-puberal*, mas que entende que se pode prolongar até aos 26 anos. Admite a «fase negativa», especialmente acentuada nas raparigas — em conflito com o ambiente familiar — o ódio e o desprezo pelos pais e as dúvidas sobre si mesmo. O jovem torna-se então isolado, inquieto, *tentando dar relevância ao Eu e buscando a liberdade pessoal*. A evolução seguinte do adolescente faz-se em maior expansibilidade, no *sentido social*, na *curiosidade sexual*, na *luta com as proibições dos costumes e educação*, na *procura do amor* e em realizações de ordem valorativa, com *participação total da sua personalidade*.

É na adolescência que se exerce a transformação dos *valores religiosos e éticos*. Manifestam-se então tendências contraditórias: — por um lado, a necessidade subjectiva de um Deus e, por outro, a luta do intellecto contra essa necessidade. Os problemas do «crer» e «saber» vão-se transformando em um problema ideológico que, por vezes, se vira bruscamente da religião para a filosofia ou para a política.

A herança e o ambiente têm grande influência sobre a evolução do adolescente; na evolução do *realismo da infância* para a *fantasia do jovem* tem muita influência a educação e as condições de vida.

A consciência do «Eu» é o sustentáculo dos *actos voluntários, responsáveis e independentes*. Segundo os estudos de *Ch. Bühler*, a aprendizagem dos estilos de vida e os primeiros esforços de independência começam muito precocemente, dos 2 aos 4 anos, mas a autonomia destas noções só se inicia dos 4 aos 8 anos e as tentativas de confrontação e auto-avaliação em relação aos outros e à sociedade, dos 8 aos 12 anos; a sua execução plena e livre processa-se dos 12 aos 18 anos e só então constitui o «Espírito-pessoal».

Passa-se a adquirir uma qualidade *nova* para decidir sobre os seus actos, para escolher o seu papel na sociedade e para assumir «atitudes» e tomar «actividades» pelas quais o indivíduo é responsável; por isso terá a possibilidade de *fazer e criar*, por sua própria decisão estas mesmas capacidades. Mas outra coisa é o *torná-lo responsável* pelo facto de, em certas circunstâncias, em especial no âmbito do *delito*, não ter ele mesmo favorecido ou criado essas qualidades, ou não se ter corrigido a tempo da sua falta ou desvio. Este assunto tem hoje uma grande agudeza porque, em primeiro lugar os jovens estão sendo sujeitos a uma grande pressão de propaganda política vinda do exterior, pela qual julgam proceder *voluntariamente e independentemente e com inteira responsabilidade*, quando são *guiados por sugestão*, mostrando-se contentes com as «responsabilidades» que tomam, que para eles são uma afirmação da sua *independência e personalidade*, quando de facto actuam *passivamente*, mas com *inteira responsabilidade jurídica* que os outros, os que os suggestionaram, nunca tomam, pois lhe *endossaram* a execução e os actos externos, com os perigos respectivos.

*Filosóficamente*, podemos dissertar sobre o que é «culpa», pois na determinação do delito, influíram *muito* a educação e a herança e *multíssimo* a doutrinação dos outros; mas *juridicamente*, não se pode fugir à responsabilidade e respectivas penalidades. Sabemos mesmo que muitos países deploram as penas que têm de aplicar, mas fazem-no não só por obedecer às disposições da lei, mas sobretudo para evitar tanto quanto possível, os efeitos da propaganda anti-social vinda do exterior, e extensiva a outros amigos e camaradas, que é altamente nociva e faz correr riscos grandes; alguns rapazes têm já o seu futuro irremediavelmente comprometido por esta prejudicial propaganda que os suggestionou e os fez praticar actos contra a lei e contra a segurança da sociedade.

A neo-formação do Espírito pessoal dá à *psicopatologia da adolescência* um cunho particular.

Muitas formas de reacção vivencial anormal, em especial as reacções e conflitos interiores (reacções *sensitivas, expansivas, reivindicadoras*, etc.) só são possíveis, a partir da adolescência, com a entrada do indivíduo no *período da maturação*; mesmo nessas idades são raras e menos bem organizadas; falta-lhes ainda a rigidez e a estabilidade de certas formas do carácter dos adultos, em que muitas delas tomam carácter definitivo.

É exactamente do contraste conflictivo entre as tendências infantis, ainda não resolvidas nem amadurecidas, e as novas aquisições do Espírito pessoal (sentimentos éticos, sociais e outros mais evoluídos) que brotam *muitas reacções neuróticas da adolescência* e, mais tarde, dos adultos. A própria situação da adolescência é, por si mesma, um «*conflito*» e fonte de muitas reacções anormais. Não há só a *mutação puberal* dos instintos, como diz *Kretschner*, mas também toda a *mutação anímica*

## ESTUDOS

*superior* com as novas aquisições do «Espírito pessoal» (valores morais, religiosos, sociais, jurídicos, estéticos, nova situação educativa, familiar, profissional, etc.) que são fontes muito frequentes de manifestações neuróticas e condutas anormais.

Pelo estudo do problema que expusemos podemos chegar às seguintes conclusões:

Torna-se claro que os propósitos geralmente aceites da educação e formação da juventude se norteiam no sentido da melhor e mais harmónica constituição do «Espírito pessoal».

O tratamento psicoterápico, por métodos evoluídos, só se torna possível a partir da adolescência. É necessário que se tenha a maior atenção na evolução dos jovens, auxiliando-os; é vulgar, quando se não está de acordo com a sua maneira de pensar ou de actuar, contrariar, discutir ou castigar, desejando impor as opiniões de adulto e principalmente a autoridade de pai; é um caminho errado; o que se deve é actuar, aconselhando e, *sobretudo* esclarecendo.

Para alcançar a recuperação dos doentes (excitados, oposicionistas permanentes) e dos anormais, deve começar-se pelo emprego de tranquilizantes, de choques e por mecanismos psicológicos, mas cabe ao educador ou ao psicólogo, o papel de processar a *re-humanização*, de *re-orientar* a actividade consciente e readquirir e reafirmar os valores pessoais e sociais do indivíduo até à melhor readaptação e reintegração do ambiente socio-cultural, procurando harmonizar o «Espírito-pessoal» com o «Espírito-objectivo». É este o sentido dos progressos da Assistência e da Saúde Mental (1).

---

(1) Para aprofundar este estudo é conveniente ler os trabalhos do Sr. Professor Barahona Fernandes: — «Higiene Mental», Portugal-Médico, 1963 e «Os limites da Higiene Mental e Higiene do Espírito na Criança Portuguesa», 1960.

### CURIOSIDADES

Segundo *van der Lean* a acção do sol sobre a pele comporta-se de várias maneiras: — A primeira, geralmente mais conhecida e mais intensa é a acção dos raios ultra-violeta de um comprimento de onda de 3000 A, que têm acção sobre a epiderme; a segunda, de raios com comprimentos de onda de 2500 A, que atacam a pele mais profundamente até à derme.

O *Dr. M. A. Pathak*, de Harvard, fez estudos que mostraram que estes raios ultra-violetas libertam *electrons* sobre a pele, quando a irradiação ultra-violeta oscila de 2900 a 3100 A. Pensa-se que a melanina é capaz de captar estes *electrons* excitados pela luz e provocar as manchas.

No n.º 29 da 3.ª série dos «Estudos» já tratámos da «Hiperpigmentação da pele», transcrevendo um artigo do *Journal of American Medical Association*, em que nos referimos e indicámos o tratamento das manchas; mais tarde, publicámos no n.º 6 da 4.ª série, o resumo de um colóquio entre médicos, acerca do mesmo problema, em que foi posta em evidência a acção da Coralva no tratamento da despigmentação destas manchas (*sardas, lentigo, manchas mais ou menos grandes*), que se consegue com o Coralva a 20% e, quando produz irritação da pele, pelo Coralva a 5%.

## AS AUTO-INTOXICAÇÕES INTESTINAIS PROFILAXIA E TRATAMENTO

Dá-se o nome de *auto-intoxicações intestinais* ao conjunto de perturbações mórbidas causadas pelas alterações da digestão intestinal.

Já são hoje bem conhecidas as alterações que estas auto-intoxicações intestinais produzem nos vários órgãos e aparelhos, alterando-os e desgastando-os precocemente, principalmente nos rins, no fígado, na pele, etc., bem como as perturbações funcionais da nutrição, e do sistema nervoso provocadas pelo mau funcionamento daqueles órgãos e se os estudos não puderam ainda isolar todos os venenos que se formam nos intestinos e de definir qual é o papel de destruição que pertence a cada um deles, sabe-se que o resultado geral é a ruína de alguns órgãos e a velhice precoce. Já *Metchnikoff* afirmava que «o melhor meio de prolongar a vida é evitar a velhice precoce», combatendo a formação daquelas toxinas».

Foi *Senator* em 1868, quem primeiro chamou a atenção para as «intoxicações cuja causa reside nos intestinos» e mais tarde, foi *Bouchar* que fez os primeiros estudos desenvolvidos sobre a auto-intoxicação, mas mais tarde, ainda com a descoberta da acção dos bacilos lácticos, foi *Metchnikoff*, quem aconselhou a combater de uma forma eficaz a auto-intoxicação. Já no n.º 12 da 4.ª série, desenvolvemos este problema. Na época actual há famílias onde desde criança se combate a auto-intoxicação intestinal; as observações feitas já em milhares de pessoas, mostram como elas conseguiram uma vida saudável, afastando para muito tarde os primeiros sintomas de decadência dos seus órgãos principais. Vamos estudar os processos que originam a *auto-intoxicação intestinal*.

**Processo químico e microbiano da auto-intoxicação** — No estado normal, existem micróbios, em quantidade enorme, nos intestinos; alcalóides vegetais são fabricados no intestino, reabsorvidos e depois transportados pelo sangue e eliminados pela urina; isto verificou-se com a descoberta das ptomainas nas matérias fecais (*Bouchar*), pelo estudo da toxidez urinária e das suas variações em relação com a toxidez do conteúdo intestinal e principalmente pelo estudo da flora intestinal.

Como dissemos em artigos anteriores, a digestão intestinal resulta simultaneamente da função dos enzimas e da função microbiana. Sem descrevermos detalhadamente o papel respectivo dos diferentes fermentos digestivos, a pepsina, tripsina, pancreatina, etc., notemos que, em geral, as enzimas transformam o amido em açúcar, emulsionam as gorduras para que estas possam ser assimiladas, transformam as albuminas em peptonas e em corpos cristalizados e que estas acções são devidas aos micróbios intestinais que não só concorrem para o acto digestivo, mas são ainda agentes de fermentações que se produzem à custa dos

hidrocarbonados e, sobretudo, das albuminas e das gorduras e que dão origem à formação de gases (hidrogénio sulfurado, etc.), de ácidos (lático, butírico, etc.) e de substâncias aromáticas (ptomainas). A digestão é pois uma função resultante de actos digestivos pròpriamente ditos e de fermentações, que é impossível dissociar.

As transformações das matérias albuminóides, são as mais conhecidas; a pepsina, com as albumoses e o amoníaco pode formar corpos cristalizados; a tripsina dissocia as peptonas em corpos cristalizados básicos (lisina, arginina, histidina) e em corpos cristalizados da série aromática (tirosina, fenilamina, indolanina, etc.) e da série gorda (leucina, glicocola, alanina, ácidos glutamínico, aspástico, amido-valerianico, etc.), isto é, corpos cristalizados.

Os micróbios, ao ar livre e nos intestinos, dão lugar a produtos de putrefacção análogos aos produzidos pelas enzimas. A putrefacção albuminosa só se produz geralmente no intestino grosso, em que a reacção é alcalina; no intestino delgado, onde a reacção é ácida, não se encontram nem substâncias aromáticas nem ptomainas; parece que os ácidos paralisam a acção dos micróbios e impedem a putrefacção dos corpos azotados sob a influência dos micróbios proteolíticos. Uma das várias protecções produzidas pelos fermentos lácticos deve-se à formação do ácido lático nascente, que não só é desinfectante, mas contribui para manter o meio ácido no intestino delgado.

Qual é pois a acção dos diferentes produtos da digestão intestinal?

As peptonas e as albuminoses, não são reabsorvidas directamente, mas decompostas em ácidos aminados, que são queimados e são eliminados sob a forma de ureia, de ácido carbónico e de água. Os corpos aromáticos derivados da putrefacção microbiana constituem produtos excrementiciis, inutilizados pelo organismo e para os quais como para as ptomainas, é necessário estabelecer uma defesa.

Uma parte dos corpos aromáticos é expelida com as fezes, sem ser absorvida; todos os outros são reabsorvidos pela mucosa intestinal e passam pela veia porta para o fígado, que constitui um poderoso centro de defesa (e que por isso mesmo é necessário poupá-lo), oxidando as substâncias, combinando-as de diversas maneiras, para as tornar inofensivas. Assim transformadas, passam para a circulação geral, pela veia cava e são eliminadas por vários meios, especialmente pelo rim.

A «flora microbiana» varia nas diferentes partes dos intestinos.

No «intestino delgado», é principalmente devida a micróbios anaeróbios, dos quais a maior parte é constituída pelo *colibacilo* e o *bacilus lactis aerogenes*; é a estes dois bacilos que se devem os entraves postos à putrefacção das albuminas.

A flora do «intestino grosso» é muito variada. O que importa conhecer é a sua composição no estado normal e nos casos patológicos, nas

enterites, na apendicite, e no obstáculo à marcha normal das matérias digestivas, em que abundam o *proteus*, o *putrificus*, o *mesentericus*, etc.

O regime carneo, modifica a flora intestinal e favorece a poluição das bactérias da putrefacção. O regime feculento hidrocarbonado favorece, pelo contrário, o desenvolvimento das bactérias bemfazejas que produzem ácido láctico à custa das matérias açucaradas; este ácido láctico combate as putrefacções intestinais.

O organismo dispõe de numerosos meios de defesa contra os venenos, cuja produção se renova constantemente nos intestinos.

Os primeiros existem no próprio intestino e são representados pelos sucos digestivos e por alguns alimentos. O leite e os farináceos diminuem os fenómenos da putrefacção azotada e quase os eliminam.

O suco gástrico, pela sua acidez, atenua a virulência dos micróbios digestivos; a bilis exerce uma acção anti-putrida (*Schiff*); o suco pancreático tem também uma acção neutralizante activa.

Os outros meios de defesa, que constituem outras tantas barreiras são a própria mucosa intestinal, o fígado e as glândulas de função anti-tóxica. O epitélio intestinal tem um poder activo anti-tóxico, além do seu papel passivo de membrana filtrante. O papel protector do fígado tem sido posto em evidência por muitos fisiologistas; o *fígado destrói cerca de dois terços dos venenos de origem digestiva*; é um órgão que é indispensável proteger. Os rins, as glândulas cutâneas e salivares e todos os outros emontórios eliminam todos os venenos que o fígado não pôde destruir. Os pulmões eliminam o gaz carbónico, amoníaco, acetona, etc. As glândulas sudoríparas eliminam os ácidos sulfo-conjugados e o indol.

**Causas da auto-intoxicação** — Os meios de defesa naturais, que descrevemos, podem ser insuficientes ou os venenos podem aumentar sob influências diversas. São estas as causas que podem produzir uma auto-intoxicação.

É evidente que as alterações da mucosa intestinal, dos tecidos do fígado, dos emontórios ou das glândulas antitóxicas podem restringir ou aniquilar o poder defensivo do organismo e auxiliar a auto-intoxicação.

Por outro lado, as toxinas alimentares podem aumentar sob a acção de numerosas influências; em primeiro lugar, vem a alimentação; as refeições muito abundantes e muito frequentes favorecem as fermentações; o mesmo succede com a natureza dos alimentos; o excesso de alimentos azotados aumenta a putrefacção que, pelo contrário, diminui sob a acção dos alimentos hidrocarbonados; a superabundância dos líquidos favorece-a, enquanto que a alimentação seca a contrária.

A auto-intoxicação intestinal é frequente nos anémicos e nos tuberculosos, que forçam a alimentação carnea. É mais frequente nas pessoas

das cidades do que nas do campo, por causa da forma de se alimentarem.

O mau funcionamento do estômago, que gera a dispepsia, favorece a auto-intoxicação. Um estômago dilatado, pode esvasiar-se bem; mas se se esvasia com dificuldade, esta retenção de materiais é causa de fermentações anormais. Ora, na dispepsia é necessário considerar não só a quantidade ou qualidade dos alimentos, mas também a insuficiência dos fermentos digestivos <sup>(1)</sup>, que pode ser causada por causas múltiplas, como as doenças infecciosas, mas sobretudo, obriga o estômago a um excesso de trabalho para o qual são insuficientes os fermentos que produz; é indispensável tratar a insuficiência, mastigando bem, bebendo poucos líquidos, afastando os alimentos de digestão difícil e fornecendo ao estômago os fermentos digestivos de que carece para completar a digestão. Um estômago fatigado por sucessivas más digestões, tende a tornar-se doente, aumentando a sua insuficiência e a dilatar-se; por isso o tratamento de compensação é indispensável para não agravar o mal e aumentar as auto-intoxicações, tão nefastas para o organismo.

A prisão de ventre é também uma das causas da auto-intoxicação; O mesmo sucede com as enterites e com a apendicite crônica. As doenças do fígado, ou a insuficiência hepática, têm muita importância na auto-intoxicação.

O diagnóstico da auto-intoxicação é em geral fácil.

Os doentes apresentam uma cor pálida ou amarelada, a língua saburrosa, mau hálito, falta de apetite, por vezes um estado nauseoso ou vômitos e prisão de ventre ou diarreia, com fetidez das fezes.

Em geral são magros e tristes, abatidos; as forças diminuem; estão constantemente fatigados e apresentam várias manifestações nervosas, dores de cabeça, torpor, vertigens, insónias, pesadelos e dores múltiplas. Acordam mal dispostos e fatigados. Observa-se frequentemente perturbações da pele, seborreia, eczema, herpes, acné e furunculose.

Por vezes aparecem movimentos dos líquidos do estômago, abdomen distendido, aumento de volume do fígado.

Vamos a seguir, tratar do *tratamento das auto-intoxicações*.

Antigamente o tratamento era muito complexo e variado. Hoje porém, com a descoberta da acção dos fermentos lácticos torna-se muito fácil e útil.

Como medidas profiláticas, devemos aconselhar uma mastigação perfeita e diminuição dos líquidos na alimentação. Preferir os alimentos hidrocarbonados e diminuir as carnes, sobretudo as de conserva.

---

<sup>(1)</sup> A forma de combater, em parte, a insuficiência dos fermentos digestivos e fornecê-los ao organismo, o que se pode fazer tomando a Neo-Digestina, que é uma associação da pepsina, da pancreatina e de maltina (3 a 5 colheres de sopa por dia).



O leite diminui a proporção dos sulfo-eteres na urina; *Biernacki* calculou esta diminuição, para metade, ou um terço. Atribui-se a sua acção antifermentescível à lactose e aos ácidos láctico e succínico que contêm.

Quando nas refeições, a quantidade de hidrocarbonados é cinco vezes mais do que a das carnes, esta alimentação não produz fermentações (em princípio).

*Combe*, de Lausanne, aconselha o *regime lacto-feculento*, que diverge do regime vegetariano, que não convém em todos os casos. Nos casos graves deve suprimir-se as gorduras animais e substituí-las em parte por manteiga fresca. Aconselha-se um regime constituído por leite, que pode ser incluído nas sopas ou caldos, o leite coalhado, queijo fresco ou requeijão, os caldos de cereais, ou com cacau, massas sem ovo, preparadas com um pouco de manteiga fresca, pudins de farinha e leite com açúcar e gema de ovo, com arroz, sêmola ou tapioca; batatas em puré, com água ou leite, purés de legumes, de preferência sem casca (ervilhas, lentilhas, feijões, favas e castanhas) pão grelhado e biscoitos. Aconselham-se também purés de legumes frescos e compotas. Frutas, bem maduras ou cozidas ou em compota.

Com estes cuidados alimentares deve dar-se normalmente aos doentes os bacilos lácticos, cuja descoberta representa o melhor meio de combatermos a auto-intoxicação e as degenerescências dos órgãos (rins, fígado e artérias) que produzem a velhice precoce. Um regime permanente com bacilos láctios é a melhor garantia do prolongamento da vida, por contrariar as causas da velhice precoce; por outro lado, combatendo a formação das toxinas, dá-se origem a um estado de bem-estar normal e a um bom rendimento do trabalho físico e intelectual.

É sempre conveniente, não só para evitar as infecções intestinais, mas sobretudo para evitar as suas complicações (que se reflectem sobre o organismo em geral e sobre quase todos os órgãos em especial), usar desde criança culturas de bacilos lácticos (1).

---

(1) A Lactosimbiosina é a preparação de fermentos lácticos em simbiose com a levedura de cerveja e o extracto de malte, que combate eficazmente as infecções intestinais. O seu uso regular pelas crianças é uma garantia de desenvolvimento normal, protegendo-as contra as infecções e permitindo-lhes uma evolução sanitária fácil; as pessoas que têm este regime desde criança, são em geral adultos fortes e saudáveis, se outras doenças graves não os atacarem.

#### CURIOSIDADES

- Cada pessoa só tem a importância que os outros lhe dão. Os que se emprestam importância a si próprios, estão sempre sujeitos a grandes desgostos e desilusões...
- Não devemos procurar o mau que há no fundo das pessoas, mas sim o que elas têm de bom. Pondo bem em evidência o que elas têm de «bom», conseguem descobrir-se a si mesmas, passam a auto-valorizar-se e tornam-se melhores; o contrário faz com que se menosprezem, percam o que de bom têm, e se tornem piores.

## AS PERTURBAÇÕES PSÍQUICAS DAS CRIANÇAS

Dificuldades na sua educação para construir  
futuros cidadãos úteis a si e à sociedade

Vamos continuar a desenvolver os estudos sobre as crianças de que nos temos ocupado nos números anteriores dos «Estudos».

Vimos o efeito destrutivo da incompreensão dos pais ou dos professores sobre algumas reacções das crianças e dos jovens e como se deveria actuar para guiarmos a reconstrução de uma psicologia desordenada ou doente; vamos continuar o nosso raciocínio:

Interessámo-nos até aqui nas perturbações nervosas reaccionais e nas suas incidências sumárias com a casa e com a escola. Devemos considerar da mesma maneira as perturbações nervosas constituídas, isto é, que fazem parte de uma nevrose bem estruturada. Parece-nos porém que são necessárias previamente, algumas considerações sobre o que entendemos por esta perturbação nervosa que faz parte de uma *nevrose estruturada*, para melhor se compreender o que se vai seguir; como a perturbação reaccional à qual está fortemente aparentada, a perturbação nervosa constituída, resulta da acção traumática de um ou de muitos factores psíquicos sobre a constituição mórbida. A contribuição desta para a organização da perturbação nervosa é manifesta; com efeito, a observação corrente mostra que mesmo que existam estados nevroticos nos antepassados atingidos por nevroses, na realidade, não é a nevrose que é hereditária, mas sim a disposição nervosa para a contrair. O estudo psíquico destas crianças poderá salvar o seu futuro, como adiante explicaremos.

Teòricamente, podemos afirmar que se nenhum agente psíquico traumático actuar sobre a disposição mórbida, não se estabelecerá a nevrose. Os agentes psíquicos traumáticos necessários responsáveis pelas nevroses, são numerosos; não intervêm indiferentemente em qualquer idade; em geral, a sua acção nevrotigénea manifesta-se a partir do sexto ano de idade; se uma nevrose se manifesta durante a puberdade ou mais tarde, isto quer dizer que as suas manifestações, latentes até então, sofreram a partir de certa idade, um agravamento das pressões afectivas ou instintuais, que determinou o seu aparecimento.

Por entre os agentes psicotraumáticos, muitas fontes de nevroses e de psicoses são bem conhecidas e de fácil apreensão, tais como as frustrações, situações de abandono, etc.; mais decisivos ainda na organização de uma nevrose ou de uma psicose, são os agentes chamados instintuais, que actuam sobre a criança numa fase mais adiantada do que as anteriores, nesta fase, que pode ser considerada como uma fase biológica de desenvolvimento psico-somático da criança; as tendências do instinto, umas libidinosas e outras agressivas, actuam complicando as

relações da criança com os pais. Como no adulto, estas tendências não são nunca puras em relação ao objecto (pai ou mãe); o conflito instintual resulta de que a criança, e mais particularmente a criança de hereditariedade psicopática, ao mesmo tempo que actua nos seus impulsos em face dos seus pais, comporta-se como se eles fossem perigosos e sente que deve defender-se. Um dos meios que mais frequentemente são utilizados pela criança na sua defesa, como os impulsos sentidos por ela como perigosos, é a concentração em si própria; graças a este mecanismo contra-instintual, esta tendência adquire uma nova propriedade; deixa de ser consciente para se tornar inconsciente. Seria illusório pensar que a criança ficará, para o futuro, ao abrigo das suas impulsões ou que tenha resolvido assim, de uma vez para sempre os seus conflitos; na verdade, a tendência, concentrada, conserva toda a sua capacidade impulsional; ela procurará transpor a barreira da defesa, para a tornar consciente, mas só chegará a este fim pelo artificio da manifestação do sintoma nevrótico; o conflito exprimir-se-á no próprio individuo em uma língua, de que ele não sabe compreender a significação, desde que não passe por um exame de psicanálise.

A supremacia da defesa sobre a impulsão instintual inconsciente explica a razão porque a nevrose se exprime em geral, por manifestações de defesa. Um pequeno exemplo para fixar as ideias: — O impotente psíquico, sente uma angústia (fenómeno nevrótico) sempre que, em contacto com uma mulher, pensa que terá possibilidade de se realizar, sob o ponto de vista sexual; se sucede colocar a sua inibição sexual em relação com a angústia que lhe serve de defesa, não sabe, pelo contrário, nem porquê, nem contra quem, ele se defende, mas por vezes, em virtude de inibição nervosa, não completa o acto sexual.

Uma das características da perturbação nervosa constituída é que a sua manifestação se realiza por associação; se intervém uma causa actual para que a manifestação surja, como no caso a que nos acabamos de referir, ela seria todavia insuficiente para explicar a sua aparição ou para justificar a sua intensidade dramática. Na realidade, uma causa psíquica actual não atinge a sua eficácia nevrótica senão porque esta causa está ligada a uma outra, do mesmo valor etiológico, mas tornada inconsciente e que, no momento em que se exerce, executou sobre o individuo uma acção traumática. Esta propriedade do fenómeno psico-patológico, de se manifestar por uma analogia associativa de causas, explica a sua tendência indefinida para a repetição e para o agravamento progressivo.

Depois de algumas destas explicações necessárias, vemos rapidamente as incidências da perturbação psíquica constituída, na casa e na escola. Para simplificar, consideremos a perturbação nevrótica, muito mais frequente na criança do que a perturbação pré-psicótica ou franca-

mente psicótica. Os medos (fobias), as angústias, as inibições, por um lado e as manifestações compulsivas e obsessivas por outro, são as manifestações mais frequentemente observadas nos primeiros anos da vida. O produto incompreendido e muitas vezes infelizmente classificado de «criança difícil» resulta da interferência destas manifestações psicopatológicas de cada um dos grupos com os elementos originados no desenvolvimento psico-afectivo do meio, da educação, da pedagogia, etc.

Pensamos, a este respeito, que não devemos ultrapassar os limites deste trabalho, considerando rapidamente como um tipo clássico de «criança difícil», a criança angustiada, ou melhor, a criança «que tem medos». Em resumo, vejamos qual é a sintomatologia característica deste estado:

Em casa, a criança é tida como sendo má, discutidora, intratável, Tem ciúmes dos irmãos e das irmãs, que trata mal, com más respostas e maus tratos; para os pais é indócil, agressivo, revoltado; a disciplina nada pode contra ele; quando vai à aula, raramente chega à hora marcada. Na escola está distraído, ou melhor abstracto, sem atenção; o seu rendimento escolar é pequeno, quando não é nulo; a sua oposição e a revolta constante, transportadas contra o professor, provocam repreensões e castigos.

Nem os pais nem os professores sabem o que hão-de fazer; perdem a cabeça! À medida em que os métodos educativos se tornam cada vez mais rigorosos, os resultados são cada vez menores, ou nulos. Se, depois de se verificar o insucesso de todos os esforços e métodos, entregarem a criança a um psicoterapeuta, este descobrirá a profunda sensibilidade deste tipo de criança e o seu drama interior, inesgotável, que ela encobre sob a forma de reacções afectivas exteriores exacerbadas. No seu aturado trabalho de investigação, o psicoterapeuta descobre que ela não é um atrasado intelectual, apesar de os pais e professores lho afirmarem, com as provas dos resultados escolares. Sucede que muitas vezes, o examinado é um rapaz inteligente e mesmo talentoso; mas o psicoterapeuta descobre também o que é essencial: — A criança é um angustiado, um ansioso, em luta com um forte conflito psíquico, centralizado sobre um medo irracional, irreflectido, invencível, inconsciente, ou do pai, ou da mãe, ou de ambos ao mesmo tempo, do professor e enfim, de todas as pessoas «grandes» que, com os seus sentimentos e expressões o apavoram ou lhe dão a sensação de insegurança. Enquanto não se descobrir a relação fundamental que existe com o seu medo infantil, tanto a educação como a pedagogia, mostrar-se-ão impotentes. Pior ainda, castigando-o ou contrariando-o de uma maneira arbitrária, eles concorrem para impelir a criança a produzir reacções progressivamente mais graves, porque estas reacções serão para ele, os únicos meios de defesa contra as angústias que tanto o deprimem e fazem sofrer. Mas, que prazer

terão os pais, quando a criança, tratada por um psicoterapeuta, lhes for restituída normalizada, afirmando-lhe que o seu filho é inteligente e que poderá ter um futuro fácil e próspero! — O médico salvou uma criança, que estava condenada e perdida e perante a qual os pais só sentiam desgosto e, frequentemente, revoltas. Este exemplo serve à evidência para demonstrar o que se deve fazer em casos semelhantes, que pareciam desesperados.

Este mesmo exemplo mostra também que, em regra geral, quando se trata de perturbações nervosas constituídas, os professores e os pais não são bons observadores. Acabámos de verificar que as suas atitudes e reacções foram inspiradas em opiniões preconcebidas, do conformismo educativo rígido e arbitrário, explicáveis em parte porque a avaliação da perturbação psíquica por pessoas que não estão preparadas cientificamente para isso, é sempre muito difícil. É muito frequente a tendência para confundir uma perturbação psíquica com uma perturbação do carácter, do comportamento ou da educação, que tem de se contrariar e emendar, custe o que custar, fazendo a «reeducação» do «mal educado» como geralmente se diz.

Para conseguir este fim, cuja intenção é boa, recorre-se ou a um «sistema de força» ou, pelo contrário a outro sistema que, por oposição, se poderia chamar «sistema de fraqueza». Tanto as crianças, como os professores e os pais são vítimas do mesmo método educativo, o «método duro» ou «método forte». No primeiro caso, no «sistema da força» e especialmente na medida em que o choque, o insucesso, é o resultado constante destas tentativas, ele é atribuído pelo educador, à insuficiência da sua técnica; este pensa então que os meios utilizados até então para «dominar» a criança não têm sido suficientemente rigorosos; a sua imaginação encarna-se para descobrir novos meios, mais rígidos. No segundo caso, no «sistema de fraqueza» considera-se que este sistema é uma educação de reacção contra a «educação forte» que, em geral, o educador recebeu na sua infância e que conserva sempre na sua memória horrorizada; isso determina uma atitude de pais e mestres, que relaxam ao extremo os princípios da educação, se identificam com a criança a quem tratam da maneira como eles desejariam ter sido tratados na sua meninice...

Estudámos até aqui, sucintamente, a perturbação nervosa constituída da criança que evolui num meio em que nenhum dos pais ou mestres eram nervosos; ora, a combinação das crianças nevrosadas com os pais ou professores nevrosados é mais frequente do que se pensa geralmente; neste caso, afrontam-se e complicam-se graves interferências nevróticas e dos caracteres, por um jogo de mecanismos psicológicos complexos, de que não podemos dar neste trabalho de carácter geral, senão uma ideia.

Quando há analogia ou identidade de perturbações entre as crianças, os pais e mestres, podem realizar *grosso modo*, duas possibilidades; no primeiro caso, poderá haver da parte deles «ignorância» das perturbações da criança, na medida em que se realiza praticamente a sua técnica defensiva de ignorar as suas próprias perturbações. As manifestações mórbidas da criança, serão tanto mais «racionalizadas», explicadas por causas mínimas, «minimizadas» ao extremo, ou consideradas como fenómenos passageiros. O facto de a experiência contradizer regularmente estes raciocínios, em nada modifica a sua conduta; a criança deixar-se-á livremente entregue às suas perturbações e uma intervenção psicoterápica será considerada como inútil ou mesmo absurda; no segundo caso, a criança tornar-se-á, de qualquer maneira, o espelho das dificuldades nervosas dos pais e dos mestres. Estes, sobretudo, as apontarão, com tanta mais veemência, quanto serão incapazes de as identificar em si próprios.

Assim, as perturbações da criança serão dramatizadas por projecção e por um cuidado mórbido de minimisar as suas; trata-se, em regra, de pais e de educadores inquietos, profundamente ambivalentes, que aceitam, à sua maneira, isto é, mantendo em constante perigo de cheque, a psicoterapia da criança.

Estas considerações sobre as nevroses infantis e algumas das suas incidências sobre o meio em que elas evoluem, intencionalmente simplificadas e sem qualquer aspecto que exija a intervenção de um especialista, terão dado, segundo esperamos, uma ideia da complexidade dos problemas e das tarefas que o psicoterapeuta tem de enfrentar, no seu papel, tanto curativo, como profiláctico, de que terá a responsabilidade.

Por outro lado, estes artigos tiveram a intenção de chamar a atenção dos pais, dos professores e mesmo de outros elementos da família para as reacções da criança, procurando interpretá-las, colhendo os ensinamentos que essas reacções lhes despertam e devendo ter apenas um desejo na sua contrareacção educativa: — perceber o que se passa, com a criança, consultando especialistas e, se for necessário, afastá-la mesmo do meio familiar ou do colégio, pois que o fim que se deve ter em vista é ligar os filhos aos pais, com o fim de conseguir uma melhor formação moral e felicidade futura, fazendo das crianças bons elementos sociais em vez de mal orientados, de criar a desafeição, a incompatibilidade, a irredutibilidade e complexos que o afastarão da família e da sociedade, impedindo a sua educação e a sua felicidade futura. Mas há ainda outro aspecto, a que já atrás nos referimos e que respeita à célula social em formação: — Enquanto que um bom elemento exerce sempre uma acção favorável sobre a sociedade de que faz parte, um elemento mau é uma causa de desorganização e somando-se com outros elementos

perniciosos exercerá uma acção de desagregação sobre o meio em que vive.

Sentir-nos-íamos compensados pela publicação deste trabalho se tivéssemos conseguido obter a atenção dos educadores (pais e professores) para a sua acção e responsabilidade, organizando-se em «equipe» para, em conjunto salvar as crianças e fornecer elementos úteis e construtivos para a sociedade em que vivem.

Depois de publicados esta série de artigos sobre a «Higiene Mental» desenvolveremos mais profundamente o problema respeitante às perturbações psíquicas das crianças, com a publicação de uma nova série de capítulos, sobre o nome de «Problemas Mútuos da Criança e do Educador». O Dr. A. Carnois publicou um estudo «O Drama da Inferioridade na Criança» em que nos basearemos para tratar destes problemas e em que no anteposto da sua publicação, publica as seguintes considerações:

«Podemos afirmar que existe uma verdadeira «crise de autoridade» nos educadores e uma «crise de obediência» nas crianças; chegamos às vezes a duvidar se estará bem estabelecido o próprio princípio da autoridade educativa.

Os educadores procuram sanções rigorosas para a solução das suas dificuldades, como se a falta proviesse unilateralmente da criança e como se a autoridade *exteriormente* triunfante tivesse uma verdadeira eficácia *interior* e construtiva, sem ter em conta as exigências próprias da personalidade infantil, que se sente forçada a uma inferiorização que eles julgam absurda».

Neste estudo demorar-nos-emos mais particularmente sobre alguns problemas, como a «Disciplina exterior. Regras. O menino em face das regras: a obediência e a desobediência»; «A conquista das disciplinas, do educador e do educando». «A disciplina interior». «A inferiorização» e «O método da superiorização».

#### CURIOSIDADES

- ★ ★ Ela sente-se feliz ainda que esteja nua desde que tenha anéis nos dedos!
- ★ ★ Quando são os corvos que guiam os povos, eles levam-os sempre para o cemitério dos cães.
- ★ ★ Uma cortesã teve de reclamar por qualquer coisa e como a solução demonstrasse, gritava: «Não há neste país magistrados encarregados de velar pelos bons costumes»!...
- ★ ★ O chapéu é grande, mas não tem por baixo um grande senhor...

## AS DIVERSAS ANEMIAS

## A «anemia secundária» e a «anemia idiopática»

Descrevemos em artigos anteriores, a função do sangue na vida e as anemias agudas post-hemorrágicas. Vamos agora tratar das anemias secundárias, que podem seguir-se à anemia post-hemorrágica aguda ou ter outras origens.

A anemia estabelecida (e dizemos *estabelecida* e não *crônica*, como lhe chamam alguns autores, porque se cura) que se seguiu à anemia aguda hemorrágica ou provocada por qualquer doença, é caracterizada pela diminuição da quantidade de glóbulos vermelhos, que pode ir até um a dois milhões por centímetro cúbico, menos do que o seu número normal, que é nos homens de 5 milhões e nas mulheres de cerca de 4,5 milhões; os anémicos têm normalmente 3 a 4 milhões.

Porém o que é característico na anemia é, não somente a diminuição do número de glóbulos vermelhos, mas simultaneamente a diminuição do seu tamanho e da percentagem da hemoglobina que contém.

Nas anemias que se seguem a uma grande hemorragia aguda, os glóbulos vermelhos são de tamanho natural, podendo mesmo às vezes, transitariamente, passarem a ser maiores do que o tamanho normal. Nas anemias que se seguem a pequenas e sucessivas hemorragias, os glóbulos são em geral mais pequenos. Em ambos os casos os glóbulos são menos vermelhos, o que indica que têm menos percentagem de ferro (hemoglobina) e são tratáveis por meio de aplicações terapêuticas de ferro, *que é o tratamento exclusivo destas anemias* como diz o *Dr. Jimenez Diaz*. Mas é necessário escolher quais são os preparados de ferro que são assimiláveis; as preparações de carbonato de ferro, não se ionizam, não se dissociam, sendo necessário que a molécula se destrua para que possa ser absorvido; os acetatos são assimilados; outros preparados mais complexos como os peptonatos, são facilmente assimilados e daí veio uma preferência dos peptonatos de ferro na terapêutica; como se descobriu que o manganês potencia a assimilação do ferro, chegou-se à conclusão que os peptonatos de ferro e de manganês teriam a preferência para a terapêutica da anemia em virtude de facilitar a incorporação do ferro no sangue <sup>(1)</sup>.

Durante muitos anos recorreu-se às preparações de ferro em injeções para tratamento das anemias. Mas o *Dr. Jimenez Diaz*, afirma nas suas «Lições de Patologia Médica» que o ferro, no tratamento dos anémicos, deve ministrar-se pela boca e *por meio de sais caracterizados, em primeiro lugar, pela facilidade de absorção, em segundo lugar, pela*

---

(1) Foi esta a razão que levou à introdução dos peptonatos de ferro e de manganês na fórmula do Opothemol.



sua actividade e, em terceiro lugar, que se mantivessem durante muito tempo no organismo (1). Durante muito tempo prescreveu-se também o «ferro reduzido pelo hidrogénio», mas estudos posteriores demonstraram que a parte de ferro assimilada era muito pequeno; o citrato de ferro amoniacal assimila-se facilmente mas elimina-se também muito rapidamente.

Existem outras espécies de anemia, que passaram a ser designadas por *anemias idiopáticas*, que são caracterizadas por uma diminuição da quantidade e do volume dos glóbulos vermelhos e da sua percentagem em hemoglobina. São mais frequentes nas mulheres do que nos homens (cerca de 80 % em mulheres e 20 % em homens) e na idade adulta, a partir dos 30 anos, mas sobretudo entre os 40 e os 50 anos; podem no entanto aparecer, raramente, em pessoas novas.

Os sintomas das «anemias idiopáticas» são os seguintes: — Apresentam grande palidez; às vezes a sua cor é mais amarelada do que pálida, mas não a cor de palha amarelada das pessoas com cancro ou com anemia perniciosa, mas um amarelo esverdeado, lembrando as antigas *cloróticas*; às vezes este amarelado aparece também nos olhos, podendo parecer que o doente sofre de icterícia, mas as análises do sangue mostram que esta não existe. Os doentes queixam-se quase sempre de doenças na língua e verificamos que a língua está irritada, com hipertrofia das papilas e às vezes perda do brilho e ponteados papular nos bordos da língua; por vezes existe dificuldade em engolir. *Plumer Wilson* descreveu um tríptico sintomático de *anemia-glossite-disfagia* que caracteriza as anemias idiopáticas. As unhas tornam-se dolorosas e, sobretudo, quebradiças, rasgando-se facilmente, gretando, mostrando-se enrugadas.

Aparece um estado de fraqueza geral, ligado a fraqueza muscular, taquicardia, perturbações das funções digestivas (peso no estômago, mal-estar depois das refeições, acidez, arrotos e algumas vezes, vômitos) com perda do apetite; aparecem também perturbações intestinais (diarreia, com espasmos, ruídos de gases).

As perturbações genitais que acompanham estas anemias são as hemorragias uterinas ou falta de menstruação. A falta da menstruação é mais frequente e está ligada à falta de ferro no organismo, mas é facilmente tratada pelos preparados de ferro.

Se fizermos análise do sangue dos «anémicos idiopáticos» encontramos uma grande diminuição dos glóbulos vermelhos; mas muitas vezes esta diminuição pode ser muito pequena e não estar em relação com a palidez acentuada; podem encontrar-se de 3 a 4,5 milhões por cc. *mas a percentagem da hemoglobina é muito baixa* (0,5, 0,4 ou mesmo menos); em muitos casos, aparece grande diminuição do número de glóbulos e pequena percentagem de hemoglobina.

O suco gástrico é quase aquílico.

O tratamento das anemias crónicas ou idiopáticas é o mesmo das anemias post-hemorrágicas (além das injeções de soro ou das transfusões, que são os tratamentos de urgência nas grandes hemorragias súbitas, como dissemos); cedem ao tratamento pelos preparados de ferro, que faz aumentar rapidamente em alguns casos e lentamente, mas sempre progressivamente em outros, o número de glóbulos vermelhos e, *sobretudo*, a sua percentagem de hemoglobina.

São frequentes os casos de recaída, sobretudo quando se suspende a medicação pelo ferro, a que estes doentes devem voltar logo que sintam os primeiros sintomas (palidez, enfraquecimento e falta de apetite).

---

### Pode regenerar-se o tecido do rim doente?

Durante muito tempo acreditou-se que, ao passo que o fígado se pode segurar em proporções extraordinárias, o tecido do rim estava totalmente condenado a uma degenerescência progressiva, salvo casos muito agudos e de fácil cura.

Hoje sabe-se que o tecido renal também é susceptível de se regenerar. O tratamento em uma doença renal pode levar até à cura; produz-se então, em geral, a formação de uma cicatriz no local que foi atacado. No estado agudo produz-se em geral ou uma retenção da urina ou uma produção exagerada, com densidade muito baixa; mas depois, a pouco e pouco, vê-se que a quantidade de urina se normalisa, bem como a densidade.

Quando a célula renal foi atacada, pode melhorar mais tarde e mesmo restaurar-se até uma aparente normalidade, o que sucede na nefrite, quando passa do estado agudo, em que permaneceu pouco tempo, para um período de melhoria.

---

### A Tuberculose na Bélgica

O *Professor Millet*, presidente da «Obra Nacional Belga de defesa contra a tuberculose», afirma que 110 000 pessoas estão actualmente atacadas de tuberculose pulmonar, evolutiva ou larvada, mas *ignorando absolutamente o seu estado*. O Prof. Millet defende a despistagem sistemática para o seu diagnóstico, que tem sido realizada em Portugal pelo «Instituto Nacional contra a Tuberculose», com grandes resultados, como há pouco foi demonstrado na exposição que fez na Feira Internacional de Lisboa.

O Prof. Millet diz que na Bélgica a taxa da mortalidade pela tuberculose passou de 84 por 100 000 habitantes em 1930 a 14 por 100 000 em 1962. Em Portugal também tem diminuído muito, devido ao ataque intensivo que tem sido feito com a estreptomycina e, ultimamente, com a Tisinamida, com muito bons resultados.



# TRI-EXURIL

*é o diurético mais próximo do ideal*

Pode afirmar-se que o **Tri-Exuril é o diurético mais próximo do ideal** porque

- a) — é aquele de que são necessárias menores doses.
- b) — o que tem maiores efeitos diuréticos e saluréticos.
- c) — o que tem menores perdas de potássio e de bicarbonato urinário.
- d) — não determina repercussões electrolíticas do sangue.
- e) — tem resposta regular e mantida, mesmo quando a terapêutica é continuada.

**Composição** — (3,4 - dihidro - 6 - trifluorometil) 2H, 1,2, 4 benzatianina - 7 - sulfamida 1,1 - doxido a 2,5 miligramas por comprimido.

**Apresentação** — Embalagens de 10, 20 e 100 comprimidos.

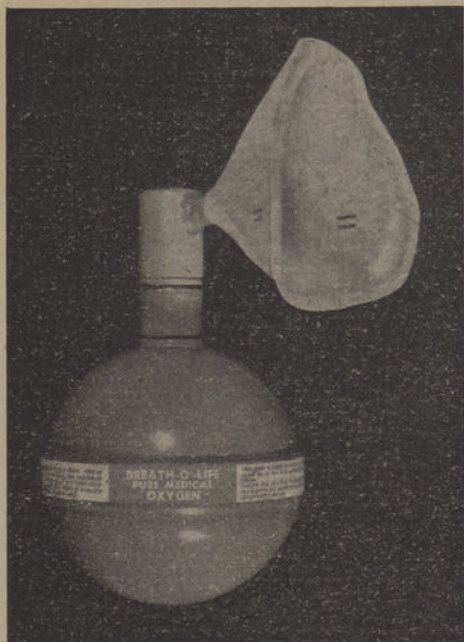
**Indicações** — Todas as da terapêutica diurética.

**Posologia** — Depende da situação do doente e dos efeitos a obter; por isso só o médico é que a deve indicar; como regra, 1 a 2 comprimidos por dia, de preferência ao pequeno almoço e almoço.

*Literatura e amostras à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Médicos*

# Tratamentos de Urgência

(BREATH-O'-LIFE)



no momento  
próprio:-  
1 hora de  
oxigênio

ao serviço  
do médico

- NO CONSULTÓRIO
- NO AUTOMÓVEL
- NA AMBULÂNCIA
- NO AVIÃO
- NO POSTO DE SOCORROS

em todos os locais e em todas as situações em que a ministration de oxigênio é a primeira medida a tomar, a esfera de oxigênio **BREATH-O'-LIFE** representa a solução fácil, rápida e segura

Representantes exclusivos: **SANITAS** MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR  
Trav. do Carmo, 11, r/c. — Telef. 32 10 78 — LISBOA