

ALGUNS ASPECTOS DA HIGIENE MENTAL NO BRASIL

HELENA MOREIRA E SILVA CARMO

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

BRASIL

A preocupação das autoridades brasileiras com o doente mental parece em 1841, com a fundação da primeira unidade hospitalar psiquiátrica, o Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro.

Desde esta época o govêrno visualiza o problema de assistência psiquiátrica em termos nacionais mas uma solução que abranja o nosso território de modo homogêneo não foi alcançada até hoje, dada a existência de extremas diferenças regionais em termos de população a ser assistida, recursos econômicos e possibilidades técnicas.

Na década de vinte as preocupações com os problemas de saúde mental se denunciaram através de atuação das Ligas de Higiene Mental que se formaram em todo o país. Em 1931 fundou-se o Ministério de Educação e Saúde Pública, com uma Divisão de Assistência aos Psicopatas, de onde se originou o atual Serviço Nacional de Doenças Mentais. De 1931 e 1941 alguns estados de mais recursos, como Pernambuco, São Paulo, Rio Grande do Sul, conseguiram melhorar as condições de atendimento, fundando seus hospitais psiquiátricos ou melhorando as condições de atendimento dos doentes mentais nas Santas Casas de Misericórdia.

A partir de 1941, o *Serviço Nacional de Doenças Mentais* passou a estudar e a estruturar a assistência psiquiátrica no país, agindo como uma entidade normativa e executiva. Seu diretor, preocupou-se com a rede de hospitais psiquiátricos do país. Foram criados os de Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Góias, Paraná, Santa Catarina, e os já existentes receberam auxílio para a sua manutenção. Em 1954 foram criados setores de praxiterapia nesses hospitais.

Aos poucos foi sendo montada uma rede de pronto socorro psiquiátricos e ambulatórios, suprida por medicamentos e pessoal do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Em fevereiro de 1967 criou-se a *Campanha Nacional de Saúde Mental*, que confere ao Serviço Nacional de Doenças Mentais verbas especiais afim de possibilitar a realização de programas novos. Espera-se que a *Campanha Nacional de Saúde Mental* consiga coordenar todos os órgãos assistenciais existentes, numa atuação conjunta que permita atender às áreas sem cobertura psiquiátrica adequada, e que evite a duplicidade de serviços existentes em outras áreas.

No mesmo ano em que foi criada a Campanha Nacional de *Saúde Mental*, o Serviço Nacional de *Doenças Mentais* e o Departamento de Saúde do Rio Grande do Sul tomaram a iniciativa de instituir colóquios bi-anuais destinados ao estudo e estabelecimento de medidas relativas à psiquiatria assistencial e preventiva no Brasil.

Assim, por volta de 1967, a psiquiatria brasileira, que estava muito voltada para o aspecto assistencial por força de pressão do atendimento de um número cada vez mais elevado de casos, volta-se novamente a se preocupar com os aspectos preventivos. Esta tomada de consciência da situação resultou no plano oficial da *Campanha Nacional de Saúde Mental* do qual apresentamos um resumo, baseado no trabalho de Andrade (1).

A primeira parte deste plano cuida dos aspectos hospitalares e ambulatoriais, visando diminuir a necessidade de internação e assegurar a assistência terapêutica sem afastar o doente de seu ambiente social e familiar. O plano hospitalar atenderá crianças de até 12 anos e adolescentes de 12 a 18 anos, mediante triagem e posterior internação com o emprego de todas as terapêuticas adequadas nos casos em que houver possibilidade de recuperação (recursos pedagógicos, ludo e labor terapia, etc.) e dará um atendimento geriátrico.

Como medidas *profláticas de Saúde Mental*, o plano federal provê a instalação e manutenção pela Campanha ou por entidades públicas e particulares, de *órgãos e unidades destinados especialmente à profilaxia contra fatores psicomorbígenos*, a funcionarem autônomos ou junto aos ambulatórios de tratamento e aos hospitais psiquiátricos, como sejam:

1. *Preventórios* de higiene mental para atendimento, auxílio e assistência a todos os casos em que haja ameaça ou presunção de eclosão de moléstias nervosas e mentais e estados psicopatológicos de qualquer natureza.

2. Centros ou clínicas de orientação psicológica para: a) a infância e a juventude, visando a remoção de situações ou problemas, ou de traços e aspectos caracteriológicos, que possam favorecer a eclosão de moléstias mentais e nervosas; b) pais e adultos em geral, visando levá-los a criar ambiências e hábitos educacionais sadios e construtivos; c) exames pré-nupciais e preparação para o casamento; d) orientação da vida conjugal, visando a solução de problemas e dificuldades surgidas no curso do matrimônio e que ameacem sua estabilidade e continuação; e) auxílio e amparo especial aos que tendem às toxicomanias ou que, estando em fase de abstinência e interrupção dos hábitos tóxicos, temem retomá-los; f) auxílio aos egressos de hospitais e estabelecimentos psiquiátricos, visando o seu reajuste aos meios familiares, profissionais e sociais, assim como dar-lhes o am-

o necessário para evitar o retorno às situações psicopatológicas interiores; g) seleção e orientação profissional, visando evitar ou diminuir os efeitos emocionais negativos dos desajustes com as formas de trabalho; h) toda e qualquer outra finalidade psicoprofilática que represente medida de proteção e segurança de saúde mental.

A *Campanha de Nacional de Saúde Mental* realizará ativamente movimentos educativos de higiene mental, de âmbito nacional, utilizando os meios mais indicados, com o objetivo de alertar o povo, em especial a infância e a juventude, sobre a nocividade dos principais fatores morbígenos, físicos, psíquicos e sociais.

Para os seus objetivos de Psiquiatria Preventiva, a *Campanha Nacional de Saúde Mental* procurará obter a cooperação dos poderes públicos federais, estaduais e municipais, bem como de instituições paraestatais, universitárias e previdenciárias, ou de instituições particulares filantrópicas, assistenciais, educativas, esportivas, recreativas ou de outra natureza.

Pelo resumo apresentado acima vimos que o *Plano da Campanha Nacional de Saúde Mental*, no setor assistencial (hospitalar e ambulatorial) visa fornecer condições adequadas à triagem e ao tratamento do doente mental em todas as áreas do país e, no setor profilático, organizar clínicas de orientação psicológica e campanhas de esclarecimento público—o que cobre todos os aspectos de Saúde Mental de responsabilidade do setor público.

Existe nesse plano uma visão mais global de problemática assistencial, que cobre desde a triagem até a saída do paciente do hospital psiquiátrico e sua adaptação ao lar e ao trabalho.

Para a realização de um trabalho tão completo de profilaxia e de atendimento no campo da saúde mental serão necessárias muitas equipes de técnicos em higiene mental, a trabalhar de modo integrado para a consecução destes objetivos. O psicólogo passa a atuar não só na área de diagnóstico, como nas de psicoterapia, orientação profissional e orientação escolar. O assistente social também tem o seu campo de ação ampliado, responsabilizando-se pela colocação e adaptação profissional do paciente, além de seu trabalho junto à família.

Até o momento são poucas as unidades de atendimento que possuem equipes pluricurriculares completas de higiene mental. O atendimento é essencialmente psiquiátrico e é dado pelos seguintes organismos: 1) Governo Federal através do Serviço Nacional de Doenças Mentais; 2) Governos Estaduais através das Secretarias de Saúde; 3) Previdência Social através do Instituto Nacional de Previdência Social; 4) Entidades Paraestatais não vinculadas ao INPS (como o Instituto do açúcar e do Alcool, Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico, Petrobrás, etc.); 5) Entidades particulares sem

fins lucrativos como as Santas Casas de Misericórdia; 6) Entidades particulares com fins lucrativos—casas de saúde, sanatórios, etc.; 7) Entidades religiosas, aliadas a serviços psiquiátricos públicos ou não, asilos e hospitais espíritas, de irmandades religiosas, etc.; 8) Entidades militares, com ou sem hospital próprio, como sejam o Exército, a Marinha, as Polícias Militares, etc.

O esforço da Campanha Nacional de Saúde Mental vem sendo completado nos vários Estados que estão reformulando a antiga política assistencial e dando cunho essencialmente preventivo ao trabalho na área de saúde mental.

Como exemplo do que está sendo feito em plano estadual vamos apresentar o trabalho de Mendonça e Mariz (2) que nos dão as novas diretrizes adotadas em Pernambuco a partir de 1969.

O *Planejamento de Saúde Mental em Pernambuco* partiu de uma modificação na estrutura da Secretária da Saúde, que instalou assessorias multi-institucionais em níveis central, regional, e local. Integra o programa de saúde mental nas atividades de saúde geral e estas no programa geral do govêrno. O Estado centraliza a utilização de todas as verbas municipais e federais destinadas aos serviços de saúde mental, podendo comprar serviços às entidades privadas quando fôr necessário.

Todo o trabalho na área de saúde mental deverá ser eminentemente preventivo. As atividades de prevenção deverão ser resolvidas através de um sistema de integração de medidas sociais e médicas, pelos organismos administrativos e de saúde pública. Todas as unidades prestadoras de assistência nesta área deverão se conectar funcionalmente (mesmo as privadas), devendo ser adotada uma política de descentralização de serviços e de assistência ao paciente externo.

Esta política se baseia num conceito lato de prevenção que engloba toda a ação médica, e que, aplicado em Psiquiatria se objetiva num programa de ações visando evitar o aparecimento de novos casos, assim como a cronificação dos pacientes e promover a recuperação dos doentes agudos e subagudos através das técnicas atualmente disponíveis. Este conceito lato de prevenção implica em que serão tomadas medidas de *prevenção primária* (planejamento e execução de programas com a finalidade de reduzir a freqüência, na comunidade, dos transtornos mentais) de *prevenção secundária* (diagnóstico e remissão precoce das doenças mentais) e de *prevenção terciária* (redução do número dos transtornos mentais crônicos na comunidade).

Este ponto de vista resultou na criação: a) de quatro tipos de *unidades de hospitalização*—*Hospitais Psiquiátricos* nos quais o doente deverá ser tratado pelo tempo que seu estada requeira, levando-se em conta que devem ser mantidos no seio da comunidade; *Sanatórios*

para internação por períodos curtos, depois dos quais os pacientes passarão a ser externos (casos de neuroses, transtornos psicossomáticos e pacientes em convalescença) e *Colônias para atendimentos* a longo prazo de pacientes crônicos, geriátricos, sem família, etc. e hospitais parciais (diurnos e noturnos); b) na criação de serviços que atendam ao paciente externo; *Policlínicas* onde várias classes de especialistas trabalham atendendo a população de um distrito e *Dispensários* onde se encontram os serviços ambulatoriais, que deverão ser equipados para uma população de 50.000 a 400.000 habitantes, e que terão as secções: de prevenção e tratamento, oficina protegida, avaliação e controle, exames psicotécnicos e serviço domiciliar.

Os dispensários vão funcionar como Centros Comunitários de Saúde Mental dentro da coletividade, recaindo sobre eles a responsabilidade do tratamento, encaminhamento e observação dos casos, bem como a de educar para a saúde mental.

Este programa recomenda medidas extra-setoriais capazes de contribuir para o desenvolvimento do setor psiquiátrico, tais como: apoio à fabricação das drogas necessárias a custos mais baixos, integração das Universidades e Centros de Estudos aos programas de Saúde Mental, estímulo ao auto-financiamento dos serviços, etc.

As ações preventivas deverão ser estimuladas de modo a atingir os grupos mais vulneráveis de população através de medidas como: orientação prática às instituições de ensino, instruções aos planejadores urbanos sobre a melhor utilização do ambiente físico de modo a se garantir melhores condições para a saúde mental, contribuições às reuniões do tipo "Ciclo de Pais e Mestres" prestando orientações gerais e de interesse na prevenção das doenças mentais; recomendações periódicas aos órgãos de ensino sobre assuntos ligados à saúde mental; diagnóstico de saúde mental de escolares, através do estudo de amostras representativas; integração com o serviço de fiscalização de drogas; promoção de pesquisas sócio-culturais de interesse psiquiátrico; implantação de Centros Comunitários de saúde mental.

Estas determinações do plano de reforma do atendimento e de prevenção em saúde mental provocaram insegurança nos setores privados, principalmente por preverem a redução de pacientes hospitalizados. Com o maior conhecimento destas determinações, aos poucos, espera-se que este setor encontre o seu lugar no atendimento aos doentes externos. Os atendimentos mantidos com a Previdência Social e com as áreas universitárias são promissores.

O Estado de Pernambuco pretende, fundamentalmente, nos próximos quatro anos: a diminuição progressiva dos leitos hospitalares; o crescimento do volume de atendimento externo; maior canalização de recursos financeiros e capacitação de pessoal nos mais diferentes níveis.

Este programa apoia-se em sólida estrutura de planejamento dentro do setor de recursos econômico-financeiros e da área técnica propriamente dita, o que o torna aceitável aos olhos de administradores e políticos.

Os líderes da psiquiatria do Estado de Pernambuco e os demais técnicos de Higiene Mental estão formando uma associação que deverá defender este planejamento, consolidando uma filosofia eminentemente preventiva neste campo.

Neste Estado, como vimos, os técnicos de Higiene Mental pretendem agir na área da educação através de recomendações periódicas aos órgãos de ensino e do diagnóstico e tratamento da saúde mental dos escolares nos Centros Comunitários de Saúde Mental ou Dispensários de Saúde Mental.

No Estado de São Paulo, por razões históricas que passaremos a apresentar, a situação é diferente e, a nosso ver, carrega em si mesma a possibilidade da obtenção de resultados mais rápidos e eficientes, no plano da prevenção primária, pois existe uma atuação, nesse sentido, da Secretaria da Educação, além do trabalho da Secretaria de Saúde.

Na *Secretaria da Educação*, no campo da Higiene Mental, resalta-se o trabalho pioneiro do Dr. Durval B. Marcondes, que criou em 1930 a primeira classe especializada para o ensino de deficientes mentais e em 1938 a primeira clínica de orientação infantil, a *Secção de Higiene Mental Escolar*. Nessa clínica foi desenvolvido um intenso programa educativo, com cursos, conferências, programas de rádio, artigos em revistas e jornais e foi realizado o atendimento de casos de crianças-problema baseado numa compreensão dinâmica do paciente. Para a *Secção de Higiene Mental Escolar* foram nomeados os primeiros psicólogos, trabalhando-se aí em equipes pluricurriculares desde o início, com pediatras, psiquiatras e neurologistas.

Na nossas Universidades a formação dos psicólogos evoluiu bastante desde essa época e seria de se esperar que tivessem sido organizadas numerosas equipes pluricurriculares para trabalhar nas áreas assistenciais e preventivas em saúde mental. No entanto, esse conjunto de técnicos vem aumentando muito lentamente em todo o Estado, sendo o Juizado de Menores o serviço que atualmente emprega o maior número de assistentes sociais e de psicólogos, que aí realizam um trabalho de orientação e de reabilitação.

A *Secção de Higiene Mental*, que desde a sua fundação atendia a área escolar, assistiu ao crescimento da população que deveria atender e passou a sofrer tal pressão no sentido assistencial que as atividades de prevenção foram praticamente abandonadas pois não houve aumento correspondente do seu corpo técnico.

O panorama de suas atividades, para uma população escolar de

ALGUNS ASPECTOS DA HIGIENE MENTAL NO BRASIL

2.200.000 contando apenas com 12 psiquiatras e 17 psicólogos foi o seguinte:

assistência médico-psiquiatra—	5.943
assistência psicológica:—exames psicólogos	— 4.627
testes nível mental	— 2.562
orientações	— 2.574
psicoterapia	— 79
entrevistas com pais	
professores, etc.	—10.753
palestras	— 15
reuniões técnicas	— 831

A atendimento de pacientes assumiu um caráter de urgência, o que diminuía a possibilidade de se aproveitar o seu estudo e a sua orientação num sentido psico-profilático mais amplo, que abrangesse todos os elementos do lar e da escola.

Desta forma sua atuação tornou-se cada vez mais assistencial, diminuindo suas possibilidades de atuar junto à comunidade. Por outro lado, diante do número de crianças que procurava atendimento, sua ação parecia inadequada e insuficiente.

A partir de uma análise crítica desta situação iniciou-se um planejamento que permitisse ampliar o trabalho preventivo. A base deste trabalho seria o preparo de professores e autoridades escolares para compreender e lidar com a problemática infantil de modo a evitar, tanto quanto possível, o encaminhamento de casos para tratamento sem que se tivesse tentado solucioná-los em plano mais superficial.

Neste momento os técnicos da Seção de Higiene Mental foram chamados a colaborar junto aos serviços de orientação do ensino primário, onde já trabalhavam educadores sanitários, na solução de problemas relativos ao ensino de princípios de higiene mental e para auxiliar os técnicos de pedagogia a compreenderem e solucionarem problemas especificamente da área de ensino. Esta experiência foi profícua e a partir desta colaboração inicial nasceu uma integração maior dos técnicos de higiene mental com os educadores sanitários, que se revela no trabalho de reforma do sistema educacional paulista, programado de acordo com as determinações do Artigo 72 da Lei 5.692 de 11/8/71, que é Lei de Diretrizes e Bases do Ensino.

Como resultado do trabalho em equipe de psiquiatras, psicólogos e educadores sanitários os princípios de higiene mental serão integrados na escola através da reformulação de programas e da orientação geral da vida do escolar. Esta reforma baseia-se numa visão global do aluno, e por isso a saúde mental passa a ser vista como um dos aspectos da saúde geral.

Apresentamos a seguir o planejamento prévio do ensino na área

de saúde para 1° e 2° graus, de acôrdo com a Lei de Diretrizes e Bases, de modo a mostrar mais um aspecto do trabalho de reformulação da disseminação de princípios de higiene mental no país (2).

De acôrdo com a reforma, passa a ser função da escola a educação para a saúde entendida como “completo bem estar físico, mental e social” (O.M.S.) e não como ausência de doenças. A reforma reconhece que a saúde é imprescindível para a plena realização dos objetivos educacionais. Cabe à escola a liderança na comunicação destes objetivos, sem retirar dos pais a responsabilidade última do seu atendimento. Deverá ajudar os pais e influenciá-los para que procurem cuidar ao máximo de seus filhos e deverá educar seus alunos dentro de padrões adequados de saúde, através da sua vivência e do recebimento do seu ensino. Reconhece ainda, nos seus aspectos assistenciais, que a escola é a agência mais adequada para a formação de atitudes que conduzem à saúde. O aluno receberá a sua influência dos 7 aos 14 anos pois os cursos primário e ginásial passam a ser integrados num único, que será responsável pela sua formação básica.

A escola age, portanto, por um período bastante longo da vida do indivíduo, sendo a agência da comunidade que congrega o maior número de pessoas pelo maior espaço de tempo—o que a torna ideal como base do trabalho em saúde.

A saúde da criança é responsabilidade precípua da família. Cabe à escola estimular a família a assumir esta responsabilidade devendo para isso desenvolver um programa geral de saúde que: 1) seja integrado no programa geral do sistema escolar; 2) evolua e se atualize sempre nas áreas de educação e saúde; 3) leve em conta os fatores biológicos, ecológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos que influenciam o comportamento humano e a problemática local de saúde; 4) concorra para o desenvolvimento da criança, levando em conta suas necessidades, interesses e problemas com base na realidade local; 5) seja uma programação geral de saúde que envolva os docentes, os técnicos, os pais, os administradores e os representantes das várias agências da comunidade.

O elemento chave nesta colocação do problema de educar para a saúde é o professor. Colocada em foco sua atuação e sua situação atual salienta-se a necessidade de prepará-lo para a realização desta tarefa. A programação de saúde, embora centralizada na atuação do professor, deverá envolver a comunidade como um todo. A escola deverá, por sua vez, participar dos programas de saúde da comunidade.

A *programação de saúde na escola* engloba todos os componentes da vida escolar: 1) *ambiente escolar*—físico e emocional (este entendido como produto do relacionamento entre professores, alunos e pessoal escolar); 2) *serviços de saúde*—refere-se ao processo educa-

ivo tomado como um todo; seu conteúdo é organizado com base nas necessidades e interesses da criança e da problemática de saúde da comunidade. É fundamental que a criança conheça os aspectos de saúde ligados ao seu crescimento e desenvolvimento e que se relacione positiva e criativamente com a ciência; 4) *relação lar-escola-comunidade* enquadra as atividades que contribuem para o desenvolvimento de relações de cooperação entre a escola, a família e a comunidade com a organização de associações de pais e mestres, conselhos de educação e saúde e de participação em programas dos órgãos comunitários de saúde. Os programas de saúde, assistenciais e educativos, deverão ser incluídos no planejamento global da escola.

Sendo os objetivos dos programas de saúde oferecer ao educando oportunidades de levar uma vida sadia, útil e completa capacitando-o a desenvolver atitudes e comportamentos válidos em saúde, que propiciem a preservação do seu bem estar físico, mental e social, as suas diretrizes gerais são as seguintes:

- a) cobrir *toda* a população escolar, proporcionando aos escolares necessitados os meios para obter os serviços de que careçam;
- b) a programação da assistência de saúde obedecerá a critérios prioritários de interesse pedagógico;
- c) não deve se limitar aos recursos da escola podendo recorrer aos da comunidade;
- d) o professor deverá receber formação em saúde;
- e) o órgão responsável pelo programa de saúde na Secretaria da Educação deverá contar, nas escolas, com elementos do corpo docente, que coordenarão as atividades de saúde na sua unidade;
- f) as anuidades escolares deverão dispor de condições físicas que permitam o desenvolvimento de atividades do programa de saúde;
- g) todo o pessoal do sistema educacional do Estado deverá estar preparado para compreender e participar do programa de saúde do escolar e de seu desenvolvimento.
- h) a educação em saúde deverá ser incluída no currículo dos cursos de formação do professor;
- i) toda a prestação de serviços assistenciais deverá estar integrada na programação da educação em saúde.

O item *i* envolve a realização de *projetos* que determinem a integração das instituições oficiais e particulares envolvidas na problemática de saúde mediante acordos ou convênios no sentido de evitar duplicação ou dispersão de esforços e de garantir unidade de assistência médica, que nos interessa por ser o que engloba as atividades de higiene mental. Os demais projetos referem-se a assistência odontológica, alimentar, recreativa, etc.

Seu objetivo específico é avaliar o estado de saúde do escolar no decorrer do 1° e 2° graus através de exames de saúde que serão reali-

zados antes do ingresso no 1º grau, no decorrer do 1º e 2º graus, e em face de agravos intecorrentes durante todo o 1º e 2º graus.

Para tanto fará realizar antes do ingresso no 1º grau:

1) exame clínico; 2) exame de acuidade visual; 3) exame de acuidade auditiva; 4) medidas biométricas; 5) exames protoparasitológicos de fezes e complementares de laboratório; 6) testes de prontidão para a alfabetização; 7) imunização (quando indicada); 8) levantamento de ficha de saúde do aluno (cumulativa).

No decorrer da 1ª série

1) testes de ritmo; 2) testes de lateralidade; 3) Mantoux (P.P.D.); 4) exame clínico; 5) testes de acuidade visual; 6) testes da acuidade auditiva; 7) exames protoparasitológicos de fezes; 8) avaliação da ficha cumulativa.

As atividades médico-assistenciais servirão de subsídios para a determinação dos objetivos e conteúdo do programa de ensino de saúde, e do desenvolvimento do programa geral da escola, provisão e manutenção do ambiente escolar adequado e a formação do professor e treinamento de pessoal.

A análise deste planejamento prévio do ensino na área de saúde nos mostra a preocupação de preparar o professor para se tornar veículo da política profilática em saúde física e mental e de estudar todo o ambiente escolar em função dos objetivos. Esta colocação do problema redundará numa ação preventiva ampla e eficiente.

No projeto de assistência médica foram integrados no exame de saúde testes de prontidão para a aprendizagem da leitura e da escrita de ritmo e de lateralidade, o que significa que o professor, ao iniciar o seu trabalho com a classe, terá conhecimentos que lhe permitirão lidar adequadamente com cada criança, evitando a criação de tensões que levem a formação de problemas emocionais e de atitudes negativas em relação a aprendizagem.

A partir deste planejamento prévio serão preparados os programas de saúde, levando em conta o desenvolvimento global do aluno nos setores físicos, motores, intelectuais, emocionais, etc. Esta integração de todos os aspectos evolutivos do aluno numa visão global, a cada momento de seu desenvolvimento, permitirá organizar programas bem dosados, que levem em conta todas as facetas de cada problema. Foi tentada a organização de um programa isolado de educação sexual para 4º e 5º graus, antes desta reforma, mas foi impossível a sua realização, dado o despreparo do aluno de 4º grau no que diz respeito aos outros setores do seu desenvolvimento físico e psíquico. Colocando em foco apenas um aspecto da vida do ser humano, não foi possível tratar de modo adequado dos seus problemas. A visão global da criança em desenvolvimento vai permitir a abordagem adequada de problemas de saúde física e mental.

ALGUNS ASPECTOS DA HIGIENE MENTAL NO BRASIL

Este planejamento prévio na área de saúde, sendo ligado à escola, sobre o período de vida que vai dos 7 aos 14 anos. O período anterior, que é de grande importância, principalmente num estado como o nosso, em que a privação cultural atinge várias camadas da população, terá de ser levado em conta na programação da Secretaria da Saúde, que poderá agir através dos centros de saúde. A Prefeitura do Município de São Paulo, que possui duas clínicas de orientação psicológica tem possibilidade de participar dessa cobertura. No momento a *Secretaria da Saúde* está planejando uma reforma em seus programas e atividades. Além da modernização do atendimento nos grandes hospitais psiquiátricos esta reforma procurará cuidar dos aspectos preventivos através de ação de equipes pluricurriculares de higiene mental, que serão localizadas nos Centros de Saúde já existentes em todo o Estado. A solicitação maciça de atendimento do público levou também esta Secretaria a ficar sem condições de realizar um trabalho preventivo nas últimas décadas. Há atualmente um movimento de reação contra esta situação, que se expressa nos princípios da sua reforma.

O trabalho das Secretarias de Saúde, Educação e Justiça encontra em vários Estados, apóio em entidades particulares como Associação de Assistência à Criança Defeituosa, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Lar Escola São Francisco, Casa André Luiz, Help, etc.

Nas Universidades, hospitais e clínicas de todo o país existem pesquisas e experiências em andamento (como as de epidemiologia do suicídio, no 1º Centro de Prevenção ao Suicídio no Hospital Pinel do Rio de Janeiro, as de epidemiologia das doenças mentais em São Paulo, etc) além de trabalhos específicos de higiene mental do universitário, de caráter preventivo (como o realizado pelo Setor de Psiquiatria do Hospital São Paulo).

Pelo que foi apresentado pode-se perceber que existe nos trabalhos de reforma das atividades de saúde mental em todo o país uma consciência aguda da necessidade de retomarmos as atividades preventivas (no sentido da prevenção primária de Raplan) e de coordenarmos nossos esforços num planejamento que envolva todos as atuais agências de saúde mental, levando em consideração as variações regionais que existem.

As atividades de prevenção secundária e terciária não deverão ser abandonadas. A área assistencial, com a coordenação de trabalhos dos vários órgãos do governo e entidades particulares, terá a eficiência de sua atuação muito melhorada.

Parece-nos, sobretudo, que o espírito das reformas nos vários estados exige um trabalho de equipe, com psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, que atuará em todas as formas de prevenção e

atendimento, possibilitando uma elevação do nível do trabalho técnico em higiene mental no país.

Animados pelo espírito de atualização das formas de trabalho em higiene mental os setores universitários, através de pesquisas e cursos, estão também procurando se integrar e colaborar neste esforço geral.

REFERENCIAS

1. Andrade, Oswald Moraes. "Saúde Mental e Assistência Psiquiátrica no Brasil". In Congresso Latino Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I. *Relatório Oficial Tema único* Associação Brasileira de Psiquiatria, 1970 p. 438-53. Agir (Xerogr.).
2. Mendonça, Marcus e Mariz, Paulo—"Direções, tendências e perspectivas de Psiquiatria assistencial e preventiva no Brasil". In Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental X. Relatórios Oficiais. Revista de Neurologia, Psiquiatria e Neurocirurgia. Recife, Edição Programa Nacional de Assistência Médica Fontoura Wyeth.
3. Secretaria de Educação—Planejamento Prévio do Ensino para 1º e 2º graus de acordo com o determinado pelo Artigo 72 da Lei 5.692 de 11/8/71 (Lei de Diretrizes e Bases do Ensino).
4. Arruda, Joy—*Saúde Mental da Criança Escolar*. São Paulo, Departamento de Educação. Secção de Higiene Mental, 1954.
5. Klineberg, Oto e col.—*A psicologia moderna*. Ed. Agir, São Paulo. 1953 461p.
6. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*. S. Paulo, V, n. 6, nov/dez. 1941.
7. Congresso Latino Americano de Psiquiatria Infantil, II. Temas oficiais e temas livres. Araxá (s.ed.). 1972.
8. Congresso Latino Americano de Psiquiatria Infantil, II. Contribuições aos temas oficiais. Hospital de neuro-psiquiatria infantil FEAP. Araxá (s.ed.). 1972.
9. Congresso Nacional de Neurologia Psiquiatria e Higiene Mental, X. Relatórios Oficiais. Revista de Neurologia, Psiquiatria e Neurocirurgia. Recife. Edição Programa Nacional de Assistência Médica Fontoura Wyeth.