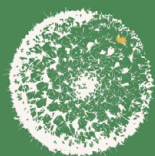


CAMINHOS EM SAÚDE MENTAL



CACTUS
INSTITUTO



INSTITUTO
VEREDAS



CAMINHOS EM SAÚDE MENTAL : 2021

Autoria

Adélia Benetti de Paula Capistrano
Marcel Henrique de Carvalho
Vahíd Shaikhzadeh Vahdat
Laura dos Santos Boeira

Supervisão

Roberto Tykanori Kinoshita

Colaboração

Carolina Scherer Beidacki
Davi Mamblona Marques Romão
Gabriela Solidario de Souza Benatti
Ingrid Gomes Abdala
Renata Penalva Vieira da Silva

Financiamento do Projeto

Esta publicação é resultado do projeto
Caminhos em Saúde Mental,
financiado pelo Instituto Cactus¹.

Prefixo Editorial: 89059

Número ISBN: 978-65-89059-01-1

Título: Caminhos em Saúde Mental

Tipo de Suporte: Internet

Revisão

Vahíd Shaikhzadeh Vahdat

Diagramação e Projeto Gráfico

Manuela Andrade Abdala

Capa

Manuela Andrade Abdala

INSTITUTO CACTUS

Maria Fernanda Resende Quartiero

Diretora Presidente

Luciana Rossi Barrancos

Gerente Geral Executiva

Clara Lanna Turazzi

Logotipo e Identidade Visual
do Instituto Cactus

¹ Os conteúdos e opiniões aqui expressos não refletem, necessariamente, o posicionamento do Instituto Cactus.

APRESENTAÇÃO

As discussões sobre saúde mental estão muito presentes atualmente, em especial no contexto da pandemia de COVID-19. É muito comum que o assunto seja abordado ao se pensar nas dificuldades que as pessoas têm para lidar com suas emoções e sentimentos, por exemplo quando se sentem tristes ou ansiosas além do comum, comprometendo as atividades da vida cotidiana por um período prolongado. **Mas afinal, o que é saúde mental?**

Encontrar respostas para essa questão pode ser um grande desafio, na medida em que há diversos aspectos a considerar e uma infinidade de discursos que buscam conceituar o tema. Ainda assim, logo de partida é indispensável afirmar que a saúde mental não é apenas uma dimensão individual, dependente de fatores biológicos e psíquicos. Ela é o resultado da complexa interação entre esses aspectos individuais e as condições de vida das pessoas, que incluem as relações sociais, o ambiente de crescimento e desenvolvimento, a inclusão produtiva e o acesso a bens materiais e culturais, abrangendo também as possibilidades de participação ativa na vida comunitária.

Por esse ângulo, é possível sustentar que a saúde mental, tanto pessoal quanto coletiva, depende da articulação permanente entre os indivíduos, a comunidade e a sociedade em geral, em busca da criação de condições para uma vida digna e uma realidade social mais justa para todos.

Ao longo desta publicação será possível acessar, reconhecer e aprofundar estas e outras respostas, partindo também de caminhos que abordam a saúde mental como um campo de conhecimento, de práticas e de políticas públicas de cuidado.



Com uma série de inquietações a respeito das necessidades de atuação em saúde mental no Brasil, o **Instituto Cactus** decidiu empreender o projeto de pesquisa *Caminhos em Saúde Mental*, conduzido pelo **Instituto Veredas**. O projeto, desenvolvido entre os meses de março e dezembro de 2020, teve como objetivos oferecer um entendimento amplo e complexo a respeito do campo da saúde mental, considerando tanto os consensos produzidos pelos organismos internacionais quanto a própria experiência brasileira, a qual por décadas serviu de modelo para a construção de estratégias comunitárias de cuidado no mundo. Foi por meio do desenvolvimento deste projeto que o Instituto Cactus pôde melhor definir seus eixos de atuação, assim como priorizar os desafios de maior relevância para suas ações: as demandas de saúde mental relacionadas aos adolescentes e às mulheres.



O **Instituto Cactus** é um instituto filantrópico que trabalha para a prevenção e a promoção da saúde mental no Brasil, em especial para mulheres e adolescentes. Sua atuação se dá principalmente por duas vias: i) *grant-making*, com o apoio a projetos e iniciativas que vão desde a formação e educação socioemocional de adolescentes e mulheres, até o fomento a pesquisas & inovação para geração de novas evidências e intervenções em saúde mental; e ii) *advocacy*, como agente mobilizador e articulador na causa da saúde mental, a partir de parcerias para a atuação direta em políticas públicas e para uma comunicação mais empática e menos estigmatizada em saúde mental.

O **Instituto Veredas** é uma organização sem fins lucrativos que tem por missão construir pontes entre gestão pública, academia e sociedade civil, de forma que o conhecimento técnico e científico possa ser utilizado no aperfeiçoamento de políticas públicas e intervenções sociais. O Veredas está alinhado com o debate internacional de Políticas Informadas por Evidências e tem utilizado o seu ferramental de tradução de conhecimento para abordar uma diversidade de temas relevantes para a vida da sociedade brasileira. Ao longo dos últimos anos, a atuação do Veredas junto ao terceiro setor vem se ampliando, o que reflete o interesse crescente desse grupo pelo uso de evidências para apoiar a tomada de decisão.

Esta publicação, que está dividida em cinco capítulos, teve sua construção diretamente ligada à execução do projeto *Caminhos em Saúde Mental*, que acompanhou o desenvolvimento e amadurecimento do Instituto Cactus enquanto organização atuante no campo da saúde mental brasileira. Dessa forma, o início do projeto, que corresponde ao primeiro capítulo, disse respeito à aproximação inicial do Instituto Cactus com o campo da saúde mental enquanto um domínio de conhecimento e prática em nível internacional. A segunda etapa do projeto, que corresponde ao segundo e terceiro capítulos, além do Anexo B, ofereceu por sua vez uma aproximação com a realidade brasileira e, ao mesmo tempo, apoiou a tomada de decisão do Cactus em relação aos públicos-alvo de interesse para sua atuação. Nesse sentido, a terceira etapa do projeto, que corresponde ao quarto capítulo, permitiu que o Cactus explorasse as diversas estratégias de atuação voltadas especificamente para a saúde mental de adolescentes e mulheres. Além disso, esta etapa também discutiu aspectos relevantes sobre a implementação de intervenções sociais e permitiu a aproximação com atores-chave do campo, os quais também apoiaram a execução do trabalho ao gentilmente concederem entrevistas aos pesquisadores. A conclusão do projeto, que corresponde ao último capítulo desta publicação, levantou perguntas promissoras buscando subsidiar as futuras ações do Cactus e, para tanto, partiu das possíveis lacunas de conhecimento identificadas ao longo do projeto. Por fim, a última etapa também foi uma oportunidade para organizar todas as referências de pesquisa utilizadas nos períodos anteriores e produzir um pequeno *mapa de evidências* do projeto.



O desejo de transformar os subsídios deste processo de desenvolvimento institucional em um documento público nasceu do entendimento de que ele também poderia apoiar o fortalecimento de outras organizações e atores-chave interessados na garantia de direitos e na promoção da saúde mental de adolescentes e mulheres, assim como do campo como um todo. É importante destacar, todavia, que o conteúdo aqui apresentado não pretende esgotar a discussão. Mais que isso, é um estímulo para que outras pessoas e organizações se unam a esses esforços de tal forma a completar ou melhorar o trabalho realizado até agora.

Por fim, é fundamental agradecer o gentil apoio dos mais de 15 parceiros e parceiras envolvidos na realização do projeto, qualificando as análises e reflexões apresentadas, e guiando a pesquisa na abertura de novos caminhos para o trabalho em saúde mental no Brasil.



SUMÁRIO

Prefácio	08
Nota da fundadora do Instituto Cactus	12
Introdução	14
1 O campo da saúde mental	20
2 Saúde mental no Brasil: Histórico e Estruturas	72
3 Os públicos-alvo selecionados: Adolescentes e Mulheres	102
4 Estratégias de atuação em saúde mental	157
5 Lacunas de pesquisa	255
Anexo A - Metodologia	269
Anexo B - Saúde mental no contexto da pandemia de COVID-19	282
Anexo C - Imersão Virtual	292

PREFÁCIO

A premissa de que “não há saúde sem saúde mental”, que há mais de uma década simbolizou o alerta global para a necessidade de ação em relação às consequências causadas pelos transtornos mentais, tem um significado particular nas primeiras décadas de vida – fase do desenvolvimento em que se manifestam pela primeira vez diversos desses transtornos. O desencadeamento dos transtornos mentais em idades precoces tem associação com suicídio, uso problemático de substâncias, incapacidade de viver de maneira independente, problemas com a justiça, evasão escolar, limitações econômicas e problemas de saúde física, como doença cardiovascular por exemplo. Desse modo, problemas de saúde mental não podem ser dissociados de outros problemas de saúde e, particularmente em idades precoces, estes problemas têm consequências que podem se estender ao longo do ciclo vital, comprometendo também a vida adulta ativa e saudável e gerando fragilidades tanto para o indivíduo quanto para famílias e comunidades.

São muitos os desafios no campo da saúde mental. Nesse cenário, algumas prioridades parecem mais salientes em termos de oportunidades para promoção de saúde e prevenção de consequências negativas. Entre elas, a integração dos cuidados de saúde mental às estratégias de saúde geral, utilizando, por exemplo, campanhas de atenção pré-natal, de vacinação e de saúde na escola. Também prioritária deve ser a efetiva implementação das políticas públicas de saúde mental – o que deve ser monitorado através de iniciativas como análise da situação, avaliação de serviços com indicadores, formulação de metas de cuidado relacionadas à saúde mental; integração de dados e prontuários em sistemas digitais de regulação e referenciamento; bem como estudos de implementação em contextos diversos, com apoio e orientação para análise de cenários. Uma outra frente extremamente relevante diz respeito à ampliação da força de trabalho, com reformulação dos currículos dos cursos da área da saúde para inclusão e ampliação de aspectos



relacionados à saúde mental, com foco no treinamento daqueles profissionais que trabalharão na atenção primária (incluindo abordagens de telemedicina), bem como a capacitação de leigos para o provimento de intervenções em saúde mental na comunidade. De modo relevante, globalmente é mais provável que mulheres forneçam serviços de saúde mental, especialmente no nível da comunidade e em ambientes não-especializados.

No campo da pesquisa, cabe uma ênfase na ampliação dos esforços para além da coleta de dados sobre prevalência de transtornos, com o estabelecimento de observatórios de evidências e a multiplicação de estudos de intervenção (seja para prevenção ou para tratamento) em nosso meio, com foco em terapias psicossociais ou em tratamentos combinados, dada a necessidade de evidências culturalmente específicas e segmentadas para cada público para que tais intervenções sejam bem sucedidas. Além disso, o estudo acerca da implementação de tais intervenções é necessário, o que deve ocorrer proporcionando o engajamento e a participação de indivíduos, famílias e comunidades. Por fim, destacam-se as oportunidades (e também os desafios) que o uso de tecnologias digitais coloca para aumentar o acesso a programas de promoção e cuidado em saúde mental.

O trabalho do **Instituto Cactus**, que começa a sua atuação no campo da saúde mental com os públicos prioritários de mulheres e adolescentes, representa um esforço vital para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da Agenda 2030 das Nações Unidas, com suas aspirações por uma população global saudável, equitativa, educada e capacitada até o final desta década. O Objetivo 3 dos ODS tem como meta boa saúde e bem-estar, o que requer a redução da carga de transtornos mentais e mortes por suicídio.



O Objetivo 5 dos ODS busca a igualdade de gênero e empoderamento de todas as mulheres e meninas. Esses dois objetivos andam de mãos dadas, pois sabemos que meninas e mulheres sofrem desproporcionalmente as consequências negativas dos transtornos mentais comuns, que estão fortemente associados às experiências femininas de violência e oportunidades e compensação desiguais em termos de educação e oportunidades no mercado de trabalho.

Alcançar tais objetivos torna-se um desafio ainda maior no contexto sem precedentes impostos pela pandemia e suas consequências. Nesse sentido, pode-se dizer que as prioridades mencionadas são ainda mais urgentes, de modo a permitir uma recuperação da sociedade que promova uma abordagem de *“building back better”*, propiciando a criação de uma nova realidade em que a promoção, a prevenção e o tratamento de questões ligadas à saúde mental ocorram de modo mais efetivo e contextualmente apropriado. Dicotomias do passado que frequentemente impediram a implementação de uma política de saúde mental ao mesmo tempo científica e humana certamente precisam ser lembradas para que os equívocos não se repitam ou até mesmo piorem na realidade de pós-pandemia. Nessa encruzilhada, a promoção e a proteção da saúde mental devem estar em primeiro plano, sendo imprescindível a avaliação continuada das políticas implementadas, de modo adaptar a oferta às demandas do momento e do contexto. Nesse sentido, o fomento à pesquisa em nosso meio torna-se fundamental para ao mesmo tempo desenvolver estratégias culturalmente relevantes e também reduzir a relutância na aceitação e na implementação de intervenções baseadas em evidência.



O campo da saúde mental há muito se dedica a entender por que indivíduos ficam doentes. Esse questionamento, certamente relevante, pode ser acompanhado de uma outra pergunta: por que cuidamos uns dos outros? Sabemos que mecanismos de regulação interpessoal das emoções estão relacionados ao desenvolvimento na infância e na adolescência, quando os pais ou outros adultos e pares desempenham um papel crucial na regulação das emoções dos jovens membros do grupo. Desse modo, podemos dizer que assim como nossas emoções evoluíram em contextos sociais específicos, nossas respostas ao sofrimento emocional também surgiram em um determinado contexto. E é nesse cenário que o surgimento de um ator institucional focado na promoção e prevenção da saúde mental, a começar pela de mulheres e adolescentes, e a produção de um relatório de fôlego sobre o tema tornam-se extremamente bem-vindos: o mapeamento da realidade brasileira apresentado nas próximas páginas representa um primeiro passo fundamental para pensar e avançar nos cuidados da saúde mental no Brasil.

■ **Christian Kieling, M.D., Ph.D.**

Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul & Programa de Depressão na Infância e na Adolescência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

■ **Brandon A. Kohrt, M.D., Ph.D.**

Charles and Sonia Akman Professor in Global Psychiatry, Division of Global Mental Health, Department of Psychiatry, School of Medicine and Health Sciences, The George Washington University, Washington, DC, USA.



NOTA DA FUNDADORA DO INSTITUTO CACTUS

Caros leitores, bem-vindos!

Nossa história tem início em 2019, quando eu decidi buscar novos caminhos para profissionalizar a filantropia do meu núcleo familiar, focando na identificação de causas sociais que demandavam maior atenção e cuidado no Brasil.

Depois de uma imersão no estudo de investimento social de impacto, encontrei a resposta para as minhas perguntas em uma causa ainda pouco falada na dinâmica da sociedade moderna, a saúde mental. Me atentei para o fato de que a saúde mental era um tema comum e transversal às demais questões sociais as quais estava me debruçando e, portanto, com alto potencial de impacto. A estratégia estava traçada e percebi que, ao equipar os indivíduos com conhecimento e capacidades socioemocionais, eles estariam mais fortalecidos para enfrentar as adversidades da vida (relacionadas, entre outros, a temas como educação, violência, moradia e diversidade), ressignificando positivamente suas jornadas e elevando seu bem-estar e qualidade de vida.

Desse processo nasceu o Instituto Cactus, que simboliza a força, a resistência e a adaptabilidade do Cactus e também da mente humana.

Com o esforço de embasar, desde o princípio, o nosso trabalho em evidências e dados, fizemos a feliz parceria com o Instituto Veredas, para a produção de um relatório inédito sobre os caminhos de atuação em saúde mental no Brasil. Buscamos cobrir com este trabalho desde um panorama geral da saúde mental no mundo, com as principais abordagens e definições dessa temática, passando por necessidades, oportunidades e estratégias de atuação, até a identificação de novos caminhos, com a apresentação de um mapa de evidências e principais lacunas de pesquisa no tema.

A publicação deste relatório concretiza um dos grandes objetivos do Instituto: a transferência de conhecimento de forma acessível para tornar o campo da saúde mental menos árido e estigmatizado. Também temos a honra de no nosso prefácio, trazer duas vozes que atuam lado a lado na saúde mental e que representam tantas das outras vozes nesse tema, como a psiquiatria, a epidemiologia e a sociologia, reforçando a nossa crença de que, é aproximando saberes e visões que chegaremos mais longe.

Que possamos deixar de lado qualquer dicotomia ou polarização para mergulharmos nos Caminhos da Saúde Mental, e usarmos o conhecimento como potente ferramenta de transformação.

Esperamos que este estudo seja um convite para que os cidadãos se sintam mais informados e protagonistas de suas respectivas jornadas de prevenção e cuidado com a mente, que mais agentes de mudança se mobilizem para atuar no tema, e um olhar mais empático e menos estigmatizado seja dado à saúde mental.

Saúde mental importa e é urgente fazermos dela uma tarefa coletiva. Unindo governo, sociedade e ciência, deixando as barreiras de lado e abrindo a cabeça para uma ideia mais ampla de saúde. Vamos falar de mente aberta?

Desejo uma excelente leitura!

■ **Maria Fernanda Resende Quartiero**
Fundadora e Diretora Presidente
do Instituto Cactus



INTRODUÇÃO

Ao se pensar sobre saúde mental, uma infinidade de caminhos pode ser trilhada. De um ponto de vista mais focado no indivíduo, ela diz respeito à forma como cada pessoa lida com seu entorno, seus desafios cotidianos e as transformações da vida, conciliando ideias e sentimentos. A saúde mental é, ainda, um enorme e complexo campo de conhecimento cujas fronteiras são difíceis de delimitar, abrangendo desde saberes da psicologia, psicanálise, psiquiatria, neurociências, enfermagem, terapia ocupacional e outras áreas da saúde, até filosofia, antropologia, sociologia, economia e história, sendo muito variadas as maneiras de abordá-la.

A saúde mental é também um campo de práticas e políticas públicas de cuidado, buscando criar recursos novos e promover aqueles já existentes, para que os indivíduos possam lidar com as situações de sofrimento. Nesse sentido, é sabido que os problemas de saúde mental existem ao longo de um *continuum*, desde um sofrimento leve e pontual até condições progressivas e gravemente incapacitantes, podendo afetar qualquer um a qualquer momento, a depender das circunstâncias.

No Brasil, as políticas públicas do campo da saúde mental sofreram enormes avanços e transformações desde o final da década de 1980, a partir das críticas aos tratamentos desumanos oferecidos em hospitais psiquiátricos. Essas transformações foram impulsionadas pela aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, que redirecionou os recursos financeiros anteriormente destinados aos hospitais psiquiátricos, passando a investi-los na criação de uma rede de serviços comunitária, o que transformou o cenário da saúde mental do país, tornando a experiência brasileira um modelo para o mundo. Apesar disso, em consequência de mudanças de rumo ocorridas em nível federal e da crise financeira que afeta estados e municípios, desde 2016 a política nacional de saúde mental tem sofrido uma grave redução de financiamento e diminuição do ritmo de implantação de novos serviços.

É este o contexto em que se insere a presente publicação, a qual se debruça sobre o desafio de identificar caminhos para atuação no campo da saúde mental no Brasil, perpassando as dificuldades de conhecer de modo geral como se entende saúde mental, qual a sua abrangência, a quem se destina e como suas intervenções podem ser operacionalizadas.



ESTRUTURA DO TEXTO

A publicação está organizada em cinco capítulos, estruturados como um aprofundamento gradual em questões relevantes para o debate da saúde mental no Brasil.

O **Capítulo 1 – O campo da saúde mental** tem como objetivo servir de introdução ao tema da saúde mental, apresentando conceitos e movimentos relevantes para o entendimento do campo em nível internacional, assim como para o conhecimento abrangente das possibilidades e necessidades de atuação. Dessa forma, são apresentados: 1) as diferentes definições sobre saúde mental e conceitos relacionados; 2) o conceito de saúde mental, a partir da perspectiva de três grupos de forças distintos; 3) as diferentes abordagens e o que buscam promover; 4) os públicos-alvo mapeados na literatura acadêmica, bem como os desafios que enfrentam em termos de saúde mental; 5) um breve panorama sobre as diferentes dimensões da saúde mental no mundo, incluindo governança, economia, epidemiologia e lacunas de tratamento, entre outros.

O **Capítulo 2 - Saúde mental no Brasil: Histórico e Estruturas** busca fazer uma breve apresentação sobre o contexto em que está inserido o campo da saúde mental no país, servindo como a primeira incursão em território nacional. Para tanto, faz um resgate histórico que perpassa: 1) comentários sobre a reforma psiquiátrica brasileira, que rompeu com a abordagem centrada em hospitais psiquiátricos; 2) a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que estrutura e organiza a atenção em saúde mental no país; 3) os retrocessos decorrentes das mudanças ocorridas na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no período recente. Por fim, a última seção do capítulo apresenta um panorama da saúde mental no Brasil, discutindo seus impactos e ressaltando determinantes sociais relevantes.

O **Capítulo 3 - Os públicos-alvo selecionados: Adolescentes e Mulheres** traz um primeiro aprofundamento sobre as questões de saúde mental relacionadas aos grupos de interesse do Instituto Cactus. O conteúdo que se apresenta é resultado de um processo de priorização de áreas de foco que utiliza três critérios em sua metodologia: 1) a *Importância* que determinada área de interesse tem, considerando a magnitude do problema abordado, além de elementos sócio-históricos e determinantes sociais; 2) a *Tratabilidade* do problema abordado, buscando-se compreender as possibilidades de aprimorar a saúde mental dos grupos de interesse, a partir da avaliação de evidências confiáveis de efetividade de intervenções; 3) a *Negligência* com que o problema tem sido tratado, considerando os esforços no âmbito das políticas públicas relacionadas à saúde mental para cada grupo de interesse.



Assim, são discutidas ao longo do capítulo, as dimensões de *Importância*, *Tratabilidade* e *Negligência* presentes no campo da saúde mental de adolescentes e mulheres.

O **Capítulo 4 - Estratégias de atuação em saúde mental**, como seu título indica, tem como objetivo explorar as diversas formas de agir no campo da saúde mental de adolescentes e mulheres, tendo como principal referência a cidade de São Paulo/SP, escolhida como território estratégico pelo **Instituto Cactus**. Dessa forma, o capítulo está dividido em três seções complementares: 1) a definição de sete categorias de intervenção - *Advocacy*, Empoderamento, Suporte Social, Liderança e Governança, Sistemas de Saúde, Ações de Saúde Mental e, por fim, Sistemas de Informação, Dados Científicos e Pesquisas para Saúde Mental -, a partir do conhecimento sistematizado pelos organismos internacionais; 2) o detalhamento de cada uma dessas categorias de intervenção contendo suas descrições, o mapeamento das prioridades relacionadas e destacadas por instâncias de participação social, além da discussão de aspectos relevantes para a implementação de intervenções e a indicação de exemplos ilustrativos; 3) a apresentação de considerações sobre equidade, de tal modo a identificar os cuidados necessários para evitar a exclusão de grupos vulneráveis das estratégias de intervenção, considerando as dimensões de local de residência, raça/etnia, ocupação e trabalho, gênero, religião, escolarização, além de *status* socioeconômico e capital social. A elaboração do conteúdo apresentado também contou com os subsídios oferecidos por 15 atores-chave do campo da saúde mental paulistana, que cordialmente concederam entrevistas no contexto de desenvolvimento do projeto.

O capítulo que fecha a publicação, **Capítulo 5 - Lacunas de pesquisa**, busca abordar as lacunas de conhecimento relevantes que ainda podem ser exploradas para a construção de novos caminhos, e aprofundamento daqueles já existentes, nas discussões sobre saúde mental no Brasil. Assim, para a organização da discussão, foi elaborado um *mapa de evidências* da publicação a partir da sistematização das referências e bases de dados utilizados ao longo dos capítulos anteriores. Este *mapa* estrutura e orienta a abordagem das lacunas identificadas em relação aos diagnósticos, às intervenções, aos necessários enfoques de gênero e raça, além dos impactos da pandemia de Covid-19 e da sociabilidade no pós-pandemia.

Além do **Anexo A: Metodologia**, que apresenta de forma detalhada a metodologia empregada no desenvolvimento das pesquisas do projeto, esta publicação conta ainda com outros dois anexos. O **Anexo B: Saúde mental no contexto da COVID-19**, que teve seu conteúdo elaborado entre julho e agosto de 2020, traz uma série de considerações relacionadas aos impactos da pandemia nas questões que envolvem a saúde mental da população. Por sua vez, o **Anexo C: Imersão Virtual** apresenta um levantamento exploratório



de vídeos disponíveis no *Youtube*, realizado em julho de 2020, que busca servir como introdução a aspectos relevantes do campo da saúde mental no Brasil, tais como o trabalho realizado pelos serviços públicos, as iniciativas de associações de usuários e familiares, a discussão de conceitos relevantes para o campo, bem como denúncias de violações de direitos humanos.

MÉTODO

O processo de pesquisa para esta publicação foi conduzido a partir de uma adaptação dos métodos descritos na *Ferramenta SUPPORT - Supporting Policy Relevant Reviews and Trials* (LAVIS *et al.*, 2009), que dá suporte à formulação e à implementação de intervenções sociais informadas por evidências. Tal metodologia foi escolhida por consolidar os principais recursos e debates do campo de Políticas Informadas por Evidências, tendo sido desenvolvida por algumas das maiores lideranças na área e validada em diversos contextos.

Entre as definições dessa ferramenta está a de que o processo de identificação de evidências deve ter duas características fundamentais: ser sistemático e transparente. Sistemático para assegurar que o conjunto de evidências relevantes tenha sido identificado, avaliado, ponderado e utilizado apropriadamente, de modo a reconhecer os possíveis vieses de pesquisa ou evitar que a decisão seja influenciada por apenas parte das reflexões existentes sobre o tema. Transparente de maneira que seja possível a qualquer um compreender, escrutinar, questionar, complementar ou replicar o esforço de pesquisa realizado.

Nas diferentes etapas deste trabalho, múltiplos métodos de busca e produção de evidências foram utilizados. Além de uma ampla revisão da literatura acadêmica e de publicações de governos, organismos internacionais e organizações do terceiro setor, também foram analisados e sintetizados dados sociodemográficos correspondentes à população brasileira. Em adição aos subsídios da literatura disponível, também foram realizadas entrevistas com atores-chave do campo da saúde mental paulistana, de tal modo a contextualizar e aprofundar os achados da pesquisa.

Como mencionado anteriormente, uma descrição mais detalhada dos métodos utilizados pode ser encontrada no *Anexo A*, ao fim desta publicação.

O **Instituto Cactus** e o **Instituto Veredas** fazem votos de que esse trabalho possa contribuir para a reflexão e o debate de gestores, trabalhadores, usuários de serviços de saúde mental, além de organizações do terceiro setor e da sociedade em geral, fomentando a criação de novos caminhos para a saúde mental no Brasil.



CAPÍTULO 1

O campo da saúde mental



Este capítulo é o primeiro de uma extensa trajetória na busca por identificar caminhos de atuação no campo da saúde mental no Brasil. Nesse sentido, é um capítulo introdutório à temática e apresenta os conceitos e movimentos fundamentais para (i) o entendimento do campo em nível internacional e (ii) o reconhecimento mais abrangente das possibilidades e necessidades de atuação. Após esse nivelamento inicial, no capítulo seguinte serão dados os primeiros passos em direção às especificidades da realidade brasileira.

Assim, para iniciar essa trilha, o capítulo está dividido em seis seções. A primeira aborda as diferentes definições sobre saúde mental e conceitos relacionados, incluindo suas características particulares, com destaque para o consenso internacional sobre o tema. A segunda seção apresenta a discussão sobre o conceito de saúde mental a partir das narrativas de três grupos de forças do campo: a ciência médica, o papel do Estado e dos dispositivos de controle social, e os movimentos de usuários e seus familiares. A seguir, a terceira seção apresenta as diferentes abordagens neste campo,

diferenciando-as em termos do que buscam promover, a maneira como entendem o campo e as intervenções que empregam. A quarta seção aborda os diferentes públicos-alvo mapeados na literatura acadêmica e os principais desafios enfrentados por cada grupo em termos de saúde mental. Já a quinta seção busca apresentar sinteticamente um panorama sobre as diferentes dimensões da saúde mental no mundo, incluindo governança e economia, epidemiologia e carga global de doença, as lacunas de tratamento, efeitos socioeconômicos e a relação com os determinantes sociais, além das violações de direitos. Finalmente, a sexta seção oferece uma pequena síntese sobre os entendimentos produzidos ao longo do capítulo.

Por fim, é importante destacar que o esforço de pesquisa contou com um método rigoroso, sistemático e transparente de revisão e análise crítica da literatura disponível sobre o tema, envolvendo a avaliação de mais de 640 documentos, incluindo relatórios de organismos internacionais, revisões da literatura e estudos primários. O detalhamento desse método pode ser encontrado no Anexo A - Metodologia, ao fim desta publicação.



1 CONCEITOS DE SAÚDE MENTAL

Não há uma definição única de saúde mental, existem múltiplos conceitos que podem ser encontrados na literatura. Ao longo do tempo, essas visões foram cunhadas para abordar uma questão complexa cuja importância se tornou cada vez mais evidente para a sociedade. Os diferentes entendimentos existentes ilustram a complexidade e variedade de enfoques, interesses e perspectivas existentes neste campo.

Uma maneira de diferenciar as definições de saúde mental é que algumas utilizam conceitos negativos e outras, positivos. Uma definição negativa descreve em geral a saúde como a ausência de doença. Esse entendimento é adotado com frequência na perspectiva biomédica, que está baseada na tradição organicista e neurocientífica, e reduz o processo mental a um processo biológico. De acordo com essa perspectiva, a ausência de doença é o critério que permite caracterizar saúde e normalidade (OMS, 2013). A partir desse entendimento, os conceitos de “transtorno” e “tipos de transtorno” ganham relevância. A seguir são apresentadas algumas definições nesse sentido:

→ **Transtornos mentais:** são caracterizados pela combinação de pensamentos, emoções, comportamentos e relacionamentos sociais anormais (OMS, 2013).

→ **Transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias (TMNS):** subgrupo de condições que constituem uma das principais causas de incapacidade e mortalidade entre as doenças não transmissíveis (DNT)¹ (ONU, 2015).

→ **Transtornos mentais graves e comuns:** os transtornos mentais graves são geralmente duradouros e causam significativa incapacidade, com destaque para esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão moderada e grave (OMS, 2017a). Os transtornos mentais considerados comuns são aqueles altamente prevalentes na população, que impactam o humor ou sentimento das pessoas, com sintomas leves a graves e duração de meses a anos, com destaque para transtornos de depressão e ansiedade (OMS, 2017b).

¹ O grupo das doenças não transmissíveis é bastante abrangente e considera as doenças cardiovasculares, as crônico-degenerativas (câncer, diabetes, doenças renais e reumáticas, etc.), os agravos decorrentes das causas externas (acidentes, violências e envenenamentos) e os transtornos de natureza mental.



As **críticas** a essa perspectiva estão relacionadas (i) às dificuldades de estabelecimento de diagnósticos válidos e confiáveis sobre os transtornos mentais e (ii) à sua abordagem restritiva, prevalecendo a busca pela remissão de sintomas e o uso de medicações como principal resposta, não levando em consideração o campo social no qual os sujeitos estão inseridos (HERNÁNDEZ-HOLGUÍN; HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, 2020).

Diferenciando-se da perspectiva anterior, há **definições positivas de saúde mental que valorizam aspectos positivos e que dão destaque para os indivíduos**. Essas perspectivas reconhecem que não é suficiente definir a saúde mental como a ausência de doenças, há também aspectos que se espera que estejam presentes para caracterizar um estado de saúde. Nesse sentido, são especialmente relevantes os conceitos propostos pela perspectiva do bem-estar e potencialidades. Entre esses conceitos estão:

→ **Saúde mental positiva:** reconhecida em um artigo de revisão sistemática como um campo histórico, socialmente determinado e necessário para a promoção da saúde, apresenta multiplicidade de conceitos teóricos, a partir de modelo proposto em 1970 por Marie Jahoda e reformulado após 40 anos. Sua caracterização envolve fatores relacionados à felicidade e bem-estar, como satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrole, resolução de problemas e autonomia (HERNÁNDEZ-HOLGUÍN; HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, 2020; MUÑOZ; RESTREPO; CARDONA, 2016).

→ **Bem-estar:** condição de saúde holística, cujo processo envolve a busca pela felicidade através de dimensões físicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais. Descreve o estado positivo de ser quando um indivíduo prospera e, nas crianças, influencia a capacidade de crescerem, aprenderem e desenvolverem todo o seu potencial (ACNUR, 2014).

→ **Resiliência:** o conceito se originou na década de 1960, é considerado um processo biopsicossocial relacionado à capacidade de superar adversidades significativas e de se adaptar positivamente à mudança, considerando fatores de risco e proteção (HERNÁNDEZ-HOLGUÍN; HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, 2020; ACNUR, 2014).

As **críticas** a essa perspectiva argumentam que o foco no “bem-estar” envolve uma visão funcionalista, individualista e alienante na medida em que incutem a ideia de que felicidade é uma escolha individual, algo que “só depende de você”, e fazem com que as pessoas se sintam desligadas umas das outras, em busca de um estado de felicidade inalcançável. Além disso, essas concepções podem assumir o sofrimento como socialmente esperado, limitando a atenção dada à necessidade de mudanças das condições sociais (HERNÁNDEZ-HOLGUÍN; HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, 2020).





Nesse sentido, além da diferenciação entre conceitos positivos e negativos, há também definições que oferecem maior consideração ao contexto social. Essas concepções assumem que não é possível separar o indivíduo e sua saúde do meio em que eles se encontram. Há diferentes abordagens que avançam nesse sentido. Entre elas, destacam-se as seguintes:

→ **Perspectiva cultural:** a psiquiatria transcultural surge a partir de influências da antropologia interpretativa, que traz críticas aos pressupostos universais dos padrões culturais de saúde e doença, sendo complexo chegar a uma definição válida que considere os diferentes modelos explicativos de doença e seus contextos socioeconômico, político e histórico (HERNÁNDEZ-HOLGUÍN; HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, 2020; ONU, 2010). Um exemplo de emprego da perspectiva cultural está na compreensão de alguns povos indígenas sobre a indivisibilidade entre “saúde” e “saúde mental”, sendo entendida como sinal de harmonia com seu ambiente, terra, cultura e sistema de valores (OPAS, 2016a).

→ **Perspectiva psicossocial:** perspectiva que considera a mútua determinação entre fatores psicológicos (como o indivíduo sente, pensa e age) e fatores sociais (ambiente ou contexto em que se vive: família, comunidade, estado, religião, cultura). Essa perspectiva analisa o comportamento humano em situações socialmente definidas e tem suas intervenções orientadas pela diminuição do sofrimento emocional, reconstrução de redes sociais e participação de usuários dos serviços de saúde mental como sujeitos de direitos (ACNUR, 2014).

→ **Recuperação/Recovery:** processo de empoderamento de pessoas com desabilidades ou transtornos mentais e que envolve o aparecimento ou reaparecimento da esperança, conexão, aceitação das capacidades e incapacidades próprias. Esse conceito diz respeito ao início de uma vida ativa, com sentimento positivo em relação a si mesmo, à autonomia e à identidade pessoal, a partir da atuação frente a necessidades específicas de suporte e apoio à sua participação plena e efetiva na sociedade (OPAS, 2014; BRASIL, 2015). Este conceito surge como alternativa e crítica à noção de cura e ao modelo de tratamento biomédico (ELLISON *et al.*, 2018), ao considerar que mesmo na impossibilidade de cessar sintomas, deve-se buscar as melhores condições de vida para as pessoas. O conceito de recuperação/recovery também implica uma nova definição da saúde mental, entendida como equilíbrio interno dinâmico, com o uso das habilidades em harmonia com os valores universais da sociedade (GALDERISI *et al.*, 2017).





Essas diferentes concepções interagem entre si e por vezes se antagonizam, no entanto há um consenso sobre a discussão que pode ser identificado nas definições assumidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A definição dada pela OMS é a principal referência para as discussões na literatura. Nesse sentido, o termo “mental” foi mencionado na definição de saúde da OMS, por ocasião de sua fundação em 1946: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças ou enfermidades”, segundo a qual o “bem-estar mental” seria afetado por fatores socioeconômicos e necessitaria de estratégias abrangentes de promoção, prevenção, tratamento e recuperação (OPAS, 2013; OMS, 2013).

Além disso, a OMS define saúde mental como “um estado de bem-estar no qual a pessoa materializa suas habilidades e é capaz de lidar com o estresse da vida normal, trabalhar produtivamente e contribuir para o desenvolvimento de sua comunidade” (OMS, 2013). Esta definição é resultado do esforço para a criação de um consenso internacional frente aos distintos interesses e culturas dos Estados-Membro e aponta uma diretriz progressista de inclusão na agenda política dos países. O conceito da OMS promove uma visão positiva da saúde mental, focada no bem-estar das pessoas e na vida comunitária, em clara oposição a ações de segregação social, embora sua operacionalização concreta seja variada (MUÑOZ; RESTREPO; CARDONA, 2016).

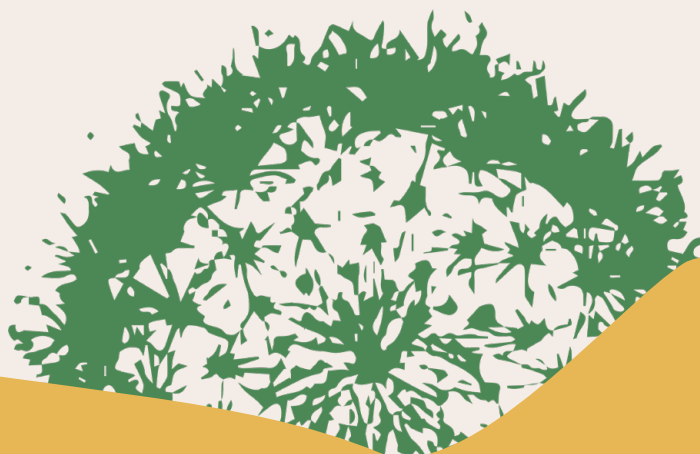
Uma outra questão fundamental no campo da saúde mental é como se referir às pessoas que sofrem com os transtornos. Nesse sentido, algumas pessoas usam termos como “pessoas com diagnóstico psiquiátrico”, “pessoas com transtornos mentais” ou “doenças mentais”, “pessoas com problemas de saúde mental”, “consumidores”, “usuários do serviço” ou “sobreviventes psiquiátricos”. Outros acham alguns ou todos esses termos estigmatizadores ou usam expressões diferentes para se referir a suas emoções, experiências ou angústia.

Um conceito utilizado contemporaneamente é o de pessoas com **desabilidade (disability) psicossocial**. Este grupo envolveria as pessoas que devido a **impedimentos de longo prazo** (de natureza física, mental, intelectual ou sensorial) e que em **interação com diversas barreiras do meio, têm limitada a sua participação** plena e efetiva na sociedade. Esta definição pode se referir (i) a pessoas com comprometimentos mentais, neurológicos, intelectuais; (ii) a pessoas que apresentam sofrimento ou necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas; (iii) a pessoas que sofreram os efeitos de fatores sociais negativos como estigma, discriminação e exclusão; (iv) a pessoas que usam ou usaram serviços de saúde mental; ou (v) que se consideram sobreviventes da psiquiatria (BRASIL, 2015; OMS, 2013).



Nesse contexto, a melhor prática no campo desaconselha a redução da vivência das pessoas a sintomas ou diagnósticos, e recomenda que as pessoas que passam por essas experiências sejam capazes de definir a **partir de posicionamento pessoal e subjetivo** o que saúde mental significa para si mesmas (OMS, 2019c). As pessoas não são apenas um conjunto de sintomas ou um problema a ser resolvido, são sujeitos de direitos, cidadãos, e essa concepção está no cerne da transformação da assistência psiquiátrica ocorrida no séc. XX e que será discutida mais adiante neste capítulo e também no seguinte.

As diferentes concepções de saúde mental indicam que ainda há um debate aberto sobre o que caracteriza a saúde das pessoas e de uma sociedade. Ainda nesse sentido, parece haver um questionamento do que deveria ser considerado “normal” e o que deve ser visto como um “desvio”. Uma questão que se tornou ainda mais presente na sociedade com a recente pandemia de Covid-19.





2 FORÇAS QUE MOLDAM O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

As diferentes formas de conceber a saúde mental discutidas na seção anterior são resultado da operação de um conjunto de forças que molda o campo da saúde mental. Ao longo do tempo, essas forças têm buscado entender o encontro entre o indivíduo e a esfera social e os fenômenos da mente. Elas envolvem dimensões políticas e históricas, são permeadas por costumes sociais e maneiras de entender o mundo. Em conjunto, elas formam uma trama complexa e viva que conta com diferentes atores e grupos de interesse (SALLES; BARROS, 2011; FRAZZATTO; SAWAIA, 2016).

Entender quais são essas forças permite obter maior clareza sobre os diferentes esforços em curso no campo da saúde mental. Para poder apresentar a complexidade dos achados da literatura, daremos ênfase aos **três principais grupos de forças atuantes** neste campo e às transformações que promoveram. Ainda que a descrição em termos de três grupos possa simplificar a complexidade existente no campo, ela é útil para entender as diferentes perspectivas envolvidas.

a. Grupo I - Ciência Médica

O primeiro grupo de forças (referido ao longo deste capítulo como **Grupo I**) diz respeito à **ciência médica**, neste caso com destaque para os métodos de classificação, padronização e atuação sobre os comportamentos humanos. A sua principal expressão é a psiquiatria, que ao longo do tempo promove o reconhecimento de sua legitimidade como campo científico da medicina e o fortalecimento de seu papel social. Neste campo, a validade e a confiabilidade são conceitos essenciais que dão forma aos principais desafios dos métodos diagnósticos e dos tratamentos farmacológicos da psiquiatria. Os desafios surgem uma vez que tratar as chamadas doenças “físicas”, ligadas ao corpo - que podem ter relações de causa e efeito melhor definidas - não é o mesmo que tratar transtornos mentais, em que as alterações mentais e de comportamento não possuem uma causa única bem definida (SAMUDIO; ROBERTO, 2006).



A história do conceito de “doença mental”, observada a partir deste grupo de forças da ciência médica, envolve uma série de mudanças na maneira de definir e entender distúrbios ou transtornos mentais. Essas mudanças indicam o esforço da psiquiatria em se estabelecer na comunidade científica com métodos consensuais de classificar e categorizar os fenômenos mentais, sobre os quais ainda se discute a consistência, confiabilidade e validade dos diagnósticos. As mudanças que ocorreram no sistema de classificação de transtornos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)² e na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)³ são referências importantes nesse sentido.

A título de ilustração, em 1974 o DSM deixou de considerar a homossexualidade como um “desvio sexual” (um “transtorno”) e passou a considerá-lo em alguns casos especiais como um “distúrbio de orientação sexual”, indicando que, se havia um problema, não dependia mais da orientação sexual, mas de como o sujeito assumia essa orientação (SAMUDIO; ROBERTO, 2006). Nesse caso, a homossexualidade em si deixou de ser considerada um transtorno, voltando-se o foco de atenção para o eventual sofrimento relacionado com a orientação assumida. Similarmente, a homossexualidade deixou de constar na CID como transtorno mental em 1990, enquanto os “transtornos da identidade gênero”, como a “transexualidade”, saíram da categoria de “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool”, para serem consideradas “incongruências de gênero”, mais relacionadas com a descrição de uma condição específica que pode gerar sofrimento e não um transtorno (OMS, 2000; OMS, 2019a; COCHRAN, 2014). Essas transformações dependeram tanto do cumprimento de reivindicações de direitos humanos da população LGBT, quanto da falta de evidências empíricas para sustentar a patologização e medicalização da orientação sexual (COCHRAN, 2014).

Outro exemplo de transformação se deu na quarta edição do DSM de 1994, em que se validou universalmente a **influência do ambiente cultural nos transtornos mentais** com a criação de uma categoria chamada “síndromes psiquiátricas culturais”. Dessa forma, especificamente com relação ao distúrbio da esquizofrenia, reconheceu-se que os critérios de diagnóstico devem levar em consideração a cultura e o ambiente social em que o sujeito está inserido (SAMUDIO; ROBERTO, 2006).

² O DSM é produzido pela *American Psychiatric Association* (APA), sendo uma das principais referências sobre diagnósticos para clínicos, pesquisadores e indústria farmacêutica. Existem cinco revisões para o Manual desde sua primeira publicação em 1952, sendo a última delas do ano de 2013.

³ A CID é o padrão oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as condições de saúde. A OMS considera a CID como alicerce para estatísticas de saúde, possibilitando a organização de dados precisos e claros que ajudam a compor retratos do bem-estar de um país. A partir da CID, governos elaboram indicadores e pesquisas que formam a base para quase todas as decisões de saúde tomadas atualmente.





Essas diversas situações explicitam que o estabelecimento de critérios diagnósticos se dá a partir de dimensões operativas e por vezes consensuadas arbitrariamente, a partir de uma **noção de normalidade e de saúde** presente na sociedade em cada momento. É importante ter claro que a cada definição do que é normal, também será estabelecido o que é anormal, e nisso podem residir diversos efeitos de exclusão, discriminação e estigma.

b. Grupo II - O Estado e seus dispositivos de cuidado/control social

O **segundo conjunto de forças** (referido ao longo deste capítulo como **Grupo II**) envolve o **papel do Estado**, com seu sistema e **dispositivos de cuidado e controle social** que, dito de maneira simplificada, busca atuar sobre os problemas da população por meio de políticas e programas. Os dispositivos de cuidado e controle envolvem um amplo conjunto de instituições, como o sistema de saúde, o sistema de educação, o sistema de assistência social, o sistema de justiça, entre outros.

A atuação desses dispositivos é marcada pela contradição entre os pólos de cuidado e de controle, pois quanto maior o exercício do controle, menos espaço há para a produção do cuidado. Um exemplo dessa contradição no campo da saúde mental é o funcionamento dos hospitais psiquiátricos. Essas instituições são responsáveis por cuidar dos indivíduos com transtornos mentais graves, porém com práticas que priorizam o exercício do controle em detrimento do cuidado. Nesse sentido, são caracterizadas como instituições de reclusão, contenção e exclusão de sujeitos que, em sua lógica, são considerados em grande medida como incuráveis e sem valor social (BRASIL, 2016).

Os movimentos de reforma da atenção psiquiátrica que tiveram início no século XX são um marco fundamental no desenvolvimento desse grupo de forças. As novas formulações propostas surgiram como resposta operacional a partir da crítica ao modelo centralizado nos hospitais psiquiátricos, que não demonstraram efetividade em relação à cura, à recuperação da vida social ou em termos de custo-benefício (THORNICROFT; TANSELLA, 2004). **O Box 1** a seguir apresenta em linhas gerais os movimentos que se desdobraram depois da Segunda Guerra Mundial em resposta às limitações do padrão de tratamento vigente até então.



BOX 1

MOVIMENTOS DE REFORMA DA ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA

Apoiando-se nas discussões de autores da década de 1990, Kantorski (2001) descreve alguns dos principais movimentos de reforma nos seguintes termos:

Após a Segunda Guerra Mundial, o contexto de preocupações⁴ com relação à impotência terapêutica da psiquiatria, os altos índices de cronificação das doenças mentais e de incapacitação social, redimensiona-se o campo teórico assistencial da psiquiatria, configurando-se dois grandes períodos de crítica e proposições reformistas, a saber: movimentos de crítica à estrutura asilar envolvendo reformas circunscritas ao interior do hospício como a psicoterapia institucional (na França) e as comunidades terapêuticas (na Inglaterra e EUA), atingindo seu extremo com as terapias de família; e num segundo momento a psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA) que de certa forma superam as propostas anteriores, expandindo as reformas para além do espaço asilar e introduzindo a psiquiatria no espaço público com o seu novo objeto, a saúde mental. (...) a emergência da antipsiquiatria (Inglaterra) e as experiências italianas surgem a partir de Basaglia⁵ enquanto rupturas com as propostas de reforma apresentadas até então, por questionarem o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições.

⁴ De maneira geral, as preocupações diziam respeito à sedação química excessiva, internações de longa permanência, ausência de sinais de melhora dos pacientes, tratamentos degradantes e maus-tratos.

⁵ Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática, marcado pela crítica ao modelo de atenção centrado em hospitais psiquiátricos e pela mudança na condição legal e civil dos pacientes.



Essas iniciativas de reformas na atenção psiquiátrica **marcam a transição dos conceitos de “doença mental” e “psiquiatria” para o de saúde mental, expandindo o campo e abrindo espaço para a inclusão da área social nas ações e reflexões relacionadas.** A busca por superar as dicotomias existentes entre a saúde mental e a esfera social encontra suporte no conceito de **integralidade da saúde.** Entende-se que as pessoas que são foco dos serviços de saúde mental possuem corpos, emoções, histórias, requerendo práticas de cuidado amplas, voltadas à promoção da saúde além da eliminação de sintomas e queixas (FRAZATTO; SAWAIA, 2016). Em síntese, as experiências das Reformas Psiquiátricas propõem que o foco do tratamento se desloque da doença para a pessoa em sofrimento e que a assistência deve ocorrer com o **usuário vivendo em sua comunidade** (SALLES; BARROS, 2011).

Nesse sentido, seguindo o movimento internacional, desde a década de 1970 a OMS passa a **advogar por mudanças na forma de oferecer cuidados.** A organização defende a integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde, tratando os transtornos mentais na comunidade (OMS, 2018a), o que exige uma compreensão mais sistêmica dos processos de adoecimento a partir das ciências humanas como antropologia, sociologia e ecologia. Os grandes marcos da organização também passam a reforçar a necessidade de investir recursos financeiros e humanos em estratégias de cuidado participativas e na comunidade (OPAS, 2013). A crítica e progressivo afastamento da abordagem centrada nos hospitais psiquiátricos podem ser observados nos marcos recentes dos organismos internacionais que orientam as políticas de saúde mental, conforme apresentado no **Box 2.**



BOX 2

MARCOS RECENTES RELACIONADOS AO CONSENSO INTERNACIONAL PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

- 1990** **Declaração de Caracas** (Conferência sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, na Venezuela): enfatiza que a atenção centrada no hospital psiquiátrico não permitiu alcançar os objetivos modernos dos cuidados em saúde mental de natureza descentralizada, participativa, integral, abrangente, contínua, preventiva, com base na comunidade e respeitosa dos direitos humanos.
- 2007** **Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017**: inclui como área de ação a redução da lacuna da atenção em saúde mental.
- 2008** **Programa de Ação para Reduzir Lacunas na Saúde Mental (mhGAP)**: lançado pela Organização Mundial da Saúde para países em desenvolvimento, tem como objetivo melhorar os cuidados dos transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias.
- 2009** **Estratégia e Plano de Ação em Saúde Mental**: preparado pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) para dar continuidade à pendência da reforma da atenção, em substituição ao antigo modelo centrado em hospitais psiquiátricos.
- 2010** **Estratégia Mundial para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool (OMS) e Estratégia e Plano de Ação sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública (OPAS)**: têm como objetivo oferecer orientação para atuação em todos os níveis e determinar prioridades para a ação.
- 2013** **Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2020 (OMS), Reunião Regional de Usuários de Serviços de Saúde Mental e seus Familiares – “Consenso de Brasília” (OPAS e Brasil)**, voltados para os desafios e avanço recentes do campo e sua relação com o protagonismo de usuários e familiares (OPAS, 2013; OPAS, 2018a; OPAS, 2014).



As transformações geradas a partir do exercício das forças do Grupo II também levaram a uma mudança na forma de conceber o impacto das doenças nas populações. Quando o Estado se restringe a promover políticas de saúde com foco na evitação da mortalidade, deixa de levar em conta o custo social das pessoas que vivem com uma doença ao longo dos anos, pois muitas vezes deixam de ter uma vida produtiva e também podem impactar a vida de um familiar (que deixa de trabalhar para ajudar a cuidar das questões de saúde do primeiro). A partir da década de 1960, houve mudança nos perfis de morbimortalidade⁶ nos países em desenvolvimento: doenças infecciosas, que eram a principal preocupação das agências de saúde até então, começaram a dar lugar a doenças crônicas que, devido à sua prevalência e maior carga de doenças⁷, se tornaram a nova preocupação em pouco tempo. A introdução do conceito de carga de doenças (*burden of disease*) associou as medidas de mortalidade com as de morbidade, buscando denotar o valor ou importância de uma doença numa determinada sociedade. **Este método desvelou o impacto dos transtornos mentais e neurológicos dentre as mais significativas cargas de doença no mundo, pois apesar de não terem alta letalidade, levam a perda de muitos anos de vida saudável e produtiva (OPAS, 2018b).**

Tanto OMS quanto OPAS enfatizam a inclusão de medidas sobre a Carga Global de Doenças em diretrizes de planos, programas e políticas nacionais e internacionais, além da elaboração de respostas mais **sistêmicas, colaborativas e centradas na pessoa** para a prevenção e gestão das doenças não transmissíveis (OPAS, 2018b; OMS, 2019b). **A carga dos transtornos mentais e neurológicos** agora é percebida em paridade com as doenças somáticas, sendo necessário o investimento adequado para dar respostas efetivas.

O reconhecimento da relevância da saúde mental para a vida da humanidade é evidenciado pela sua inclusão como parte da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A agenda promovida pela Organização das Nações Unidas em 2015 apresenta explicitamente em seu Objetivo 3.4 os compromissos de reduzir a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis através da prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem estar (OPAS, 2018b; OMS, 2019b).

6 Morbimortalidade é um conceito da medicina que se refere ao índice de pessoas que morreram em decorrência de uma doença específica dentro de determinado grupo populacional.

7 A Carga Global de Doenças é um indicador voltado a medir a magnitude da perda de saúde, considerando os anos de vida perdidos por mortes precoces e o tempo vivido com incapacidades. Este conceito será melhor discutido na seção 5. *Breve panorama sobre a saúde mental no mundo.*



c. Grupo III - Os usuários e ex-usuários dos serviços de saúde mental

O terceiro grupo de forças (referido ao longo deste capítulo como Grupo III) envolve a defesa dos direitos humanos e do protagonismo de usuários dos serviços, ex-usuários ou sobreviventes da psiquiatria⁸, que promovem seu reconhecimento como sujeitos de direitos. Este grupo recebeu maior visibilidade no início do século XXI e ganhou força na última década a partir da manifestação “em primeira pessoa” dos interesses da população que é alvo das políticas e classificações dos grupos anteriores.

Esta terceira força é resultado da tensão existente entre as duas forças descritas anteriormente, onde a invalidação dos indivíduos pela psiquiatria dos séculos XIX e XX e as políticas reformistas implementadas pelos diversos Estados e regiões do mundo legitimam a luta por direitos pelos usuários de saúde mental. Essas pessoas se engajam como parte interessada legítima na luta pelos seus direitos, visto que anteriormente eram considerados apenas como objetos da psiquiatria - conjuntos de sintomas a serem tratados, medicados e segregados em instituições asilares.

O lançamento do Movimento Global da Saúde Mental é um marco importante no avanço deste grupo. O movimento é resultado da colaboração entre organizações multilaterais, universidades e ações de *advocacy* dos movimentos de usuários e profissionais de saúde mental, entre outras iniciativas, aos quais se somaram a publicação de uma série de artigos científicos da conceituada revista científica *The Lancet* a partir de 2007. As ações desse movimento contribuem para qualificar a dimensão da negligência global dos efeitos sociais dos transtornos mentais e neurológicos, além de promover a adoção de respostas informadas por evidências (OPAS, 2018b).

Um marco importante nesse sentido foi a adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência⁹ (CDPD) (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities*) da Organização das Nações Unidas (ONU) pela maior parte dos países do mundo, inclusive o Brasil (BRASIL, 2008). A Convenção tem por propósito promover, proteger e assegurar o exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, além de promover o respeito pela sua dignidade inerente. Ela estabelece uma mudança de paradigma ao abandonar o legado histórico de modos ultrapassados de cuidados de saúde baseados em assimetrias de poder, coerção, discriminação, rejeição e isolamento e tratamento involuntário (OMS, 2019c; SUGIURA, 2020), para promover serviços com práticas baseadas em direitos e informadas por evidências.

⁸ Para saber mais sobre a noção de “sobreviventes a psiquiatria” acesse: <http://www.wnusp.net/> - *World Network of Users and Survivors of Psychiatry*.

⁹ A “*Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPD)” foi traduzida para o português como “Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”. Dessa forma, vale ressaltar que a palavra “*disability*” tem um significado mais abrangente, incluindo não só as pessoas tradicionalmente reconhecidas como deficientes, mas também aquelas com transtornos mentais, conforme indicado na seção 1. *Conceitos*. O uso contemporâneo dos termos “pessoas com desabilidades psicossociais” se justifica pela ênfase na relação direta entre dos impedimentos vividos pelos indivíduos e o meio onde estão inseridos.





Deste enfoque resultou uma ferramenta de avaliação dos serviços de saúde mental baseada na concordância com os mais altos padrões de respeito pelos direitos humanos, denominado **Direito é Qualidade** ou *QualityRights*. De acordo com esse novo paradigma, o reconhecimento das pessoas com transtornos mentais como **sujeitos plenos de direitos**, e não como objetos de caridade ou de tratamento exclusivo do médico psiquiatra, torna-se a base sobre as quais todos os outros direitos podem ser exercidos. Isso tem implicações não só para a terminologia empregada, mas também para o modelo de tratamento utilizado, passando do modelo biomédico para o modelo psicossocial, marcado pela superação de barreiras e disponibilização de igualdade de ofertas concretas e culturalmente apropriadas às diferentes condições e modos de viver (OMS, 2019c; SUGIURA, 2020; OPAS, 2016a).

Como pôde ser visto, os três grupos de forças (necessárias e legítimas) estão sempre em relação, se entrecruzam ora sinérgicos ou antagônicos, produzindo movimentos e avanços neste campo intenso que é o da saúde mental, que se opera a partir de necessidades reais da sociedade em ter instrumentos de controle/cuidado e se utiliza de exercícios de poder para mediar seus conflitos. O campo da saúde mental é um lugar de tensões, do encontro entre o individual e o social, da história dos confrontos entre as ideias de liberdade e autonomia *versus* controle e segregação, de inclusão *versus* exclusão (FRAZATTO; SAWAIA, 2016).





3 ABORDAGENS

Os avanços produzidos pelos três grupos de força discutidos na seção anterior dão origem a referenciais teóricos e analíticos (abordagens) que orientam as diversas formas de atuar nesse campo. A variedade encontrada neste caso é mais um indicador da complexidade existente. Para apresentar as diferentes abordagens reportadas na literatura consultada, elas foram divididas com base nos três grupos discutidos na seção anterior. Apesar de descrevê-las separadamente, essas abordagens muitas vezes se sobrepõem, se misturam, se complementam, se anulam e são coexistentes nos diversos cenários em que se desenvolvem.

As abordagens mais diretamente relacionadas ao **Grupo I** são aquelas cuja legitimidade se dá a partir da validação científica, dos métodos de classificação, da padronização e da atuação sobre os comportamentos:

A) Abordagem biomédica: herdada da tradição biologista e empirista da medicina ocidental, na qual a doença é o produto de fatores anatómicos, fisiológicos ou entidades externas que afetam o funcionamento orgânico; a intervenção visa à cura (remissão dos sintomas), entendida como um arranjo anatómico-fisiológico através de ação diretiva e vertical. É conferido um

protagonismo ao transtorno mental e a terapêutica é fundamentalmente focada no cuidado profissional por especialistas por meio da farmacoterapia, embora em alguns casos outros métodos, como terapia eletroconvulsiva, possam ser aplicados (RESTREPO; JARAMILLO, 2012).

B) Abordagem comportamental:

o estilo de vida é central neste modelo, em que os comportamentos expressam as formas de vida social e cultural, como praticar esportes, se alimentar de forma saudável, não utilizar cigarro, álcool e outras drogas, entre outros. No âmbito das ações de saúde pública desenvolvidas a partir de uma abordagem comportamental, a prevenção baseada em informações, a educação instrucional e as habilidades comportamentais desempenham um papel fundamental. Nessa abordagem configuram-se duas concepções da psicologia norte-americana: behaviorista e cognitiva. O behaviorismo propõe uma abordagem centrada em termos de estímulos e respostas e formação de hábitos, em que o objeto de interesse é o comportamento observável, explicado através dos processos de aprendizagem. Já a abordagem cognitiva, compreende o mental em termos de estruturas e processos cognitivos (não observáveis) que determinam a maneira como as pessoas se sentem, pensam e se comportam (RESTREPO; JARAMILLO, 2012).



As abordagens mais diretamente relacionadas ao **Grupo II** dão destaque para o papel do Estado e seus dispositivos de controle social/cuidado para lidar com os problemas relacionados com a saúde mental:

A) Abordagem da saúde mental e atenção psicossocial (SMAPS):

esta abordagem descreve uma ampla gama de ações para (i) promover o bem-estar psicossocial, (ii) resolver problemas sociais, (iii) prevenir ou tratar problemas psicológicos ou transtornos mentais pré-existentes ou induzidos por emergências e (iv) promover o bem-estar holístico fornecido pela família, amigos e comunidade em geral. Estas ações podem ser implementadas por organizações e pessoas com diferentes formações profissionais e setores que precisam de avaliações práticas e recomendações para ações imediatas, como saúde, proteção comunitária, à criança, mulher e violência sexual; abrigo, nutrição e meios de subsistência. É utilizada por diversas agências da Organização das Nações Unidas como Alto Comissariado para os Refugiados (ACNUR), Agência de Assistência aos refugiados da Palestina (UNRWA), Organização Internacional de Migrações (OIM), Fundo para a Infância (UNICEF), além de aparecer na Estratégia Global das Nações Unidas para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes para 2016-2030 (ACNUR, 2014; OMS, 2018b; OMS, 2015a; VENTEOGEL *et al.*, 2015a; UNICEF, 2018).

B) A abordagem da epidemiologia da carga de doença na saúde mental:

se caracteriza pelo enfoque em indicadores relativos a mortalidade e morbidade¹⁰ dos transtornos mentais. Esta abordagem revela o peso oculto dos transtornos mentais, que levam a perdas consideráveis na saúde e funcionamento das pessoas, sendo um componente essencial para o planejamento e avaliação de saúde. Frequentemente apresentada em diretrizes e recomendações para superar as lacunas de atenção à saúde em países de média e baixa renda, esta abordagem viabilizou a inclusão dos transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias no grupo das **doenças não transmissíveis (DNT)**, que compõe parte das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e sua Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (OMS, 2019b; ONU, 2015).

C) A abordagem socioeconômica concebe a saúde mental em relação ao bem-estar político e econômico da sociedade e defende políticas e programas de natureza multissetorial, como educação, trabalho, justiça, transporte, meio ambiente, assistência social, e prevenção e promoção no campo da saúde (RESTREPO; JARAMILLO, 2012).

¹⁰ Morbidade é a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento.



A abordagem tem estreita relação com a dos **determinantes sociais e econômicos**, que enfatiza a importância da garantia do acesso universal a direitos, a necessidade de ações intersetoriais e a promoção da distribuição equitativa dos recursos existentes. Os determinantes sociais relacionados à saúde mental são: emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, experiências adversas precoces, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida estressantes (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Já a abordagem relacionada ao **Grupo III** explicita o papel dos usuários de saúde mental que buscam a garantia de direitos e a participação plena na vida comunitária:

A) A abordagem dos direitos humanos é baseada na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), que indica os padrões de direitos humanos a serem respeitados, protegidos e cumpridos nos serviços que atendem a população com desabilidade psicossocial. A abordagem traz o reconhecimento de que esta população tem os mesmos direitos de tomar decisões e fazer escolhas que as demais pessoas. A partir dos princípios de exercício de autonomia e dignidade, esta abordagem aponta para os problemas de tratamentos involuntários, indicando que seus supostos benefícios não são mantidos de maneira sustentável e podem causar barreiras de acesso aos serviços (BRASIL, 2015; OMS, 2019c). Defende modelos de cuidado não coercitivos e o paradigma da **tomada da decisão apoiada ou compartilhada**, baseada no direito da autodeterminação e no aumento da participação dos usuários tanto nas opções de tratamento quanto na formulação de políticas públicas (SUGIURA, 2020; DUNCAN; BEST; HAGEN, 2010).

As abordagens relacionadas a cada um dos três grupos colaboram com diferentes ações no campo da saúde mental, de tal modo a abarcar a promoção, a prevenção e o recovery (recuperação). Essas três dimensões do cuidado são tipicamente utilizadas para organizar as ações no campo da saúde e o mesmo se aplica para a saúde mental. A seguir é apresentada uma breve caracterização de cada uma delas:

→ A dimensão de **promoção** da saúde é caracterizada por ações de desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e condições de vida digna, ações voltadas tanto para o fortalecimento de capacidades e competências dos indivíduos buscando a realização de seu potencial, quanto para mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas. Assim, promoção em saúde mental tem profunda relação com a criação de autonomia, de oportunidades que capacitem os indivíduos a fazer escolhas e que permitam a sua participação como protagonistas do seu cuidado. Em última instância, busca a retomada do lugar social da pessoa em sofrimento, num movimento de luta contra a exclusão (GOMES; LOUREIRO, 2013).





→ A dimensão da **prevenção** em saúde mental é caracterizada por ações que visam combater os fatores de risco e reforçar os fatores de proteção ao longo da vida, a fim de modificar processos que contribuam para o desenvolvimento de transtornos. As ações de prevenção consideram tanto os fatores individuais (focando em intervenções precoces nas janelas de oportunidade do desenvolvimento psíquico) quanto os determinantes sociais da saúde mental (como políticas para o enfrentamento da escassez de alimentos, água, terra e energia, bem como situações de violência e conflitos armados) (IRARRÁZAVAL; PRIETO; ARMIJO, 2016). Assim, as dimensões de prevenção e promoção da saúde estão intimamente conectadas, se reforçando mutuamente.

→ Já a dimensão do **recovery** está relacionada com o tratamento em um entendimento amplo, que vai além da busca pela remissão de sintomas, priorizando o quão participativa pode ser a vida de um indivíduo em sua comunidade, apesar da existência de algum transtorno ou dificuldade. **O conceito de recovery tem quatro fundamentos principais:** a *saúde*, a partir da busca pela superação ou diminuição de sintomas e pelo bem-estar físico e emocional; a *moradia*, entendida como o acesso a um lugar estável e seguro para se viver e pelo sentimento de segurança em casa; o *propósito de vida*, que está relacionado com o exercício de papéis significativos, acesso a emprego, à escola, ao cuidado familiar, e produção de autonomia; a *comunidade*, entendida como o lugar onde a vida deve acontecer e a busca pela construção de condições para tanto (ELLISON *et al.*, 2018).

As três principais forças envolvidas no campo da saúde mental podem oferecer contribuições para cada uma das dimensões descritas acima. O quadro a seguir é um esforço de apresentação esquemática (simplificada) que permite ampliar o entendimento sobre as ações desenvolvidas e exemplos dos diferentes enfoques e prioridades relacionadas com cada um dos grupos de forças.



Quadro 1 - Ações relacionadas a cada um dos três grupos de força do campo da saúde mental nas dimensões de prevenção, promoção e *recovery*.

	GRUPO I - CIÊNCIA	GRUPO II - ESTADO	GRUPO III - USUÁRIOS
PREVENÇÃO	Estudos para estimar, classificar e priorizar fatores de risco e proteção.	Políticas e ações para reduzir os fatores de risco.	Ações de advocacy para influenciar aplicação de mudanças estruturais.
PROMOÇÃO	Estudos para estimar, classificar e priorizar fatores de proteção.	Políticas e ações para promover os fatores de proteção.	Elaboração e ratificação de convenções de direitos como ECA, CDPD, Declaração dos Direitos Humanos.
RECOVERY	Farmacologia e intervenções para os sintomas apresentados.	Organização da rede de cuidados e formulação de políticas públicas.	Fortalecimento do protagonismo infantojuvenil, de pessoas com habilidades psicossociais, populações marginalizadas etc.

Ainda que esquematicamente seja mais simples apresentar separadamente as diferentes contribuições de cada grupo de forças para as três dimensões de atuação em saúde mental, é importante ressaltar que o exercício dessas forças se dá de maneira complementar, muitas vezes sobreposta, tanto nas reflexões teóricas quanto no cotidiano das práticas dos serviços.



4 PÚBLICOS-ALVO

Ao atuar no campo da saúde mental, é importante reconhecer que há especificidades nos desafios enfrentados pelos diferentes grupos da população. As questões que enfrentam na vida cotidiana podem ser diferentes e os determinantes sociais que influenciam o seu estado de saúde e que podem levar à sua exclusão social também podem diferir. Frente a isso é de se esperar que a forma de atuar junto a cada público-alvo também considere tais especificidades.

Por meio da pesquisa documental realizada, foi possível identificar principalmente dez diferentes grupos da população que têm sido abordados no campo da saúde mental. Esses grupos são definidos a partir de critérios diferentes. Alguns deles são definidos em termos do ciclo de vida, que é o caso dos públicos-alvo: (a) crianças, (b)

adolescentes e (c) idosos. Outros grupos são definidos a partir da hipótese das causas dos problemas enfrentados: (d) usuários de álcool e outras drogas, (e) pessoas com habilidades psicossociais e (f) saúde mental do trabalhador. Há públicos-alvo cujos desafios estão especialmente associados a questões de estigma e discriminação, como é o caso das discussões de (g) gênero e (h) raça. Há ainda outras questões mais específicas, como os desafios enfrentados por (i) povos indígenas e por (j) populações que são submetidas a situações de emergência humanitária.

A seguir são apresentadas breves descrições dos desafios enfrentados por cada um desses grupos e alguns dos determinantes sociais que são identificados como relevantes pela literatura em cada caso.



Públicos-alvo definidos em termos de ciclo de vida

a. Crianças

Apesar de existir uma preocupação crescente com a saúde mental das crianças, a maioria dos desafios passa despercebida e com frequência é alvo de estigma e discriminação. Em muitas situações, por conta da incompreensão existente, as crianças e adolescentes afetados por questões de saúde mental são erroneamente vistos como “não se esforçando o suficiente” ou como causadores de problemas (OMS, 2018a).

Entre os **determinantes sociais** que podem prejudicar a saúde mental das crianças estão a exposição ao abuso e a negligência, a instabilidade e dinâmicas familiares abusivas, estigmas culturais, a exposição à violência, a insalubridade e condições de moradia precárias, a fome e a desnutrição e a dificuldade de acessar serviços de atenção e tratamento de saúde. A exposição precoce e repetida à adversidade também pode levar a problemas emocionais, comprometer a memória de trabalho, diminuir a flexibilidade cognitiva e o autocontrole, o que pode gerar efeitos negativos no aprendizado, na prontidão escolar e, mais tarde, na produtividade econômica. As crianças que enfrentam esses estressores também podem entrar na pré-escola com níveis mais baixos de desenvolvimento da linguagem, além de taxas mais altas de dificuldades emocionais relacionadas ao medo e à ansiedade, prejuízos na função executiva e autorregulação e uma variedade de dificuldades categorizadas como problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ou outros problemas de saúde mental. Tais desafios mais tarde também podem se relacionar com o envolvimento em delitos e crimes violentos e doenças crônicas (BAREN *et al.*, 2008; GOLDMAN *et al.*, 2013; JONES *et al.*, 2009).

b. Adolescentes

No período da adolescência, a transição da infância para a vida adulta, somam-se aos determinantes presentes na infância outros fatores biológicos e sociais. A adolescência é vista como um momento de definições sexuais, profissionais e familiares, um rico período em que o sujeito necessita responder de uma forma singular às demandas sociais. Em meio aos desafios que se apresentam, os adolescentes também buscam liberdade e desejam participar de um grupo, o qual pode passar a se configurar como o seu território afetivo e emocional (BOTELHO *et al.*, 2008). Muitos comportamentos que apresentam riscos para a saúde, como o uso de substâncias ou risco sexual também começam na adolescência (OMS, 2018a).





Os desafios dos adolescentes se ampliam se eles não têm acesso à escolarização suficiente ou estão defasados, criando barreiras para a entrada no mercado de trabalho, que é cada vez mais exigente. Como consequência, as relações familiares podem ser fragilizadas e os jovens podem ser levados a encontrar sua inserção laboral apenas em atividades marginalizadas (BOTELHO *et al.*, 2008).

Conforme descreve a Unicef (2019), a saúde mental dos adolescentes está relacionada a uma transição saudável para a idade adulta, com implicações no bem-estar geral, crescimento e desenvolvimento, autoestima, resultados positivos na educação, coesão social e resiliência diante de futuras mudanças na saúde e na vida.

c. Idosos

No que se refere à população idosa, os desafios para um envelhecimento ativo estão principalmente relacionados aos riscos causados pela depressão e a demência. A demência, em particular, é uma causa importante de incapacidade e dependência para esses indivíduos, ao mesmo tempo que gera um impacto físico, psicológico, social e econômico para cuidadores, famílias e a sociedade em geral. Como essa doença acarreta declínio cognitivo, há uma interferência nas atividades diárias dessas pessoas. Atividades profissionais, domésticas e inclusive hábitos como se banhar, se vestir, comer, usar o banheiro se tornam cada vez mais difíceis.

Embora não haja cura, o diagnóstico precoce e o tratamento de apoio podem melhorar consideravelmente a vida das pessoas com demência e de seus cuidadores, além de otimizar a saúde física, a cognição, a atividade e o bem-estar dos pacientes (OPAS, 2018a).

Públicos-alvo definidos em termos da hipótese das causas dos problemas

d. Usuários de álcool e outras drogas

O uso prejudicial de álcool e de outras drogas é outra área que exige a atenção do campo da saúde mental. De acordo com a literatura, há uma série de fatores individuais e sociais que aumentam tanto a disposição de um indivíduo em experimentar drogas como sua suscetibilidade para desenvolver dependência em relação a elas. O longo histórico de desfavorecimento social e pessoal, temperamento e traços de personalidade (influenciados por variações genéticas), problemas pré-natais, experiências adversas na infância, educação precária, ausência de vínculos com a família, isolamento social e distúrbios psiquiátricos estão entre os fatores que podem contribuir



para suscetibilidade a transtornos por uso de substâncias. Além disso, também se identifica que uma grande proporção de indivíduos que fazem uso prejudicial de drogas começa e continua a usá-las para lidar com condições adversas na sua vida, tais como violência e abuso, pobreza e exclusão social extrema, fome e carga de trabalho excessiva.

Desde a perspectiva do controle social, a dependência do uso de drogas muitas vezes é abordada pela via da saúde, como um transtorno que precisa ser tratado, mas em muitos casos tem sido considerada um crime que deve ser punido. No entanto, o confinamento em prisões ou em centros de tratamento compulsório em geral degradam as condições de vidas já problemáticas dos usuários, especialmente entre os mais jovens e mais vulneráveis. A exposição ao ambiente prisional facilita o vínculo com criminosos mais velhos, gangues e organizações criminosas, contribuindo também para a ampliação do estigma e para a criação de uma identidade criminosa. Com frequência, amplia a exclusão social, agrava as condições de saúde e reduz as habilidades sociais. Dessa forma, a situação de encarceramento pode ser contraproducente para a recuperação de indivíduos vulneráveis, que muitas vezes já foram “punidos” pelas experiências adversas de sua infância e adolescência, e que podem estar neurologicamente e psicologicamente vulneráveis (ONU, 2010).

e. Pessoas com desabilidades psicossociais

O grupo das pessoas com desabilidades psicossociais é um grupo heterogêneo. Esse grupo inclui pessoas com diferentes tipos de incapacidades, que podem ser mais ou menos graves e adquiridas no nascimento ou mais tarde na vida. As pessoas com desabilidades psicossociais também variam em todas as características demográficas, incluindo idade, origem étnica, lugar de moradia e outras condições (OPAS, 2018a; OIT; OCDE, 2018). Ainda que diferentes entre si, todos esses indivíduos possuem dificuldade de inserção social e correm alto risco de exposição a estigmas, discriminação e violação do direito a uma vida digna.

Ainda que exista um processo histórico de transformação dos modos de cuidado em saúde mental, a perspectiva do controle social ainda oferece como resposta às pessoas com desabilidades psicossociais a rejeição e o isolamento em hospitais psiquiátricos, muitas vezes imposto de maneira coercitiva. Essa forma de abordar os problemas está baseada nas crenças sociais de que essas pessoas são automaticamente um perigo para si e para a sociedade, e de que elas não são capazes de tomar decisões por si mesmas. Essa forma de pensar e abordar os problemas favorece a violação de direitos, como o direito de viver livremente na comunidade e o direito de tomar decisões sobre tratamento ou apoio. Há evidências de que os efeitos do tratamento coercitivo levam a traumas substanciais, que seus supostos benefícios não podem ser mantidos de maneira sustentável, e que o medo da coerção pode realmente impedir a busca por ajuda (SUGIURA, 2020).





Além disso, a reinserção social após algum período de internação não significa necessariamente o fim da exclusão para aqueles com habilidades psicossociais. De fato, ela pode representar uma inclusão social perversa em um contexto que os excluiu. Quando não acessam os cuidados comunitários de saúde, os egressos de hospitais psiquiátricos relatam a falta de possibilidades, ausência de interesses, um cotidiano monótono, em uma circunstância de isolamento. Os discursos revelam, em um primeiro momento, falta do que fazer, não ter aonde ir, não ter com quem falar e a ausência de opções. Esse contexto ratifica a presença de uma rede social frágil, um contexto que favorece o isolamento, solidão e inação. Frente à escassez de relacionamentos, na maioria das vezes é a família que se responsabiliza pelos cuidados dessas pessoas. No entanto, os familiares ficam ansiosos por soluções, necessitando de auxílio para conviver no dia a dia e nem sempre encontram uma resposta nos serviços de saúde. Em alguns casos, a família nuclear mais próxima fica sujeita à condição de isolamento e discriminação, os familiares são impedidos de continuar trabalhando, se distanciam do corpo social e restringem as visitas (SALLES; BARROS, 2011; FRAZATTO; SAWAIA, 2016).

Um desafio discutido de maneira recorrente nos documentos mapeados foi a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho. Em muitos países, pessoas com habilidades são rotineiramente classificadas como inativas, em termos do mercado de trabalho. Ou seja, não são nem registradas como possíveis candidatas ao emprego. A literatura identifica que há um grande número de barreiras que podem ser impostas desde o início da vida dessas pessoas, e que impactam significativamente a sua capacidade de encontrar um trabalho decente. Uma das barreiras mais significativas enfrentadas está relacionada à educação. No melhor dos casos, as pessoas com habilidades psicossociais são incluídas parcialmente na educação convencional, legando um nível médio de educação inferior ao restante da população. As opções limitadas de transporte público acessível para deslocamento entre casa e trabalho adicionam outra barreira de acesso ao trabalho a esse grupo da população, especialmente para aqueles que vivem em áreas remotas e rurais. Os preconceitos e a má compreensão existentes na consciência social, que se refletem no setor empresarial, também adicionam barreiras. Apesar dos benefícios da diversidade para o ambiente de trabalho, muitos empregadores consideram as pessoas com habilidades psicossociais como menos produtivas que as demais e com frequência superestimam os custos de adaptação. As atitudes negativas no ambiente de trabalho também podem levar essas pessoas a não divulgar a sua situação, impedindo que solicitem os ajustes necessários e levando ao absenteísmo ou a trabalhar mesmo quando não lhes é possível (OIT; OCDE, 2018; OIT, 2015).



f. Saúde mental do trabalhador

A saúde dos indivíduos está imbricada com as condições de sua vida, que inclui sua trajetória pessoal, as questões familiares, educacionais, subjetivas e também aquelas relacionadas ao trabalho ou à ausência dele (PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011). **O aumento do desemprego e a precarização das condições do mercado de trabalho têm tornado o campo da saúde mental cada vez mais relevante para a saúde dos trabalhadores, independentemente da existência prévia de um transtorno.** Especialmente para os trabalhadores que se encontram em uma situação de informalidade, ou análoga a essa, há uma negação dos direitos do trabalho, ausência de oportunidade suficientes para emprego de qualidade, proteção social inadequada e ausência de diálogo social (OIT, 2018). Dadas as condições do mercado de trabalho e suas exigências, recomendar que os indivíduos simplesmente mudem de ocupação nem sempre é alternativa. Muitas vezes não é possível para um indivíduo desconsiderar anos de dedicação e empenho em uma determinada atividade e procurar outro trabalho por mais adversa que seja a situação (PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

A esse contexto desafiador, somam-se a automação, a vigilância e a mecanização em fábricas e escritórios. Esses novos fatores estão apresentando riscos de estresse e excesso de trabalho adicionais, além de reduzir o tempo necessário para realizar as atividades e eliminar postos de trabalho. No ambiente laboral, crescentemente têm sido empregadas práticas de gerenciamento e de recursos humanos que envolvem novas técnicas de monitoramento de desempenho e introduzem o uso de *big data* e análise de pessoas para fazer julgamentos e eliminar o suposto “problema de pessoas”. Quando as metas de desempenho são aumentadas juntamente com a aquisição de dados cada vez mais granulares com esses novos dispositivos, os funcionários sentem que não há escolha a não ser trabalhar mais rápido e por mais tempo, levando a riscos significativos à segurança e à saúde. Além disso, padrões irregulares de carreira, tempo fora do mercado de trabalho para cuidar dos filhos e para o trabalho doméstico, licença maternidade, doenças físicas e problemas de saúde mental podem afetar o desenvolvimento da reputação *online* e *offline*, sobre a qual se baseiam muitas contratações e pode levar à discriminação e exclusão do mercado de trabalho. Conforme será discutido a seguir, esses desafios são ainda maiores para as mulheres que são submetidas a jornadas duplas ou triplas (OIT, 2018).



Públicos-alvo cujos problemas estão associados principalmente a estigma e discriminação

g. Gênero

Há duas vertentes de estudos associadas à discussão de gênero. A primeira delas dá atenção às mulheres que historicamente têm sofrido dominação dos homens. De um modo geral, esses estudos ressaltam a vulnerabilidade da mulher em um contexto relacional envolvendo as hierarquias sociais ou relações de poder. Uma segunda perspectiva explora outras orientações sexuais, sobretudo a transexualidade e as mulheres lésbicas, despatologizando olhares e ressignificando a vivência deste segmento. Os materiais identificados na pesquisa documental dão atenção à primeira vertente e por isso os parágrafos a seguir darão atenção a ela. Com relação à segunda vertente, parece haver uma lacuna na literatura ao seu respeito.

A literatura identifica que é durante o período da adolescência que as normas de gênero são consolidadas e com isso se intensifica a discriminação de gênero. Apesar de afetar tanto a meninos como meninas, as aspirações e oportunidades das meninas são as mais afetadas. Normas de gênero podem limitar a capacidade das meninas de viajar ou frequentar a escola, os lugares em que podem ir ou o tipo de interações sociais que podem ter. As meninas também são mais propensas do que os meninos a se casarem quando crianças, a abandonar a escola e a experimentar iniciação sexual forçada. As meninas que se casam antes dos 18 anos ou engravidam precocemente podem encontrar menos oportunidades de educação e emprego remunerado, menor capacidade de tomada de decisões e maior risco de violência por parceiro íntimo. Nas sociedades em que o acesso à educação sexual, a contracepção e o aborto seguro são limitados, as meninas que engravidam fora do casamento podem acreditar que autoagressão ou suicídio são suas únicas alternativas. Meninos e jovens também enfrentam influências de gênero em sua saúde. As expectativas culturais de “o que significa ser homem” podem levar os meninos a se envolverem em comportamentos de risco e prejudiciais à saúde, como tabagismo precoce e uso problemático de álcool e outras drogas, além de fomentar atitudes violentas para demonstrar a sua masculinidade (KAPUNGU; PETRONI, 2017).

Ainda que se intensifique na adolescência, a discriminação de gênero se estende por toda a vida das mulheres. Entre os fatores psicossociais associados à saúde mental das mulheres estão fome, desnutrição, anemia, violência doméstica e violência reprodutiva. Também há alguns estudos sobre diferenças de gênero no sofrimento mental oriundo do trabalho, em especial focado em ambientes hostis a mulheres e na dupla (ou tripla)



jornada de trabalho. Devido a essas circunstâncias, as mulheres estariam mais propensas – 50% mais – a ter um transtorno mental em comparação com os homens durante a vida¹¹. Elas são mais suscetíveis a apresentar sintomas ansiosos, depressivos, transtornos alimentares e o transtorno de estresse pós-traumático (ROSA; CAMPOS, 2012; SEKAR, 2011).

Frente a essa situação, as mulheres ainda têm de enfrentar a falta de compreensão e a fragmentação nos serviços de saúde, o que indica desafios das instituições de controle social e cuidado (Grupo II). Os profissionais admitem que nos atendimentos, no geral, as mulheres se silenciam sobre a violência de gênero, ao mesmo tempo em que intensificam a procura por serviços de saúde, sendo estereotipadas como ‘poliqueixosas’. Por ser distante da grade curricular da formação médica, há uma dissociação entre o registro das queixas das mulheres e as suas vivências da violência. Com frequência, os registros em prontuários se resumem aos sintomas e prescrições médicas, ignorando o contexto de vida destas mulheres. Há dificuldades da atenção integral à saúde da mulher com transtorno mental, que requer ações intersetoriais dada a associação com outros fatores sociais. A ausência desse tipo de atenção gera dificuldades para que elas consigam exames ginecológicos com regularidade, sendo muitas vezes expostas à gravidez indesejada, ao câncer de mama ou à perda do “poder familiar” sobre os filhos (ROSA; CAMPOS, 2012).

h. Raça

Apesar de ter uma discussão incipiente na literatura, outra população que enfrenta transtornos de saúde mental devido ao estigma e à discriminação são os grupos alvo de racismo. Em países como o Brasil e os Estados Unidos há um movimento crescente para que o preconceito e a discriminação racial sejam reconhecidos como causadores de problemas de saúde mental (ROCHA, 2019; BERNARDO, 2019). A depender do contexto, a noção de raça pode estar associada a uma característica biológica ou a um atributo étnico-cultural. No caso do Brasil, a população negra tem sido historicamente alvo de racismo e por essa razão têm sofrido uma discriminação sistemática de formas diretas e indiretas, colocando-a em uma posição de inferioridade na sociedade.

Além das condições precárias de vida a que muitas vezes está submetida, a população negra é vítima constante não apenas de agressão racista aberta, mas de uma estrutura social que a inferioriza, apaga, humilha ou associa ao que há de ruim. Desde o período escolar, as crianças negras

¹¹ Ao discutir a saúde mental das mulheres é importante estar atento a como se está definindo a norma à qual se supõe que elas deveriam se conformar. Em alguns casos, assume-se que a norma está associada ao comportamento dos homens e, por essa razão, os efeitos produzidos pelas intensas alterações hormonais associadas aos períodos pré-menstruais, puerpério e menopausa caracterizariam problemas psicossociais. Abordagens desse tipo poderiam caracterizar alguns dos esforços da perspectiva da ciência (Grupo I) no campo da saúde mental.





podem ser vítimas de estigma e discriminação pela sua aparência. Ao observar as posições de poder na sociedade ou as mensagens da mídia, essa população também não se vê representada, podendo levar a um processo de rejeição de si mesma. Devido às barreiras impostas pela discriminação social, negros e negras também são submetidos a repetidas frustrações, tem suas oportunidades limitadas e sua perspectiva de futuro reduzida, além de jovens negros serem vítimas frequentes da agressão policial no Brasil. Os desafios existentes são ainda maiores para mulheres negras que também estão submetidas a situações e contextos de discriminação de gênero. (ROCHA, 2019; SILVA, 2005; DAMASCENO *et al.*, 2018).

Como consequência, pessoas negras podem internalizar as características negativas que lhes são atribuídas, prejudicando a sua autoestima. O sentimento de inferioridade gerado pode causar constrangimento na relação com os pares, e favorecer o aparecimento de comportamentos de isolamento, muitas vezes entendidos como timidez ou agressividade. Também podem desenvolver transtornos de ansiedade e depressão, os quais podem se desdobrar no suicídio. Entre as principais razões para o suicídio de jovens negros no Brasil estão “rejeição” e sentimentos de “inferioridade” e “não pertencimento” (BERNARDO, 2019; SILVA, 2005).

Públicos-alvo definidos por questões particulares

i. Povos originários

As taxas de problemas de saúde mental nas comunidades indígenas estão aumentando sistematicamente em todo o mundo. Entre os problemas mais comuns estão as altas taxas de suicídio e o consumo prejudicial de substâncias psicoativas entre a juventude indígena.

Apesar da literatura sobre este tema ser ainda limitada, há diversos determinantes sociais que contribuem para esses desafios de saúde mental. Entre outros problemas sociais, a literatura identifica como relevantes, no contexto da América Latina, a pobreza no México, a desnutrição na Guatemala, a alta incidência de doenças infecciosas e mortalidade infantil na Argentina, Equador e Peru, bem como taxas muito altas de alcoolismo na Venezuela. Somam-se a esses determinantes, outros fatores como o desemprego, baixa escolaridade, moradias superlotadas, com baixa ventilação e baixa qualidade da água – tornando essas populações especialmente vulneráveis.

Os desafios são agravados pelo acesso limitado aos serviços de saúde. Além dos desafios enfrentados por outros grupos marginalizados da população, os povos indígenas também enfrentam um desafio de natureza epistemológica, já que os serviços de saúde, de modo geral, adotam uma abordagem e cosmovisão que podem diferir em grande medida daquelas adotadas tradicionalmente em suas culturas (OPAS, 2016c).



j. Populações em situação de emergência humanitária

Atualmente, o mundo está enfrentando um número grande de emergências humanitárias decorrentes de conflitos armados e desastres naturais. O terrorismo, a guerra e a perseguição a grupos específicos, surtos de doenças, intensificação de desastres naturais decorrentes de terremotos, ciclones, inundações, secas, tsunamis e os impactos das mudanças climáticas têm impactado indivíduos, famílias, comunidades e sociedades inteiras. Muitas emergências humanitárias também envolvem deslocamento em massa de pessoas, o que tem levado ao crescimento do número de pessoas refugiadas em todo o mundo. Nessas configurações, as populações precisam urgentemente de assistência, o que inclui serviços de saúde mental. No entanto, a necessidade de serviços básicos da população muitas vezes supera a sua capacidade local, inclusive porque o sistema local pode ter sido danificado pela emergência (VENTEVOGEL *et al.*, 2015a; UNICEF, 2018; VENTEVOGEL *et al.*, 2015b; OMS, 2015b; ROUDINI; KHANKEH; WITRUK, 2017). **A pandemia do novo coronavírus também é um exemplo de situação de emergência** e que possui impactos diferenciados para a população em geral, grupos de risco e profissionais do campo da saúde (IASC, 2020). Ao final desta publicação, o *Anexo B - Saúde mental no contexto da COVID-19*, traz considerações a respeito.

No caso de refugiados e migrantes, que em muitos casos enfrentaram guerra, perseguição ou dificuldades extremas em seus países de origem, fontes adicionais de estresse dificultam a sua situação. Muitos sofreram deslocamentos e dificuldades nos países em trânsito e embarcaram em viagens perigosas, além de terem de lidar com a falta de informações, a incerteza sobre o status da imigração, a hostilidade em potencial, a mudança de políticas e eventuais detenções indignas e prolongadas. A migração forçada também corrói os apoios de proteção pré-migração – como os fornecidos por famílias extensas – e pode desafiar as identidades culturais, religiosas e de gênero. A maneira como as pessoas são recebidas em seu país de destino e como a proteção e a assistência são fornecidas podem induzir ou agravar problemas, por exemplo, minando a dignidade humana, desencorajando o apoio mútuo e criando dependência.

Em um contexto permeado de desafios e que requer várias adaptações em curtos períodos de tempo, são muitos os impactos gerados na saúde mental desses grupos. Podem se sentir sobrecarregados ou confusos e angustiados, e experimentam extremo medo e preocupações. Muitos são afetados por múltiplas perdas e sofrem por pessoas, lugares e vidas deixados para trás. Ainda assim, a maioria dos sofrimentos que aflige os refugiados não está relacionada ao que ocorreu, mas às atuais tensões e preocupações em que estão imersos e às suas incertezas sobre o futuro (VENTEVOGEL *et al.*, 2015a; OMS, 2015b).



A literatura também descreve os desafios enfrentados pelas crianças nessas situações e as consequências físicas, sociais e psicológicas prejudiciais que afetam seu bem-estar e desenvolvimento. Em contextos de deslocamento forçado, pais e cuidadores podem ter dificuldades em cuidar adequadamente de seus filhos quando as opções de subsistência diminuem e os serviços essenciais não estão mais operacionais. O sofrimento dos pais afeta e impacta o bem-estar de seus filhos. Alterações na vida cotidiana e na rotina - como a interrupção da escola, que pode se estender por alguns anos -, a separação súbita e abrupta de familiares, amigos e lugares que conheciam, também impactam significativamente o bem-estar psicossocial da criança. Além disso, nessas situações vulneráveis, as crianças podem ser alvo de grupos extremistas violentos e podem experimentar várias formas de violência ou recrutamento por esses grupos (ACNUR, 2014; UNICEF, 2018).





5 BREVE PANORAMA SOBRE A SAÚDE MENTAL NO MUNDO

Para concluir a discussão deste capítulo, esta seção apresenta um panorama da situação da saúde mental no mundo. Para tanto, é importante observar a situação atual a partir de diferentes perspectivas. Com o objetivo de oferecer um panorama abrangente, são apresentados a seguir dados relevantes relacionados a (a) governança e economia, (b) epidemiologia e carga de doença, (c) lacunas de tratamento, (d) fatores de risco e determinantes sociais, bem como da magnitude das (e) violações de direitos.

a. Governança e economia

Para além dos desafios existentes na vida dos indivíduos, existe um crescente reconhecimento social de que há custos financeiros relevantes associados à falta de atenção dada à saúde mental. O Fórum Econômico Mundial estimou que para o período de 2011-2030 haverá perdas econômicas globais de US\$ 16 trilhões atribuíveis aos transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias. A Organização Mundial da Saúde estima que apenas os transtornos mentais comuns geram um custo à economia global de US\$ 1 trilhão por ano (OMS, 2019b).

Apesar desse reconhecimento, o tipo e volume de investimento em saúde mental não é o mesmo na comparação entre os países. **Países de maior renda investem uma parcela maior** de seu orçamento de saúde em serviços de saúde mental e privilegiam serviços comunitários de saúde com integração da saúde mental. Por outro lado, **países de baixa renda** tem maior alocação de recurso em **hospitais psiquiátricos**, com consequências desfavoráveis como o aumento da incapacidade e da mortalidade evitável, a perpetuação de serviços de saúde não integrados e a falta de apoio da comunidade (OPAS, 2018b; OMS, 2019b).

Dados do Atlas de Saúde Mental indicam que muitos países de baixa e média renda **alocam menos de 2% ou mesmo 1% de seu orçamento em saúde para tratamento e prevenção de condições de saúde mental** (OMS, 2019b). Com isso, esses países apresentam condições de tratamento insuficiente e, conseqüentemente, são levados a incorrer em gastos crescentes com saúde para remediar a situação. Além disso, a produtividade a nível individual e nacional é prejudicada (OPAS, 2018b). Para a **Região das Américas**, os gastos públicos médios representam apenas 2,0% do orçamento da saúde, com mais de 60% alocados em hospitais psiquiátricos (OPAS, 2018c).



Sobre a **disponibilidade de serviços de saúde mental** na Região das Américas, mais de 2/3 dos usuários internados em hospitais psiquiátricos (74%), receberam alta no prazo de um ano, enquanto 20% permanecem por mais de 05 anos, se configurando como **a região com maior percentual de moradores em hospitais psiquiátricos do mundo** (OPAS, 2018c). Por outro lado, há instalações residenciais comunitárias na metade dos países que responderam ao Atlas de Saúde Mental¹², além de 17 países possuírem ao menos dois programas nacionais multissetoriais de promoção e prevenção, em sua maioria de prevenção do suicídio, desenvolvimento da primeira infância e promoção da saúde mental dos pais e nas escolas (OPAS, 2018c). No mundo, os programas mais relatados visavam melhorar a formação em saúde mental ou combater o estigma (40%) e prevenir o suicídio (12%) (OMS, 2018c).

Sobre os **recursos humanos** para a saúde mental, o Atlas Mundial da Saúde Mental de 2018 indica que os enfermeiros constituem o maior grupo de trabalhadores (30 a 50%) engajados neste campo, exceto nas regiões das Américas e da África, cuja proporção de psicólogos, psiquiatras e outros médicos é relatada como **superior** à de enfermeiros (OMS, 2018c). Segundo o Plano de Ação para a Saúde Mental adotado pela Organização Pan-Americana de Saúde entre 2012-2013, **a falta de treinamento dos profissionais na região** é um dos principais desafios a serem enfrentados. A publicação também ressalta avanços substanciais na região no que se refere a: (i) processos sustentáveis de redução de leitos em hospitais psiquiátricos para serviços ambulatoriais descentralizados; (ii) integração da saúde mental na atenção primária de saúde; (c) elaboração e aprovação de leis de saúde mental que incorporam instrumentos de direitos humanos (OPAS, 2014). **O Brasil, em especial, é mencionado como exemplo altamente inspirador de uma estratégia bem projetada de descentralizar e reduzir os cuidados baseados em instituições asilares** (OMS, 2017c).

b. Epidemiologia e carga de doença

Os números da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) sobre a **prevalência de transtornos mentais**, nem sempre incapacitantes, estimam que, a qualquer momento, **cerca de uma em cada cinco pessoas** de seus países membros pode apresentar um transtorno mental, e que ao longo da vida, entre 40-50% experimentam transtorno mental leve a moderado, como de humor e ansiedade, sendo a prevalência para os transtornos graves próxima a 5% (OIT; OCDE, 2018).

¹² O Atlas de Saúde Mental 2017 contou com informações de 42 países e territórios, com uma representação de 97% da população regional.



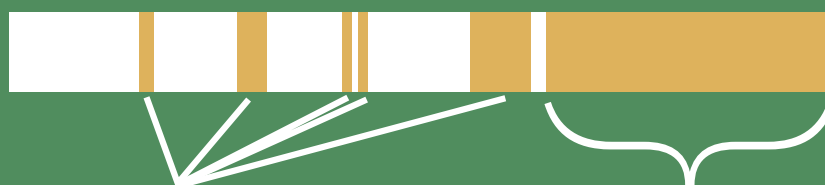
As perdas relacionadas aos agravos da saúde podem ser quantificadas a partir do conceito de Carga de Doença, mais bem detalhado no **Box 3** abaixo:

BOX 3

CARGA GLOBAL DE DOENÇA

Os transtornos mentais comuns levam a perdas consideráveis na saúde e no funcionamento. Essas perdas podem ser quantificadas (em nível populacional) a partir da medição da **Carga Global de Doença** (*Global Burden of Disease*), que fornece três estimativas: (i) **Anos Vividos com Incapacidade** (*Years Lived with Disability - YLDs*), que indica a quantidade de saúde perdida devido à doença; (ii) **Anos de Vida Perdidos** (*Years of Life Lost - YLLs*), que indica o impacto da doença devido à morte prematura; (iii) **Anos de Vida Ajustados por Incapacidade** (*Disability Adjusted Life Years - DALYs*), que é a principal métrica, calculada a partir da combinação de YLDs e YLLs. Em síntese, os DALYs fornecem uma medida composta da mortalidade e incapacidade atribuível a qualquer doença. A figura a seguir ajuda na compreensão destas estimativas:

$$\text{DALY} = \text{YLL} + \text{YLD}$$



YLD: o número de anos de vida vividos com doença, ponderada de acordo com a gravidade da doença ou lesão.

YLL: a quantidade de anos e expectativa de vida restam no momento da morte.

Fonte: *Global Burden of Disease* (GBD) Brasil-2017. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/Deborah_Carvalho_Malta.pdf



Em 2016, os transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias foram responsáveis por 28% da **carga não fatal de doenças, ou anos vividos com incapacidades (YLD)**, e 10% da **carga total de doenças (DALY)** (OMS, 2019b).

Pessoas com **transtornos mentais graves** apresentam taxas desproporcionalmente altas de **mortalidade** na população adulta, que vivem em média **10 a 20 anos a menos** do que a população em geral. Esse é principalmente o caso em contextos de baixa e média renda, devido a doenças evitáveis geralmente não serem reconhecidas e tratadas, como as cardiovasculares, respiratórias e infecções (OMS, 2017a). Elas também têm de 2 a 3 (OMS, 2019b) ou até 4 vezes (OMS, 2017a) **mais chances de morrer** por causas não naturais como suicídio, homicídio, acidentes e fatores de risco para doenças não transmissíveis (OMS, 2019b).

A isto se somam 788.000 mortes por **suicídio** estimadas em todo o mundo em 2015, contabilizadas separadamente como causa de lesão auto-provocada (OMS, 2019b), o que representa quase 1,5% de todas as mortes globais, sendo a **segunda causa mais frequente em jovens de 15 a 29 anos**. Além disso, **78% das mortes por suicídio localizam-se em países de baixa e média renda** (OMS, 2017b).

Quanto aos **transtornos mentais comuns**, a proporção da população global com **depressão** em 2015 foi estimada em 4,4%, ou 332 milhões de pessoas. O crescimento no número de pessoas desde 2005 (em 18,4%) reflete o crescimento geral da população global. Também houve um aumento proporcional nas faixas etárias em que é mais prevalente: **mulheres entre 55 a 74 anos**. Já a prevalência dos **transtornos de ansiedade** é estimada em 3,6% globalmente, ou 264 milhões de pessoas, com aumento de 14,9% entre 2005-2015. É também mais comum entre as **mulheres**, principalmente da **Região das Américas**, não variando substancialmente entre grupos etários, apesar de certa tendência de menor prevalência entre as pessoas mais velhas (OMS, 2017b).

Em relação à Carga Global de Doenças, os **transtornos depressivos** representavam um total global de mais de 50 milhões de **anos de vida com incapacidade (YLD)** em 2015, sendo 80% desses provenientes de países de baixa e média renda. Com isso, esses transtornos se configuram como o maior contribuinte único para a perda de saúde não fatal, com 7,5% de todos os YLDs, enquanto os **transtornos de ansiedade** se encontram na sexta posição em todo o mundo, com 24,6 milhões de YLDs, com variação de 267 YLD por 100 mil habitantes na região africana e mais de 500 na região das Américas. As estimativas mais baixas para transtornos de ansiedade se justificam por um nível médio de incapacidade mais baixo em comparação com os transtornos depressivos (OMS, 2017b).



Na região das Américas, a carga de doenças atribuída a problemas de saúde mental representa 22% de toda a carga de doenças (OPAS, 2016b). Com isso, os problemas de saúde mental constituem o **subgrupo de maior causa de incapacidade e mortalidade combinadas**, com um terço de YLDs e um quinto do total de anos ajustados por incapacidade - DALYs. Os **transtornos depressivos** também são a maior causa de DALYs, com 3,4% e 7,8% de YLDs, seguido pelos **transtornos de ansiedade**, com 2,1% e 4,9% respectivamente. Somam-se a estes os transtornos de automutilação e psicossomáticos com dor proeminente, considerados transtornos mentais comuns, responsáveis por 1,6% dos DALYs e 4,7% dos YLDs nos dados de 2018 (OPAS, 2018b). A **América do Sul** apresenta proporções mais altas de incapacidade por **transtornos mentais comuns**, enquanto na **América Central** isso é devido aos **transtornos bipolares, epilepsia** e os de início na infância. Os **Estados Unidos e Canadá** têm alto índice de incapacidade por **esquizofrenia e demência**, além do **uso de opioides** (OPAS, 2018b). Além disso, **65 mil pessoas se suicidam por ano nas Américas**, com taxa de 7,3% por 100 mil habitantes e ocorrência maior entre homens, apesar das tentativas de suicídio serem maiores entre mulheres. O suicídio é a **terceira causa de morte entre jovens de 20-24 anos**, com taxa mais alta na população acima de 70 anos, de 12,4% a cada 100 mil habitantes. Os métodos mais utilizados são asfixia, armas de fogo e o envenenamento, com uso de pesticidas (OPAS, 2014).

Quanto às **crianças e adolescentes**, em todo o mundo, entre **10 a 20%** sofrem problemas de saúde mental, o que influencia severamente seu desenvolvimento, educação e potencial de ter vidas produtivas e gratificantes (OMS, 2019b). **Metade de todos os transtornos mentais começa aos 14 anos**, sendo que a maioria dos casos passa despercebida e não é tratada (OMS, 2018a). A **automutilação** e consequente suicídio e morte acidental estão entre as principais causas de **mortalidade**, que totalizam mais de 67 mil mortes anuais (KAPUNGU; PETRONI, 2017), sendo os transtornos depressivos, de ansiedade e problemas comportamentais entre os maiores contribuintes para a **carga de doença entre os jovens** (KAPUNGU *et al.*, 2018).

c. Lacunas de tratamento

Em todo o mundo há uma **grande lacuna de tratamento** para transtornos mentais, seja devido às baixas taxas de detecção ou à priorização dada a estes. Mesmo em países de alta renda, **quase 50% das pessoas com depressão não recebem tratamento** e apenas uma em cada cinco receberam **tratamento minimamente adequado** para transtorno depressivo maior.





Para países de baixa e média renda, apenas **uma em cada 27 pessoas** receberam tratamento minimamente adequado (OMS, 2018a). No ano de 2014, a média de falta de tratamento na Região das Américas e na América Latina e Caribe era de **73,5% para transtornos afetivos graves** (como o transtorno bipolar), **de ansiedade e por consumo de substâncias** em adultos, 56,9% para esquizofrenia, 73,9% para depressão e 85,1% para uso de álcool (OPAS, 2014).

As pessoas com transtornos mentais têm **desafios financeiros e de acesso** ao serviço de saúde, sendo sujeitas à discriminação e estigmatização, o que tem como consequências: a) a redução da procura por atendimento; b) desconhecimento sobre sua condição e o tratamento apropriado; c) decisão entre ficar sem tratamento ou cortar despesas pessoais em outras áreas para receber tratamento prestado por provedores privados, visto que transtornos mentais são frequentemente excluídos de pacotes essenciais de cuidados ou seguros (OMS, 2018a).

d. Fatores de risco e determinantes sociais

O aumento da exposição a fatores de risco ou estressores como características biológicas, sociais, econômicas e culturais, bem como o envelhecimento das populações em muitas partes do mundo, resultaram em um **aumento de 30% na prevalência global de condições de saúde mental** desde 1990 (OMS, 2019b). Embora a depressão possa afetar pessoas de todas as idades, **o risco de ficar deprimido é aumentado pela pobreza, desemprego, eventos da vida como a morte de um ente querido ou um rompimento de relacionamento, doenças físicas e problemas causados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas** (OMS, 2017b). Cabe ressaltar que as informações disponíveis de 2015 mostram que a taxa de inatividade de **trabalhadores** com incapacidades tende a ser muito maior do que a de outros trabalhadores (OIT, 2015) e que os transtornos mentais e neurológicos interferem consideravelmente na capacidade de aprendizado das crianças e funcionamento dos adultos na família, trabalho e sociedade em geral (OPAS, 2018a).

A **violência** também constitui um grande problema sócio-sanitário por implicar em consequências como **depressão e suicídio**. Ela afeta 1 em cada 3 mulheres, sendo o **castigo físico** de meninos e meninas frequente em muitos países da América Latina e Caribe, com mais de um terço das mulheres e no mínimo metade dos homens tendo apanhado durante a infância (OPAS, 2014). Quase **30%** das meninas adolescentes entre 15 e 19 anos relatam **violência física e/ou sexual** ao longo da vida por um parceiro íntimo e têm mais chances que os meninos de serem infectadas por HIV (KAPUNGU; PETRONI, 2017).



As **populações indígenas** estão entre os povos mais pobres do mundo e apresentam **determinantes sociais desfavoráveis**, com alta vulnerabilidade psicossocial e baixas chances de acesso a serviços de saúde mental adequados, o que tem como reflexo altas taxas de **suicídio** e consumo de **substâncias psicoativas** por jovens indígenas. Na Austrália, essa população apresenta **menor expectativa de vida**, piores resultados em indicadores sociais, econômicos e de saúde, e maiores taxas de uso prejudicial de álcool e outras drogas; no Canadá, que possui 4% de população indígena, a taxa de suicídio dos jovens inuítes foi 30 vezes maior do que a dos jovens canadenses entre 2004 e 2008. Na **América Latina e Caribe**, com uma população indígena de 55 milhões de pessoas ou 10% da população total, há um número desproporcional de povos que vivem na pobreza, com altas taxas de analfabetismo e menos oportunidade de emprego, com maior vulnerabilidade social (OPAS, 2016c).

As tentativas para estimar a prevalência de transtornos mentais em contextos de **emergências humanitárias** ainda são controversas, com discussões sobre a necessidade de validação e padronização de instrumentos diagnósticos para distinguir entre transtornos mentais e reações psicológicas normais e esperadas frente o contexto estressor (OMS, 2015a; VENTEVOGEL *et al.*, 2015a). No entanto, há consenso sobre a importância de apoio psicossocial para as necessidades de saúde mental diversas em sua natureza e gravidade, geralmente **negligenciadas pelos serviços de saúde locais** (VENTEVOGEL *et al.*, 2015b). Quase uma em cada 10 crianças em todo o mundo vive em **áreas afetadas por conflitos** e mais de 400 milhões vivem em extrema pobreza. Em 2016, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) informou que quase **100 mil crianças** foram separadas ou desacompanhadas da família em 78 países, tendo sido o mais alto número de pessoas deslocadas de todos os tempos (UNICEF, 2018).

e. Violação de direitos

Violações dos direitos humanos como exploração, violência, abuso, discriminação, condições de vida desfavorável ou falta de acesso à proteção social têm enorme impacto negativo na saúde mental. Ainda assim, as **pessoas com desabilidades psicossociais** são frequentemente marginalizadas e sujeitas a abusos físicos, sexuais, emocionais e negligência, sendo privadas de tomar decisões por si, sobre seu tratamento, assuntos pessoais, financeiros e até sobre onde morar, **impedidas assim de participar plenamente da vida social e comunitária.** No caso de mulheres e meninas, comumente são expostas à violência e práticas como contracepção, aborto e esterilização forçados (OMS, 2019c).

Essa população sofre violações também no contexto dos serviços de atenção à saúde, em especial nos hospitais psiquiátricos, que apresentam práticas de coerção, hipermedicalização, hospitalização involuntária,



isolamento e diversos tipos de restrições utilizadas regularmente como forma de punição (OMS, 2019c). Isso indica a **baixa qualidade dos serviços prestados**, muitas vezes nocivos e prejudiciais ao processo de recuperação, são contextos em que as pessoas são frequentemente vistas como “objetos de tratamento”, buscando apenas mantê-las “sob controle”, contra sua vontade (BRASIL, 2015). Os serviços de internação como hospitais psiquiátricos apresentam as piores situações, sendo as pessoas mantidas trancadas por semanas, meses e anos e submetidas a **tratamentos desumanos, degradantes e coercitivos**, como administração não consensual de psicocirurgia, eletrochoque e contenção, além de ser negado o direito a viver livremente na comunidade (BRASIL, 2015; SUGIURA, 2020).

Por outro lado, em 2017 pelo menos 32 países estavam em processo ou já haviam implementado **reformas em suas estruturas** de atenção à saúde mental para incorporar os paradigmas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e 39% dos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (76 países) possuíam uma lei de saúde mental parcial ou totalmente **alinhada com instrumentos internacionais de direitos humanos** (SUGIURA, 2020).





6 CONCLUSÕES

O desafio de identificar caminhos de atuação no campo da saúde mental perpassa as dificuldades de conhecer de modo geral **como se entende saúde mental**, qual a sua **abrangência**, a quem **se destina** e como suas intervenções são **operacionalizadas**. Com essas perguntas em mente, foi realizada uma pesquisa documental ampla que permitiu obter um entendimento mais claro e complexo do campo da saúde mental.

A própria **definição de saúde mental** ainda é uma questão em aberto. Os conceitos de “bem-estar”, “qualidade de vida”, “trabalhar produtivamente e contribuir para o desenvolvimento da comunidade”, apresentam uma visão positiva da saúde mental, em contraste com a noção de ausência de doenças representada por “transtornos mentais”. Como síntese dessas perspectivas, as noções de desabilidade e recuperação buscam dar atenção tanto à “falta” de saúde mental quanto à capacidade de recuperá-la se as barreiras encontradas no cotidiano forem superadas, colocando o indivíduo em relação ao seu meio.

Um dos principais achados do processo de pesquisa é a possibilidade de observar as mudanças no campo da saúde mental a partir de **três grupos de forças** que lhe dão forma. Um primeiro grupo enfatiza o papel do **conhecimento científico**.

Tem sua origem na classificação e padronização dos comportamentos humanos pela psiquiatria, e com o tempo se tornou mais diversificado e complexo. Um segundo grupo dá atenção a mecanismos de controle social de **responsabilidade do Estado**. Um grupo que enfrenta a contradição constante entre ser provedor de cuidado e de controle social e que por meio de suas intervenções busca mediar os conflitos existentes entre indivíduos e sociedade. Por fim, um terceiro grupo, mais recente e que surge do choque e das tensões geradas pelos dois grupos anteriores, introduz a perspectiva dos usuários de saúde mental, baseada em **direitos humanos** e questionando as exclusões geradas por terem recebido um diagnóstico de transtorno mental em algum momento da vida.

Ao indicar a importância desses três grupos de forças, não esperamos esgotar o debate sobre o tema, mas descrever resumidamente os múltiplos vieses que compõem o campo da saúde mental, com sua complexidade de pontos de vista que se entrecruzam, sobrepõem, desconstroem e criam novas formas de se pensar a relação entre indivíduo e sociedade. Além disso, parece-nos que um entendimento maduro sobre o campo da saúde mental reconhece o papel que esses três grupos de forças têm a desempenhar conjuntamente para criar caminhos efetivos e consistentes com as demandas da sociedade.



Tomar esses três grupos como referência também permitiu agrupar as diferentes **abordagens** utilizadas no campo e entender mais a fundo as premissas assumidas por cada uma delas, assim como o tipo de esforço que propõem realizar. A possível complementaridade das ações empreendidas a partir de cada um desses grupos de forças ficou mais evidente ao considerar as suas contribuições para a **prevenção, promoção e recuperação (recovery)** de saúde mental, as quais foram apresentadas em uma matriz esquemática.

O capítulo também ressaltou que a atuação do campo da saúde mental deve levar em consideração as necessidades e desafios de diferentes **públicos-alvo**. Por meio da revisão da literatura, foram identificados dez grupos prioritários da população que podem receber intervenções de saúde mental. Cada um desses grupos é submetido à influência de diferentes fatores de risco e determinantes sociais para a saúde mental, o que pode levar à sua exclusão social e impedir o seu desenvolvimento pleno. É possível avaliar a saúde mental pelo modo como a sociedade lida com seus membros que se encontram em maior vulnerabilidade. A importância de atuar no campo da saúde mental junto a diferentes grupos foi ainda reforçada pela seção de **panorama da saúde mental no mundo**.

O **sentimento de pertencer à sociedade** em que se vive é próprio e comum ao ser humano, em que as idiosincrasias produzidas em contato com o meio, nos torna o que somos. A mudança de paradigma de “pessoas portadoras de transtornos mentais” para “sujeitos de direitos” como qualquer outra pessoa, implica na possibilidade de acesso à melhores condições de bem-estar para todos, sem discriminação. Abre novas alternativas de se refletir e conceber a saúde mental, não mais como algo somente desviante, mas como **diversidade de perspectivas** de ser cidadão na sociedade.





REFERÊNCIAS

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). **Mental health and psychosocial well-being of children**. Geneva: UNHCR, jan. 2014. Disponível em: <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/41939>. Acesso em 24 mar. 2020.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127–131, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lang=em. Acesso em 6 abr. 2020.

BAREN, J. M. *et al.* Children's Mental Health Emergencies-Part 1: Challenges in Care: Definition of the Problem, Barriers to Care, Screening, Advocacy, and Resources. **Pediatric Emergency Care**, v. 24, n. 6, p. 399–408, jun. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0b013e318177a6c6>. Acesso em 7 abr. 2020.

BERNARDO, A. **A Psicologia Preta e a saúde mental dos negros no Brasil**. Veja Saúde, 2019. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/saude-e-pop/a-psicologia-preta-e-a-saude-mental-dos-negros-no-brasil/>. Acesso em: 5 abr. 2020.

BOTELHO, A. P. *et al.* Meninos de rua: desafiados em busca de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 361–370, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200019&lang=em. Acesso em 7 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto Legislativo n. 186, de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/CONGRESSO/DLG/DLG-186-2008.htm. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social**. 101 p. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9788533423282_por.pdf?sequence=53. Acesso em 26 mar. 2020.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015**. Brasília: Ministério da Saúde. 143 p. mai. 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat-rio-Gest-o-2011-2015---.pdf>. Acesso em 7 abr. 2020.



COCHRAN, S. D. *et al.* Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, n. 9, p. 672–679, 1 set. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/14-135541.pdf>. Acesso em 24 mar. 2020.

DAMASCENO, M. G. *et al.* Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 3, p. 450–464, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000300450-&lng=en&nrm=iso. Acesso em 7 abr. 2020.

DUNCAN, E.; BEST, C.; HAGEN, S. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007297.pub2/full>. Acesso em 6 abr. 2020.

ELLISON, M. L. *et al.* Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 45, n. 1, p. 91–102, 1 jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>. Acesso em 6 abr. 2020.

FRAZATTO, C. F.; SAWAIA, B. B. A critical view of the ‘social reinsertion’ concept and its implications for the practice of psychologists in the area of mental health in the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde): **Journal of Health Psychology**, 17 mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316628751>. Acesso em 6 abr. 2020.

GAINO, L. V. *et al.* O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 14, n. 2, p. 108–116, 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007-&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 7 abr. 2020.

GALDERISI, S. *et al.* A proposed new definition of mental health. **Psychiatria Polska**, v. 51, n. 3, p. 407–411, 18 jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/74145>. Acesso em 7 abr. 2020.

GOLDMAN, F. *et al.* **Child exposure to trauma: Comparative effectiveness of interventions addressing maltreatment**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Disponível em: <https://www.healthsystemevidence.org/articles/21458-child-exposure-to-trauma-comparative-effectiveness-of-interventions-addressing-maltreatment?t=Exposi%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 7 abr. 2020.



GOMES, J. C. R.; LOUREIRO, M. I. G. O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 32–48, jan. 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252013000100005. Acesso em: 6 abr. 2020

HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, D. M.; HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, D. M. Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 929–942, mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320200003000929&lang=em. Acesso em 6 abr. 2020.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak**. Version 1.1. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/documents/briefing-note-addressing-mental-health-psychosocial-aspects-coronavirus-disease-covid-19>. Acesso em 24 mar. 2020.

IRARRÁZVAL, M.; PRIETO, F.; ARMIJO, J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. **Acta bioethica**, v. 22, n. 1, p. 37–50, jun. 2016. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000100005. Acesso em 7 abr. 2020.

JONES, I. R. *et al.* Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of service users and carers. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 4, p. 632–639, ago. 2009. Disponível em: <https://www.pdq-evidence.org/en/documents/cf10518ea8ae7ab81d8482b04cd45b0dd23f5c17>. Acesso em 7 abr. 2020.

KANTORSKI, L. P. A reforma psiquiátrica – um estudo parcial acerca da produção científica da temática. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 3, n. 2, 21 dez. 2006. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/721>. Acesso em 8 abr. 2020.

KAPUNGU, C., PETRONI, S. **Understanding and Tackling the Gendered Drivers of Poor Adolescent Mental Health**. Washington: International Center for Research on Women. 2017. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/understanding-tackling-gendered-drivers-poor-adolescent-mental-health/>. Acesso em 24 mar. 2020.

KAPUNGU, C. *et al.* Gendered influences on adolescent mental health in low-income and middle-income countries: recommendations from an expert convening. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 2, n. 2, p. 85–86, fev. 2018. Disponível em: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/02/Lancet_2017_gender-influences-on-mental-health_.pdf. Acesso em 25 mar. 2020.



MUÑOZ, C. O.; RESTREPO, D.; CARDONA, D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 39, p. 166–173, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892016000300166&lang=em. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Trabajo decente para personas con discapacidad: promoviendo derechos en la agenda global de desarrollo**. Ginebra: OIT, 2015. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2015/487330.pdf>. Acesso em 24 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **The Threat of Physical and Psychosocial Violence and Harassment in Digitalized Work**. Geneva: ILO, 2018. Disponível em: https://labordoc.ilo.org/view/delivery/41ILO_INST/1252407840002676. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Labour market inclusion of people with disabilities** [electronic resource]. Buenos Aires, 2018. Disponível em: https://labordoc.ilo.org/view/delivery/41ILO_INST/1255489810002676. Acesso em 26 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: EDUSP, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [Internet]**. Ginebra: OMS, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: guía de herramientas para contextos humanitarios**. Ginebra: OMS, 2015a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/159202>. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies**. Geneva: WHO, 2015b. Disponível em: <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/162960>. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief**. 2017. Geneva: WHO, 2017a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259575>. Acesso em 25 mar. 2020.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Policy options on mental health: a WHO-Gulbenkian mental health platform collaboration**. Geneva: WHO, 2017c. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259406>. Acesso em 26 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health in primary care: illusion or inclusion?** Geneva: WHO, 2018a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298>. Acesso em 7 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental Health-related Activities of UNIATF Members, December 2017**. Geneva: WHO, 2018b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259830>. Acesso em 26 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health atlas 2017**. Geneva: WHO, 2018c. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272735>. Acesso em 26 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **ICD-11**. Geneva: WHO, 2019a. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em 24 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Making the Investment Case for Mental Health : A WHO/UNDP Methodological Guidance Note**. Geneva: WHO, may. 2019b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325116>. Acesso em 24 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recovery and the right to health: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide**. [s.l.] Geneva: WHO, 2019c. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329577>. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Da coerção à coesão: tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição**. Nova York: Nações Unidas, 2010. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/Da_coercao_a_coesao_portugues.pdf. Acesso em 26 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: Nações Unidas, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em 25 mar. 2020.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria**. Washington: OPS, 2013. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51593>. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Plano de Ação sobre Saúde Mental**. CD 53/8, Rev. 1. Washington: OPS, out. 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28292>. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015**. Washington: OPS, 2016a. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28416>. Acesso em 24 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Implementación del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental - mhGAP- en la Región de las Américas**. Washington: OPS, 2016b. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33715>. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Versão 2.0. Brasília: OPAS, 2018a. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49096/9789275719572-por.pdf>. Acesso em 24. mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas**. Washington: OPS, 2018b. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>. Acesso em 25 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atlas of Mental Health of the Americas 2017**. Washington: PAHO, 2018c. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>. Acesso em 25 mar. 2020.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. DE. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 118–127, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100011&lang=em. Acesso em 7 abr. 2020.

RESTREPO O, D. A.; JARAMILLO E, J. C. Conceptions about mental health in the field of public health. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 30, n. 2, p. 202–211, ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200009&lang=em. Acesso em 6 abr. 2020.



ROCHA, C. **O impacto do racismo na saúde mental da população negra**. Nexo, 2019. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2019/01/26/O-impacto-do-racismo-na-sa%C3%BAde-mental-da-popula%C3%A7%C3%A3o-negra>. Acesso em: 8 abr. 2020.

ROSA, L. C. DOS S.; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 648–656, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400017&lang=em. Acesso em 6 abr. 2020.

ROUDINI, J.; KHANKEH, H. R.; WITRUK, E. Disaster mental health preparedness in the community: A systematic review study. **Health Psychology Open**, 13 jun. 2017. Disponível em: <https://www.pdq-evidence.org/en/documents/2fe4703e5e8db080952780483d8f90ddb7557c60>. Acesso em 6 abr. 2020.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 561–579, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100011&lang=em. Acesso em: 6 abr. 2020.

SAMUDIO, V.; ROBERTO, Á. Indigenous medicine and mental health. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 9, n. 2, p. 39–46, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552006000200005&lang=em. Acesso em 7 abr. 2020.

SEKAR, K. **Psychosocial care for women in shelters**. New Delhi: UNODC, 150 p. 2011. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2011/Psychosocial_care_for_women_in_shelter_homes.pdf. Acesso em 25 mar. 2020.

SILVA, M. L. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S (Orgs.). **Seminário saúde da população negra do Estado de São Paulo 2004**. São Paulo: Instituto de Saúde. p.p. 129-132. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf. Acesso em 7 abr. 2020.

SUGIURA, K. *et al.* An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 98, n. 1, p. 52–58, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330380>. Acesso em 25 mar. 2020.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 185, p. 283–290, out. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15458987>. Acesso em 25 mar. 2020.



UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families (field test version)**. New York: UNICEF, 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/community-based-mental-health-and-psychosocial-support-guidelines-2019>. Acesso em 26 mar. 2020.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Monitoring the situation of children and women's health. Ensuring mental health and well-being in an adolescent's formative years can foster a better transition from childhood to adulthood**. UNICEF data, 2019. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/>. Acesso em 25 mar. 2020.

VENTEVOGEL, P. *et al.* **Mental health and psychosocial support for refugees, asylum seekers and migrants on the move in Europe: A multi-agency guidance note**. UNHCR, 2015a. Disponível em <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/46574>. Acesso em 25 mar. 2020.

VENTEVOGEL, P. *et al.* **Improving mental health care in humanitarian emergencies**. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 93, n. 10, p. 666- 666A, 1 out. 2015b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.156919>. Acesso em 25 mar. 2020.





CAPÍTULO 2

**Saúde mental
no Brasil:
Histórico
e Estruturas**

O debate sobre saúde mental no Brasil não é algo recente. Ao longo das últimas décadas a discussão tem crescido no país, tornando-se cada vez mais complexa e associada a estruturas e programas. Este capítulo tem como objetivo apresentar brevemente o contexto em que está inserido o campo da saúde mental no Brasil. Nos próximos capítulos será dada atenção especial a alguns públicos-alvo priorizados pelo Instituto Cactus.

Para avançar nesse sentido, a discussão a seguir está dividida em quatro seções. Primeiro, é apresentado um breve histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual promoveu um rompimento com abordagem de saúde mental centrada em hospitais psiquiátricos. Em seguida, é abordado o processo que culminou com a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que estrutura a atenção em saúde mental no país. Complementando o percurso histórico, a terceira seção ressalta alguns dos retrocessos recentes sofridos no campo da saúde mental. Por fim, a quarta seção apresenta um panorama

da saúde mental no Brasil, ressaltando determinantes sociais relevantes e discutindo o impacto dos problemas de saúde mental para o país. O Anexo A – *Metodologia* traz mais detalhes sobre a construção deste capítulo.

O que a discussão do capítulo revela é que ao longo do tempo, o país alcançou avanços expressivos no campo da saúde mental, o que inclusive lhe rendeu destaque frente à comunidade internacional. Ao mesmo tempo, ainda há desafios importantes a serem enfrentados para ampliar o acesso ao cuidado e garantir o exercício pleno de direitos para a população, em especial com o contexto de retrocessos recentes.





1 BREVE COMENTÁRIO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

No final dos anos 70 e início dos anos 1980, tem início o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira,¹ como fruto da efervescência de segmentos da sociedade que lutavam por conquistas sociais durante o processo de redemocratização do país pós ditadura militar (BRASIL, 2005). A constatação da violência praticada por hospitais psiquiátricos principalmente em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais já vinha sendo revelada pela imprensa da época.

Daniela Arbex, em 2013, lançou o livro *Holocausto Brasileiro. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*, que retrata a barbárie praticada pelo estado brasileiro no Hospital Colônia de Barbacena/MG, a partir de denúncias feitas desde a década de 1960.

Ao mesmo tempo, experiências internacionais de transformação da assistência psiquiátrica impulsionavam propostas de superação do modelo de atenção centrado em

hospitais psiquiátricos, com “a sistematização dos questionamentos sobre saberes e práticas psiquiátricas e a construção do pensamento crítico (...) fundamentada, sobretudo, nas obras de Foucault, Goffman, Castel e Basaglia” (NICÁCIO, 2002, p.38).

É importante destacar neste processo a influência da experiência de Trieste, no norte da Itália, referência para reformas psiquiátricas no mundo. Franco Basaglia, que dá nome à lei que estabelece em 1978 a abolição dos hospitais psiquiátricos italianos, veio para o Brasil em 1979 e visitou hospitais psiquiátricos em Minas Gerais (NICÁCIO, 2002). A partir das inúmeras violações vistas na cidade de Barbacena/MG, ele denunciou a situação à imprensa brasileira, comparando os hospitais aos campos de concentração nazistas.

A crítica a esse modelo impulsionou a luta coletiva por “Uma sociedade sem manicômios” no Brasil. Lançado em 1987 durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, o **Manifesto de Bauru** é um marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No trecho a seguir, é descrita a abrangência do que se entende por hospital psiquiátrico em nossa sociedade, o que ajuda a compreender a relação do campo da saúde mental com a sociedade como um todo:

¹ Para informações mais detalhadas e interativas sobre este período, recomendamos o acesso ao site da Fundação Oswaldo Cruz: <http://laps.ensp.fiocruz.br/o-projeto>.



“manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.”²

Esse manifesto sintetiza o espírito da época dos movimentos e segmentos sociais que lutavam por direitos para as populações mais excluídas no contexto brasileiro. Essas mobilizações alcançaram êxito em grande medida por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, que garantiu direitos para mulheres, crianças e adolescentes, povos indígenas e população privada de liberdade em presídios.

A partir da Carta Magna brasileira, foram sendo instituídas normativas legais para que o Estado Brasileiro pudesse assegurar tais direitos, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), cujas leis foram promulgadas em 1990. No caso da Reforma Psiquiátrica, esta garantia legal tardou 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sendo aprovada a Lei 10.216 em 06 de abril de 2001. A chamada Lei Paulo Delgado, ou Lei da Reforma Psiquiátrica, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Em um documento do governo brasileiro de 2005, elaborado 15 anos após a Declaração de Caracas³, é atestada a **complexidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira como processo político e social**. O documento descreve a reforma nos seguintes termos: *“Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.”* (p. 6, BRASIL, 2005). O documento indica ainda o papel dos vários segmentos da sociedade, como movimentos sociais, instâncias de governos, de formação de profissionais e de serviços de saúde, além da opinião pública e dos símbolos compartilhados pela comunidade.

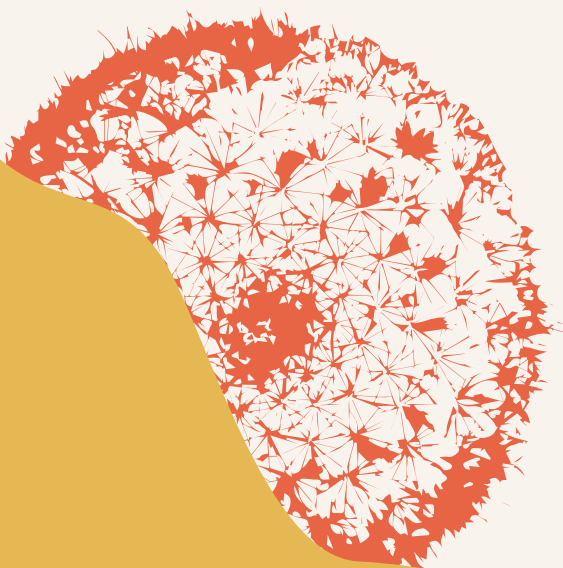
² O manifesto pode ser lido na íntegra aqui: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>.

³ A Declaração de Caracas (1990), adotada pela OMS, convocou a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina a partir de Sistemas Locais de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf.



Mesmo tendo sofrido diversas alterações do texto original, como não ter instituído os meios para a extinção dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005), a Lei da Reforma Psiquiátrica serve de base legal para a implementação da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, além de políticas públicas transversais relacionadas à garantia dos direitos de moradia, educação, cultura, trabalho, justiça etc. à população que sofre por questões relacionadas à saúde mental.

Conforme artigo do ex-coordenador do Programa de Saúde Mental para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 2000 e 2005, Caldas de Almeida, **o Brasil é reconhecido internacionalmente por seu processo de Reforma Psiquiátrica**, como um dos primeiros países em desenvolvimento a *“estabelecer uma política nacional de saúde mental e de tê-la implementado com êxito apreciável durante mais de 30 anos”* (CALDAS DE ALMEIDA, 2019), sendo foco de estudos e discussões no campo da saúde mental mundial.





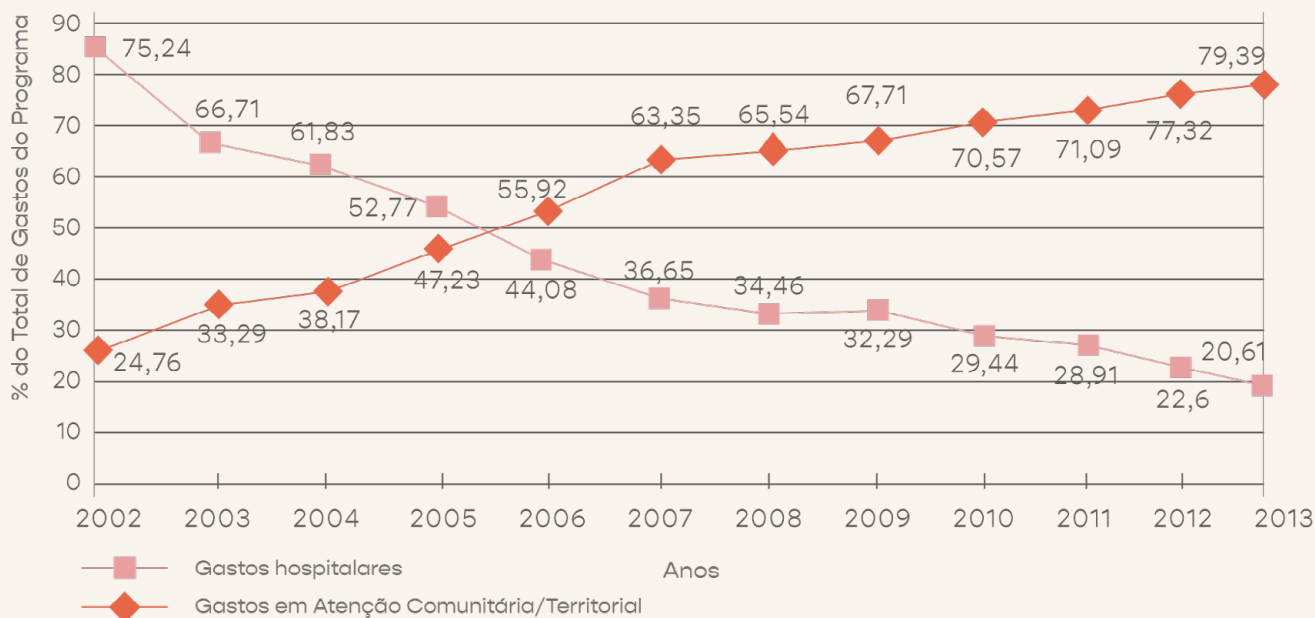
2 A FORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A aprovação da Lei 10.216 de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, impulsionou a transição do modelo de atenção à saúde mental no Brasil (BRASIL, 2001). A mudança se deu a partir do redirecionamento dos recursos financeiros anteriormente destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar, como pode ser observado no Gráfico 1, a seguir. Essa mudança permitiu a expansão da rede de serviços comunitários, transformando o cenário da saúde mental do país, especialmente nos últimos 15 anos (BRASIL, 2015c).

A mudança na legislação foi acompanhada por experiências locais de fechamento de hospitais psiquiátricos e por ofertas de cuidado comunitário em saúde mental. Influenciadas por estas práticas exitosas e por recomendações das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, progressivamente foram sendo implementadas políticas públicas municipais, estaduais e nacionais.

Em 2011, essas diretrizes e recomendações foram consensuadas como política pública nacional por meio da Portaria 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde.

Gráfico 1 - Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2002 a dez/2013).



Fonte: Brasil (2015c).



Compreendida como uma rede integrada de diferentes setores e atores, a RAPS busca criar, diversificar e articular serviços e ações para pessoas com sofrimento mental ou com demandas decorrentes do uso de drogas. Dentre suas diretrizes estão o respeito aos direitos humanos, a garantia de autonomia das pessoas, do acesso a serviços de qualidade e o combate ao estigma e ao preconceito. O funcionamento da Rede e a atuação dos profissionais deve considerar as especificidades locais e regionais de forma a transformar os lugares sociais das pessoas em sofrimento (BRASIL, 2011).

Assim, a RAPS se organiza de tal modo a oferecer cuidado integral. Nesse sentido, os serviços contam com atuação multiprofissional e interdisciplinar (com profissionais da medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, educação física, fonoaudiologia). O trabalho é **centrado nas necessidades das pessoas**, com estratégias de cuidado **diversificadas** no território, abarcando não só o campo da saúde, mas também a assistência social, a cultura e o emprego, de modo a favorecer a inclusão social e o exercício da cidadania dos usuários dos serviços e de seus familiares (BRASIL, 2015d).

Apesar dos avanços legais no país, é importante notar que em alguns casos o processo tem sido mais lento. Esse é o caso dos esforços legislativos relacionados especificamente à **prevenção do suicídio**, que avançam de forma lenta no âmbito federal, com a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio sendo publicada apenas em 2019 (BRASIL, 2019b). A política foca principalmente na notificação compulsória das ocorrências e na manutenção de um serviço telefônico de prevenção, atualmente operado pelo Centro de Valorização da Vida, uma organização da sociedade civil.

A RAPS está dividida em 07 Componentes, com seus respectivos pontos de atenção (serviços), conforme apresentado no **Quadro 1**, a seguir. Alguns dos principais componentes serão descritos adiante.





Quadro 1 – Os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e seus pontos de atenção

<p>ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Unidade Básica de Saúde ● Núcleo de Apoio a Saúde da Família ● Consultório na Rua ● Centro de Convivência e Cultura
<p>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades ● Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatórias Especializadas
<p>ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● SAMU 192 ● Sala de Estabilização ● UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro Unidades Básicas de Saúde
<p>ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Unidades de Acolhimento ● Serviço de Atenção em Regime Residencial - CT's
<p>ATENÇÃO HOSPITALAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermaria especializada em Hospital Geral ● Hospital Psiquiátrico Especializado ● Hospital-Dia
<p>ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Serviços Residenciais Terapêuticos ● Programa de Volta para Casa ● Programa de Desinstitucionalização (Equipes)
<p>ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda ● Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: BRASIL (2011; 2019a).



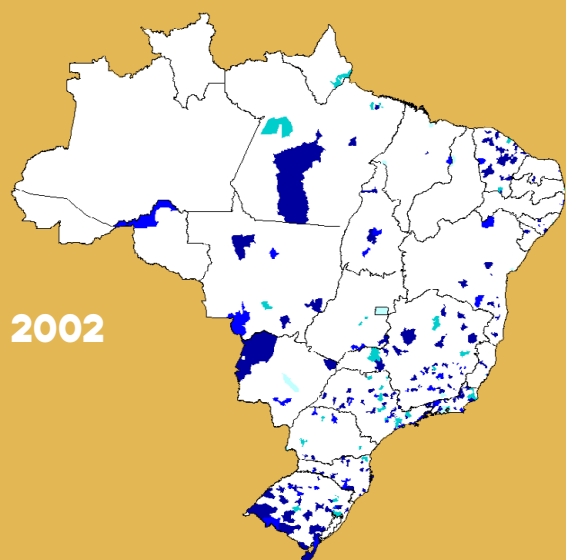
A RAPS estabelece que a atenção à saúde das pessoas com sofrimento psíquico deve ser realizada em todos os serviços do Sistema Único de Saúde, sem discriminação. Desde as Unidades Básicas de Saúde e Consultórios na Rua (serviço específico para a população em situação de rua), passando pelos pontos de atenção de urgência e emergência como o SAMU e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), passando também pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) até os pontos de atenção do componente hospitalar, nos leitos de saúde mental em hospitais gerais e especializados, além de Hospitais-Dia.

Os CAPS são serviços estratégicos e principais articuladores da RAPS. Eles funcionam com “portas abertas”, ou seja, qualquer pessoa pode ser recebida e avaliada pela equipe de saúde presente, sem a necessidade de um encaminhamento ou agendamento prévio. O cuidado é realizado por meio de uma avaliação inicial, seguida da construção do **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**⁴ para cada usuário, seja nos processos de reabilitação psicossocial ou nas situações de crise. As ações de cuidado são diversificadas, realizadas em grupo, individualmente, com a família ou na comunidade. O papel articulador dos CAPS é descrito pelo Ministério da Saúde da seguinte forma:

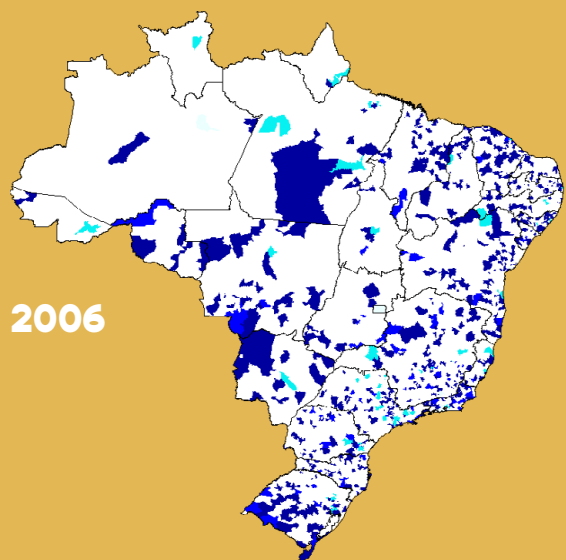
“Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares. Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.”
(BRASIL, 2015d)

Os tipos de CAPS variam de acordo com o porte dos municípios. Nos grandes municípios e regiões de saúde acima de 200 mil habitantes, são previstos CAPS de funcionamento 24h, como os **CAPS III** voltados para pessoas com sofrimento mental em geral, e os **CAPS ad III**, destinados principalmente para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os **CAPSi** são direcionados para o público infantojuvenil e podem ser implantados em municípios e regiões a partir de 70 mil habitantes. Para os municípios de médio porte (a partir de 70 mil habitantes), há os **CAPS II** e **CAPS ad**, e para os de pequeno porte (a partir de 15 mil habitantes), os **CAPS I** (BRASIL, 2011). Mais recentemente, a esta tipificação foi acrescentado o **CAPS ad IV**, para municípios com população acima de 500 mil habitantes ou nas capitais de estados, conforme a Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a). A expansão dos CAPS pelo país é discutida no **Box 1**, a seguir.

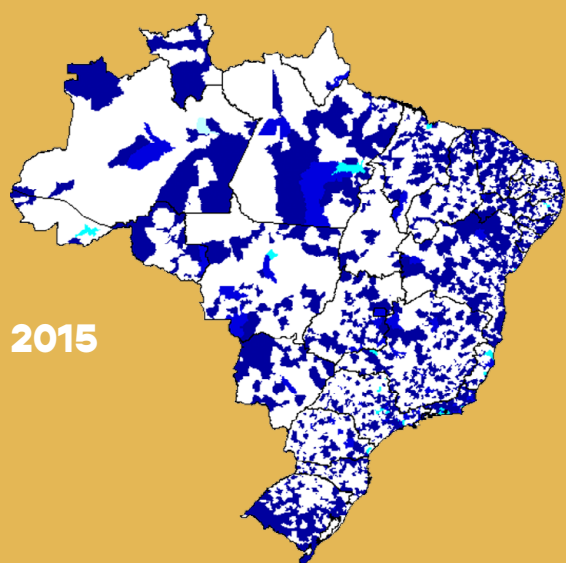
4 O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido. A noção de singularidade advém da especificidade da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo. (BRASIL, 2013)



2002



2006



2015

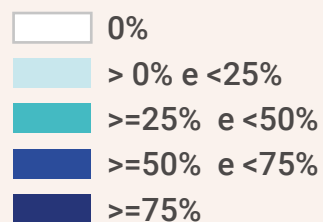
BOX 1

A EXPANSÃO DOS CAPS PELO PAÍS

A partir da promulgação da Lei 10.216/2001 houve grande expansão de CAPS pelo território brasileiro. Em 2002, havia 424 CAPS implantados no país, chegando a cerca de 2.669 ao final de 2019 (BRASIL, 2020b). A Figura 1 ilustra o processo de interiorização dos CAPS no Brasil entre 2002 e 2014:

Figura 1 – Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2002, dez/2006 e dez/2014).

Indicador
CAPS/100.000
habitantes



Fonte: BRASIL (2015c)

Os dados consolidados pelo Ministério da Saúde até 2014 apontavam grande variação da implantação de CAPS entre as diferentes regiões. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentavam os piores indicadores de cobertura, respectivamente 0,61 e 0,66 CAPS/100 mil habitantes, enquanto a região Sul apresentava a melhor, com 1,07 CAPS/100 mil habitantes. Ao analisar os municípios elegíveis para implantação de CAPS (acima de 15 mil habitantes), 62,2% (1.488 municípios) tinham pelo menos um serviço implantado,

correspondendo à cobertura a uma população de 154 milhões de brasileiros (BRASIL, 2015c). A Figura 2 destaca, em vermelho, os municípios elegíveis para a implantação de CAPS, porém sem serviços implantados até 2014, indicando a necessidade de fortalecimento e expansão dos pontos de atenção territorial.

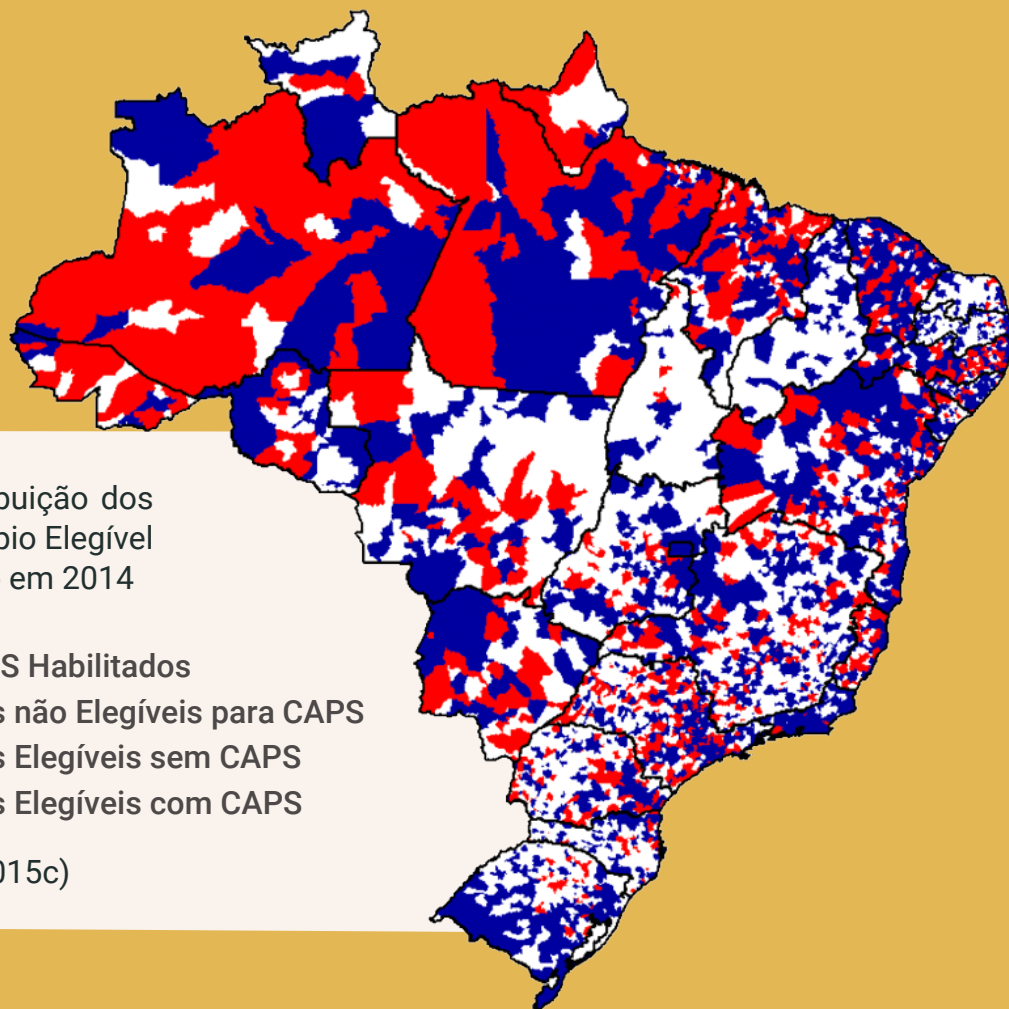


Figura 2 – Distribuição dos CAPS por Município Elegível para implantação em 2014

Presença de CAPS Habilitados

- Municípios não Elegíveis para CAPS
- Municípios Elegíveis sem CAPS
- Municípios Elegíveis com CAPS

Fonte: BRASIL (2015c)



Com relação ao componente de atenção hospitalar, esse compreende principalmente os leitos de saúde mental em hospitais gerais e prevê internações de curta duração, destinadas à atenção a comorbidades clínicas decorrentes de substâncias psicoativas, como abstinências e intoxicações graves, e ao manejo de situações de crise em saúde mental, em articulação e corresponsabilização do CAPS e demais pontos de atenção da RAPS (BRASIL, 2011). Informações do Ministério da Saúde indicam a implantação de 1.622 leitos de saúde mental no país até 2019 (BRASIL, 2020b). Os leitos de saúde mental em hospital geral, organizados no interior da RAPS, podem contribuir para diminuição do tempo de internação e para a construção coletiva do PTS entre os serviços da rede. Vale indicar que sua expansão numérica e qualificação de atendimento são fundamentais para o melhor funcionamento da rede como um todo. Além disso, desde 2019, por meio de um movimento que é apontado como retrocesso por especialistas, os hospitais psiquiátricos e hospitais-dia passaram a fazer parte do componente Atenção Hospitalar, sendo portanto incluídos na RAPS. Este acontecimento será melhor discutido na seção seguinte.

Quanto ao componente de atenção residencial de caráter transitório, as Unidades de Acolhimento são serviços de acolhimento voluntário e oferecimento de cuidados continuados de até 06 meses para pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e que estejam em maior vulnerabilidade social, acompanhadas pelos CAPS. Estes serviços são divididos entre o tipo que atende o público adulto, a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), ou o público infantojuvenil, a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI) (BRASIL, 2011). Dados referentes a 2019 indicam que havia apenas 67 Unidades de Acolhimento habilitadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b), apontando a necessidade de expansão deste ponto de atenção e para a qualificação do cuidado no campo de álcool e outras drogas.

O componente de Reabilitação Psicossocial envolve estratégias que promovam o protagonismo de usuários e familiares para o exercício da cidadania, por meio de iniciativas articuladas com os recursos do território, nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura e saúde (BRASIL, 2011). Como discutido anteriormente, o acesso a trabalho e renda é fundamental para a inclusão social de pessoas com desabilidades psicossociais e se considera um tema de destaque no planejamento do cuidado. Dados de 2013 do Ministério da Saúde apontavam a existência de um mapeamento de 1.008 iniciativas de geração de trabalho e renda espalhados pelo país, sendo 177 delas no estado de São Paulo (Brasil, 2015c).

Por fim, o componente de Desinstitucionalização abrange não apenas a desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos e fechamento de leitos, mas fundamentalmente a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos, promovendo



atenção, tratamento e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). Os avanços nesse componente indicam que, entre 2002 e 2014, houve uma redução de 25.405 leitos em hospitais psiquiátricos habilitados para funcionar pelo SUS, sendo substituídos por leitos de saúde mental em hospitais gerais e serviços baseados na comunidade, como os CAPS (BRASIL, 2015c).

A mais recente publicação sobre as condições de hospitais psiquiátricos no Brasil, aponta que o país ainda tem desafios importantes a enfrentar no processo de desinstitucionalização. De acordo com o relatório, todos os hospitais visitados apresentaram algum indício de violação de direitos humanos⁵, como por exemplo situações de internações de longa permanência, ausência de consentimento para a internação⁶, dificuldades de acesso à água potável e papel higiênico, ausência de vestimentas individualizadas, violação de privacidade, agressões e abusos sexuais. Dados deste mesmo relatório indicam a existência de 15.532 leitos distribuídos em 121 hospitais psiquiátricos até 2018. O Relatório aponta ainda para a falta de dados recentes sobre o número de pessoas em internação de longa permanência⁷, o que dificulta o planejamento de processos de desinstitucionalização (CFP, MNPCT, CNMP, MPT, 2020).

Especificamente para pessoas que passaram pela experiência de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, são destinados o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), e o Programa De Volta Para Casa (PVC). Os SRT são moradias para até 10 pessoas, localizadas fora dos hospitais psiquiátricos, enquanto o PVC trata de pagamento de benefício financeiro para contribuir materialmente para a reconstrução de autonomia e reinserção na comunidade. Em 2019, 5.668 pessoas eram beneficiárias do PVC e havia 684 SRT implantados no Brasil (BRASIL, 2020b), principalmente em municípios que passaram pelo fechamento de seus hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2015c). Na perspectiva dos usuários, o benefício financeiro possibilita a emancipação e integração dos sujeitos na vida comunitária, envolvendo familiares, vizinhança e amigos, pelas agências de banco e pelo comércio local, entre outros (BESSONI, 2019). Por fim, vale destacar que o programa federal criado em 2015 que previa financiamento específico para equipes responsáveis pelo processo de desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, denominado Programa de Desinstitucionalização, nunca chegou a ser implantado.

⁵ Em 2018 foram inspecionados 40 hospitais psiquiátricos, distribuídos em todas as regiões do país. Essa amostra representou um terço do total de instituições em funcionamento até 2018 (CFP, MNPCT, CNMP, MPT, 2020).

⁶ A Lei Brasileira de Inclusão determina a proibição da pessoa com deficiência/desabilidade ser submetida a tratamento ou institucionalização forçada, sendo necessário seu consentimento prévio.

⁷ Dados do Relatório de Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos apontam que até 2011 havia 9.947 moradores em hospitais psiquiátricos (CFP, MNPCT, CNMP, MPT, 2020).



3 RETROCESSOS RECENTES

Desde o final de 2015 e início de 2016 a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde sofreu grandes alterações de direcionamento. Este foi o primeiro momento, desde a retomada da democracia, que o Estado brasileiro interrompeu o processo de extinção de seus hospitais psiquiátricos, por meio do *“abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com risco real de retrocessos das políticas de saúde mental no país”*, segundo apontado por especialistas (CALDAS DE ALMEIDA, 2019).

Dentre os aspectos dessa transformação, denominada por alguns autores como **Contrarreforma**, está a **desconfiguração da Rede de Atenção Psicossocial**. Esse processo é marcado pela publicação de portarias do Ministério da Saúde em 2017, que (i) criaram Unidades Ambulatoriais Especializadas, (ii) permitiram serviços de internação para crianças e adolescentes, (iii) incluíram o hospital psiquiátrico como ponto de atenção da RAPS (e não como parte das Estratégias de Desinstitucionalização) e (iv) inseriram o aparelho de Eletroconvulsoterapia (ECT) na lista de financiamento do SUS, entre outros pontos (CALDAS ALMEIDA, 2019; BRASIL, 2019a).

A volta do investimento em hospitais psiquiátricos, em contexto de limitação de recursos frente a austeridade orçamentária do SUS desde 2018, aliado a abordagens de restrição de direitos na área de álcool e drogas, foram compreendidos como um retorno à lógica de cuidado asilar e institucionalizado (CFP, MNPCT, CNMP, MPT, 2020). Sobre estas proposições, Caldas de Almeida (2019) aponta a falta de embasamento científico atualizado e alinhado aos instrumentos internacionais de direitos humanos.

No que tange ao cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, há um campo de disputa entre a área da saúde e a área da justiça e segurança pública. O Brasil é um país que permite, em sua legislação, internações involuntárias (solicitadas por familiares) e compulsórias (relacionadas ao sistema de justiça) de pessoas com habilidades psicossociais (OBSERVATÓRIO DIREITOS DOS PACIENTES, 2019). Esses recursos têm sido voltados, em especial, a pessoas que usam álcool e outras drogas. Apesar de existirem, na rede de saúde, serviços como os CAPS ad, o Brasil abriga diversas comunidades terapêuticas, em sua maioria com base religiosa e sem requisitos necessários para serem cadastradas como Estabelecimentos de Saúde nas plataformas do Ministério da Saúde. Esses locais acolhem pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas em regime de internação e recebem financiamento



de órgãos públicos da justiça, da cidadania e do legislativo (neste último caso, por meio de emendas parlamentares). Uma recente inspeção nesses estabelecimentos averiguou, entre outras violações: caráter asilar; uso de internações involuntárias e compulsórias; práticas institucionais degradantes (violação à liberdade religiosa, “laborterapia” e internações sem prazo de término, entre outros aspectos); equipes de trabalho reduzidas ou não capacitadas; cotidiano e práticas de uso de força; internação de adolescentes e infraestrutura precária (CFP, MNPCT, PFDC, 2018).

Mais recentemente, em junho de 2020, foi revogada a portaria que estabelece Equipes de Avaliação e Acompanhamento para Pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei⁸. Tal medida foi repudiada pelo Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais (CONDEGE)⁹ e por diferentes instituições da sociedade civil, visto se tratar de uma violação aos direitos humanos das pessoas com habilidades psicossociais em conflito com a lei, em especial no momento em que são muitos os desafios para se enfrentar a pandemia por coronavírus nas unidades prisionais. O CONDEGE indica que 4.109 pessoas estavam cumprindo medidas de segurança na modalidade de internação, público-alvo das Equipes de Avaliação e Acompanhamento. Após inúmeras manifestações de movimentos sociais, especialistas e entidades ligadas à defesa de direitos, a portaria em questão voltou a ser validada pelo governo federal.

Por fim, desde 2017, com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, houve uma redução nos recursos humanos para acolher pessoas com habilidades psicossociais. Em 2008 haviam sido criados os chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família para reforçar a atenção primária em saúde. Os núcleos incluíam profissionais de várias áreas da saúde, como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psiquiatras, no apoio às equipes de saúde da família no território. Com a revisão da política em 2017, esses Núcleos deixaram de ter financiamento direto federal, ficando a cargo de gestões locais a manutenção desse apoio (BRASIL, 2017b). Em 2019, havia ainda 5.235 Núcleos atuantes, principalmente focados nas regiões Nordeste e Sudeste (CNM, 2019).

Em um cenário de instabilidade política, há ainda outras questões que têm sido negligenciadas e que impactam a população amplamente. A primeira diz respeito à necessidade de formação continuada de recursos humanos para atuarem em saúde mental, dentro de uma perspectiva de empoderamento das pessoas com habilidades psicossociais. Essa formação não pode ser voltada apenas a profissionais como psicólogos e psiquiatras,

⁸ Essas equipes atuam em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou unidades penitenciárias.

⁹ A Nota técnica de 03 de junho de 2020 pode ser acessada em https://anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/44561/Nota_Tecnica_EAP_vf_condege_assinada_.pdf.



mas deve se estender para outras áreas, como saúde e educação, e alcançar também profissionais do direito, se possível, desde a graduação. Outra reflexão é o quanto a rede de saúde ainda privilegia o atendimento a pessoas com incapacidades psicossociais agravadas, negligenciando a promoção da saúde e o acolhimento das primeiras manifestações de sofrimento, as quais poderiam ser tratadas sem o uso de medicação. Por fim, ressalta-se o dado que, em países de baixa e média renda, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais sequer recebem tratamento (OPAS, 2018), indicando que o caminho para prevenção, acolhimento e integração de pessoas com incapacidades psicossociais ainda necessita muitos avanços.





4 ASPECTOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Ao pensar sobre a importância da saúde mental no Brasil é essencial recordar que o que está em questão é o exercício de vida plena dos sujeitos. Nesse sentido, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta em 2001 pela Organização Mundial da Saúde, vem romper com a classificação de doenças apenas pelo elencar de sintomas, e busca situar as condições de desabilidade a partir da interação das pessoas com o ambiente nas dimensões de: Restrição à participação; Limitação às atividades; Prejuízos nas funções/estruturas do corpo; Condição de Saúde; Barreiras nos fatores ambientais e Fatores Pessoais, que englobam desde habilidades interpessoais até a situação econômica do sujeito (OMS, 2003).

Assim, o comprometimento funcional é um critério de avaliação essencial no campo da saúde mental. Como discutido no primeiro Capítulo, a variedade de problemas de saúde mental experienciada entre pessoas (e para a mesma pessoa ao longo do tempo), e entre diferentes culturas, sugerem que o uso predominante do diagnóstico psiquiátrico pode ser simplista. Assim, é interessante que os transtornos mentais

sejam concebidos como distúrbios (emocionais, cognitivos ou comportamentais) que atingiram um limiar de tal modo a causar prejuízos funcionais substanciais, de modo que os indivíduos encontram barreiras para cumprir seus papéis sociais desejados em sua comunidade (PATEL *et al.*, 2018).

Nesse sentido, é importante observar que a população brasileira enfrenta altos níveis de desigualdade em relação às suas condições de vida. A seguir são discutidos alguns dos determinantes sociais que impactam a saúde mental da população brasileira:

→ O acesso à renda com frequência determina as condições básicas de sobrevivência, como moradia, vestimentas e alimentação, sendo também um meio para a aquisição de bens culturais e para obtenção de capital social¹⁰. A esse respeito, segundo o coeficiente de Gini, que mede desigualdade e distribuição de renda, o Brasil tem um dos piores desempenhos do mundo (BANCO MUNDIAL, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2013). Ademais, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (BRASIL, 2016), no ano de 2015, indicava que 35,2% da população brasileira maior de 15 anos não era economicamente ativa. Em 2017, a renda média

¹⁰ O capital social pode ser definido como o conjunto de recursos acessados pelo indivíduo por meio de relações com um grupo, a partir de um investimento deliberado, buscando a manutenção de suas conexões ou o estabelecimento de novas, contribuindo e utilizando os recursos da rede para fins próprios. Assim, a posição do indivíduo na sociedade é um indicativo do tipo de capital social que ele pode mobilizar (BOURDIEU, 1986).



dos trabalhadores atingia R\$1.543,21 no caso dos homens e R\$1.165,59 no das mulheres, valores em queda se comparados ao ano de 2016. Além disso, em 2019 o número de pessoas em pobreza extrema atingiu a marca de 13,8 milhões de brasileiros¹¹ e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 2017 também demonstra valores mais baixos nos estados do Norte e do Nordeste, se comparados com os do Sul, Sudeste e Centro-Oeste (IPEA, 2019).

→ **Questões como condições de moradia e alimentação também se relacionam diretamente com o agravamento de desabilidades psicossociais.** No que tange à situação de moradia no Brasil, 43% da população possui esgoto coletado e tratado e 12% utilizam fossa séptica (solução individual), ou seja, apenas 55% dos brasileiros possuem tratamento considerado adequado. Do restante, 18% têm seu esgoto coletado e não tratado, o que pode ser considerado como um atendimento precário e 27% não possuem coleta nem tratamento, isto é, não contam com atendimento por serviço de coleta sanitária (ANA, 2020). Em termos de alimentação, por exemplo, a pesquisa Vigitel (BRASIL, 2020a) apontou que, em 2019, no conjunto das 27 capitais brasileiras, a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de apenas 22,9%, sendo menor entre homens (18,4%) do que entre mulheres (26,8%). O consumo de alimentos protetores de doenças crônicas não atingiu nem 30% da população. O consumo de bebidas alcoólicas definido como abusivo foi referido por 18,8% dos entrevistados, e essa frequência diminuiu com a idade e aumentou com o nível de escolaridade.

→ **Adicionalmente, as condições de vida relacionadas ao meio urbano, como exposição à violência urbana generalizada, a condições socioeconômicas adversas, à poluição, ao alto nível de ruído, assim como a falta de áreas de lazer, afetam intensamente a saúde mental da população brasileira, se comparada a outros países do mundo (BONADIMAN *et al.*, 2017).** Na cidade de São Paulo, por exemplo, a prevalência de transtornos mentais comuns entre os habitantes com 15 anos ou mais foi estimada em 15,9% no ano de 2015, valor próximo ao resultado encontrado em 2008 (16,5%) e inferior ao de 2003 (21,1%). Esses transtornos afetaram em maior proporção as pessoas analfabetas ou com baixa escolaridade e com renda familiar inferior a um salário mínimo (SÃO PAULO, 2017). Nesse sentido, a exposição à violência em grandes cidades, que atinge, ao longo da vida, mais da metade dos habitantes do Rio de Janeiro e de São Paulo, parece estar conectada a uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos relacionados ao álcool, transtornos fóbicos e de ansiedade, incluindo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno depressivo maior (RIBEIRO *et al.*, 2013).

11 Notícia - Mais 170 mil brasileiros entraram para a pobreza extrema em 2019: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/05/18/mais-170-mil-brasileiros-entraram-para-a-pobreza-extrema-em-2019.htm>



→ **Determinantes relacionados ao gênero e aos níveis educacional e socioeconômico também se associam à prevalência de transtornos mentais nas cidades brasileiras.** Em estudo que acompanhou habitantes de São Luís/MA, Ribeirão Preto/SP e Pelotas/RS desde 1978, foram investigadas questões de saúde mental prevalentes e suas relações com indicadores sociais (ORELLANA *et al.*, 2020). A partir dessa pesquisa, foi possível observar que o episódio depressivo maior foi mais prevalente em adolescentes de São Luís (15,8%) e nos adultos de Ribeirão Preto (12,9%), os quais também apresentaram maior risco de suicídio (13,7%). Já em Pelotas, os jovens apresentaram maior prevalência de ansiedade generalizada (16,5%). Em geral, os transtornos mentais foram mais prevalentes nas mulheres e nas pessoas com menor nível socioeconômico, independentemente da cidade e da faixa etária. Além disso, os resultados dessa pesquisa longitudinal concordam com outros estudos que apontam os níveis educacionais e a renda como importantes determinantes da saúde mental do adulto, especialmente em países de renda média e baixa.

As pessoas com incapacidades psicossociais também enfrentam desafios na sua relação com o entorno imediato e em situações de tratamento. As condições de incapacidade psicossocial são vistas como um estigma pela sociedade, gerando como consequência a exclusão, a rejeição e a marginalização desses sujeitos, dado que muitas vezes são vistos, de maneira equivocada, como incapazes de tomarem suas próprias decisões ou de cuidarem de si mesmos, sendo também considerados como perigosos ou objetos de piedade. Além disso, muitas vezes são negadas oportunidades para trabalhar, estudar e viver de modo independente em sua comunidade. Além disso, serviços psiquiátricos de internação e estadia prolongada são associados, há tempos, com atendimento de baixa qualidade e violações aos direitos humanos, como discutido nas seções anteriores (BRASIL, 2015b).

Ainda a respeito da importância do conceito de “incapacidades psicossociais”, ele foi introduzido no arcabouço normativo brasileiro a partir de 2008, com a ratificação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) da Organização das Nações Unidas (ONU) (BRASIL, 2008)¹². A CDPD reconhece que o contexto social produz condições melhores ou piores para os sujeitos exercerem seus direitos de cidadania, situando a deficiência/incapacidade a partir das condições efetivas de participação social das pessoas com impedimentos físicos, mentais, intelectuais e/ou sensoriais duradouros. Nessa perspectiva, para produzir saúde mental, é essencial promover a redução de desigualdades por meio

¹² O pequeno número de publicações brasileiras que utilizam o conceito de “incapacidades psicossociais” aponta para a necessidade de que o modelo acordado internacionalmente pelos organismos de orientação (OMS, OPAS) seja mais difundido no país.



de interfaces entre o campo dos direitos humanos e das políticas sociais, como a assistência social, a educação, a justiça, o trabalho, a habitação, a cultura, entre outras (CFP, MNPCT, CNMP, MPT, 2020).

Os problemas de saúde mental podem ser altamente incapacitantes, com impacto direto na qualidade de vida das pessoas. Estudos focados na carga¹³ que determinadas doenças agregam à vida das pessoas apontam que cinco das dez principais causas de anos vividos com incapacidade (*Years Lived With Disability* - YLD), em todo o mundo, são relacionadas a desabilidades psicossociais (BONADIMAN *et al.*, 2017). As desabilidades e sua relevância foram: transtornos depressivos (13,0%), transtornos decorrentes do uso de álcool (7,1%), esquizofrenia (4,0%), transtorno bipolar (3,3%) e transtorno obsessivo compulsivo (2,8%). No Brasil, em 2015, transtornos mentais foram a principal causa de incapacidade, sendo responsáveis por 24,9% do total de YLD por todas as causas. Além disso, esses transtornos também representaram a terceira principal causa de carga de doenças (*Disability-Adjusted Life Years* - DALY) em nosso país no mesmo ano. Os transtornos depressivos e de ansiedade, que representam as maiores causas de YLD e DALY, parecem atingir seu pico na idade adulta para ambos os sexos. Na Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2015a), 4,1% das pessoas entrevistadas afirmaram terem deixado, nas últimas semanas, de realizar atividades habituais por problemas de saúde mental.

Ademais, ao se voltar a pessoas internadas por questões de saúde mental, os dados relacionados ao uso dos serviços hospitalares do SUS apontam algumas características para esse público. O TABNET, sistema de informação do SUS, indica que, entre janeiro de 2010 e abril de 2020, 2,5 milhões de brasileiros e brasileiras foram internados em hospitais gerais devido a desabilidades psicossociais, sendo a maioria homens (63%) e pessoas com idades entre 30 e 49 anos (48%). Além disso, o principal diagnóstico relacionado à internação foi o de esquizofrenia (33%), embora, somadas, as internações por uso de álcool e por uso de outras drogas representaram 36,2% do total. O custo total das internações, nesse período, foi de R\$ 4.410.428.219,05, ou seja, cerca de 440 milhões de reais por ano, em sua maioria empreendidos na região Sudeste (50,2%). Além disso, entre 2010 e 2018, estima-se que 98.646 pessoas morreram por causas diretamente relacionadas a transtornos mentais e suicídio no Brasil.

Em tempo, o suicídio, enquanto fenômeno complexo e multifatorial que envolve questões socioculturais, econômicas, psicológicas, biológicas e ambientais, afeta de forma variada diferentes públicos e regiões brasileiras. Entre 1997 e 2015, por exemplo, 164.276 suicídios foram notificados entre pessoas com 15 anos ou mais no país, sendo a maioria do sexo masculino (RODRIGUES *et al.*, 2019). Em termos regionais, as taxas médias de suicídio

¹³ Para informações mais detalhadas sobre o conceito de “Carga Global de Doença”, veja o Capítulo 01.



entre mulheres variaram entre 0,89 (no Acre, para pessoas com idade igual ou acima de 60 anos) e 6,54 por 100.000 habitantes (no Rio Grande do Sul, para aquelas com idade igual ou acima de 60 anos). Ao se voltar aos homens, esses números variaram entre 3,78 (no Rio de Janeiro, para aqueles com 15 a 29 anos) e 37,45 por 100.000 habitantes (no Rio Grande do Sul, para aqueles com idade igual ou acima de 60 anos). Ressalta-se, no entanto, que estudos recentes (D'ECA JUNIOR *et al.*, 2019; MACHADO; SANTOS, 2015) apontam que as maiores taxas de crescimento de suicídios estão entre mulheres e nas regiões Nordeste e Norte, além de haver importante ocorrência entre indígenas.

Por fim, uma especial atenção deve ser dada ao uso de álcool e outras drogas e sua relação com a carga de doenças. No Brasil, o fator de risco comportamental do uso de álcool e drogas contribuiu para uma porcentagem crescente de DALYs, especialmente no sexo masculino, passando de 7,4% nos anos 1990 para 12,2% em 2016. Em alguns casos, o uso de substâncias pode estar relacionado a incapacidades oriundas de episódios de violência voltados a si próprio ou aos outros, além de acidentes de transporte (GDB, 2018). Ademais, os DALY dos transtornos decorrentes do uso de álcool apresentam grande variação regional: as taxas do Ceará e de Sergipe chegaram a ser quase quatro vezes maiores do que as do Pará, por exemplo. Já os demais transtornos mentais e os transtornos decorrentes do uso de outras drogas apresentaram taxas homogêneas, comparadas à média nacional, em termos de proporção de DALY (BONADIMAN *et al.*, 2017).





5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diferentes aspectos destacados no decorrer do capítulo permitiram contextualizar o campo da saúde mental no Brasil, partindo de um breve histórico da reforma psiquiátrica brasileira, passando pela constituição da Rede de Atenção Psicossocial e pela análise dos determinantes sociais que impactam a qualidade da saúde mental da população, chegando até o período recente marcado por retrocessos e redirecionamentos na política em âmbito federal.

Conforme foi possível discutir, o movimento da reforma psiquiátrica foi um marco político e social para a transformação da assistência em saúde mental no país, e quatro características relevantes desse processo podem ser destacadas. A primeira delas é que a reforma psiquiátrica brasileira nasceu de um contexto maior de lutas pela conquista de direitos sociais e pela redemocratização do país, uma época marcada pela grande esperança da construção de uma sociedade mais justa, diversificada e tolerante. A segunda característica relevante do movimento de reforma psiquiátrica brasileira foi a participação massiva de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, conferindo maior centralidade aos interesses e necessidades daqueles diretamente afetados pelas decisões dos governos e pela estruturação dos cuidados em saúde, o que segue sendo uma marca presente nos movimentos atuais ligados à defesa da saúde mental. Outro aspecto relevante diz respeito à combinação de influências do campo da esperança e da ética com decisões administrativas que permitiram a sustentação das primeiras, como a Lei da Reforma Psiquiátrica, de 2001, e a portaria de criação da RAPS, de 2011. Por fim, um último destaque diz respeito ao fato de que a reforma psiquiátrica brasileira se constituiu como um movimento nacional e alcançou a criação de uma política federal inovadora em um país de grandezas continentais, servindo de exemplo para outras experiências ao redor do mundo.

Em decorrência das bases firmadas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira, pela lei que leva o seu nome e, antes de tudo, pela criação de um sistema público e universal de saúde, o Brasil conseguiu organizar uma rede de cuidados em saúde mental capaz de oferecer ações que: i) se iniciam na atenção primária, voltados principalmente para prevenção e promoção da saúde; ii) passam por serviços estratégicos de base comunitária como os CAPS e Unidades de Acolhimento; iii) podem ser mais intensivas, a depender da necessidade, em serviços hospitalares gerais; iv) também visam a promoção de direitos básicos a partir do apoio social para acesso a trabalho e renda, além do combate às violações de direitos e tratamentos cruéis e degradantes. A partir das informações apresentadas neste capítulo,



foi possível acompanhar a grande expansão de serviços de saúde mental por todas as regiões do país a partir de 2002, o que significou uma real ampliação do acesso a tratamentos e serve de evidência para a constatação de que o Brasil foi capaz de transformar seu modelo de atenção.

Por outro lado, também foi possível discutir como **os problemas de saúde mental se produzem em situações com múltiplos fatores de influência e estão associados a consequências negativas que afetam a sociedade como um todo**. Os impactos econômicos e sociais dos problemas de saúde mental abrangem a redução de mão de obra qualificada, o desemprego, a falta de moradia, a morte prematura, o comprometimento do desenvolvimento global de crianças e custos diretos para os familiares, entre outros.

Nesse sentido, apesar dos avanços conquistados e inegáveis, os brasileiros ainda têm desafios importantes a enfrentar. **O principal desafio diz respeito à capacidade de sustentar e fortalecer a rede de serviços implantada**, em especial pelo contexto atual de diminuição do financiamento e do ritmo de implantação de serviços, da crise financeira de estados e municípios e dos redirecionamentos na política nacional de saúde mental. Dessa forma, apesar da existência de serviços instalados em todas as partes do país, sua distribuição desigual exige estratégias específicas para combate às iniquidades regionais, especialmente quando se leva em consideração o público de crianças e adolescentes.





REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS (ANA). **Atlas Esgoto** (página na web), 2020. Disponível em: <http://atlasesgotos.ana.gov.br/>. Acesso em 05 jun. 2020.

BANCO MUNDIAL. **Gini Index** (site na web), 2020. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=BR>. Acesso em 05 jun. 2020.

BESSONI, E. et al. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí?. **Saude soc.** [online]. 2019, vol.28, n.3, pp.40-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300040&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 jun 2020.

BONADIMAN, C. S. C. et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 191–204, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500191&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 05 jun. 2020.

BOURDIEU, P. The forms of capital. In: **Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education**. New York: J. Richardson, 1986. p. 241–258.

BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde. OPAS: Brasília, nov. 2005.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 186, de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/CONGRESSO/DLG/DLG-186-2008.htm. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 22 jun 2020.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-36251> Acesso em 12 mai 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**. Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015c. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 19 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: 2015d.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 22 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 22 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília: 2019a. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em 02 jun 2020.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 137. p. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf?x53725>. Acesso em 02 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2019**. Brasília: 2020b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf. Acesso em 02 jun 2020.

CALDAS DE ALMEIDA, J. M. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00129519, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 jun 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Audiência Pública – CDH/Senado** (apresentação), 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP), MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA (MNPCT), PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO (PFDC). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em 18 jun 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP), MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA (MNPCT), CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP), MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO (MPT). **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional**. 2ª ed. Brasília: mar, 2020. Disponível em: <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/03/relatc393rio-nacional-hp-versc3a3o-revisada.pdf>. Acesso em 18 jun 2020.

D'ECA JUNIOR, A. *et al.* Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? **Cad. saúde colet.**, v. 27, n. 1, p. 20-24, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 jun. 2020.

GDB 2016 Brazil Collaborators. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 760–775, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6123514/>. Acesso em 05 jun. 2020.



INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017**. Brasília: IPEA, 2019.

MACHADO, D.B.; SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000100045&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 jun. 2020.

NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental** [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2002.

OBSERVATÓRIO DIREITOS DOS PACIENTES. **Saúde mental e direitos humanos, 2019**. Disponível em: <http://www.observatoriopaciente.com.br/wp-content/uploads/2020/06/Cartilha-DHP-Final-1.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **International Classification of Functioning, Disability, and Health**. 2003. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/international-classification-of-functioning-disability-and-health/>. Acesso em 12 jun 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa - Transtornos mentais** (site na web), 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839 Acesso em 09 jun. 2020.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Cortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 2, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000205001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 05 jun. 2020.

PATEL, V. *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, v. 392, n. 10157, p. 1553–1598, 27 out. 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31612-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31612-X/fulltext). Acesso em 22 jun 2020.

RIBEIRO, W. S. *et al.* The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE*, v. 8, n. 5, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3648507/>. Acesso em 05 jun. 2020.



RODRIGUES, C. D. *et al.* Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 5, p. 380–388, out. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462019000500380. Acesso em 05 jun. 2020.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. **Boletim ISA Capital 2015, nº 13, 2017: Transtornos mentais comuns na cidade de São Paulo**. São Paulo: CEInfo, 2017, 22 p.





CAPÍTULO 3

**Os públicos-alvo
selecionados:
Adolescentes
e Mulheres**

Os problemas de saúde mental não são os mesmos para todos os grupos da população. Este relatório assume que a saúde mental está associada não apenas a transtornos que precisam ser tratados e medicados (como depressão e ansiedade), mas principalmente a condições sociais que limitam uma participação efetiva dos indivíduos na vida da sociedade. Dessa forma, é fundamental que a atuação neste campo esteja pautada nas necessidades específicas dos públicos-alvo que receberão atenção.

Durante o projeto que deu origem a essa publicação, o **Instituto Cactus** considerou alguns possíveis públicos-alvo e - depois da análise a partir dos critérios de importância, tratabilidade e negligência - a organização optou por priorizar os públicos-alvo de: adolescentes e mulheres.

Este capítulo tem como objetivo apresentar a análise realizada para os dois públicos-alvo selecionados. O capítulo está dividido em duas partes principais, uma dedicada a adolescentes e outra às mulheres. Em cada uma delas, os grupos são discutidos a partir dos critérios do método de priorização ITN. Para introduzir a discussão, também foi incluída uma seção inicial que apresenta o método empregado.



A escolha dos públicos-alvo, nas palavras do Instituto Cactus.

O Instituto Cactus optou por um recorte de públicos neste relatório com o objetivo de poder aprofundar a discussão, e ter informações e dados mais específicos e acionáveis na sua atuação.

Entendemos que as soluções de saúde mental têm que ser consistentes e segmentadas e não acreditamos em uma abordagem “*one-size-fits-all*” (um tamanho serve para todos). Os grupos, por sua vez, têm que ser segmentados com base em perfis que incluam preferências, estilos de vida e condições sociais, o que se apoia em uma visão de indivíduo como ser biopsicossocial.

A nossa escolha pelos públicos de mulheres e adolescentes se baseia, em grande parte, nos critérios de Importância, Tratabilidade e Negligência (a qual será apresentada a seguir), já que estes se revelaram como grupos que não só mereciam mais atenção como multiplicadores de mudança, mas também como bastante negligenciados pelas políticas públicas e iniciativas atuais – e, portanto, com uma grande oportunidade de atuação e impacto positivo.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é um processo biológico, fisiológico e psicológico de desenvolvimento cognitivo e estruturação da personalidade. Apesar disso, é um momento invisível e negligenciado, o que gera estigmas e impactos negativos na qualidade de vida desses adolescentes que serão carregados até a fase adulta. Os jovens serão os adultos, líderes, cidadãos e agentes de mudança do futuro.

A adolescência é também um momento chave para prevenção, já que 50% das condições de saúde mental começa até os 14 anos de idade, e 75% até os 24 anos de idade, mas a maior parte (aproximadamente 80%) desses casos passa sem diagnóstico ou tratamento.

No caso das mulheres, adotamos um olhar que vai para além da perspectiva biológica. Segundo a OMS, o gênero implica diferentes suscetibilidades e exposições a riscos específicos para a saúde mental, por conta de diferentes processos biológicos, relações sociais e papéis de gênero.



A prevalência de condições de saúde mental é maior nas mulheres. A depressão, por exemplo, ocorre, em média, 2x mais em mulheres do que nos homens e pode ser mais persistente nas mulheres, ao passo que as tentativas de suicídio são 2,2x mais frequentes nas mulheres.

As mulheres são também vetores importantes de mudança para a sociedade, sendo líderes dessa e das próximas gerações, educadoras, com as mulheres representando 80% do contingente dos professores da educação básica, além de referências dentro seus núcleos familiares.

Esse recorte não é exclusivo ou exaustivo, e o Instituto Cactus reconhece que há outros públicos que merecem atenção e cuidado prioritários, como a população negra, os povos indígenas e as populações que são submetidas a situações de emergência humanitária. Buscaremos na nossa atuação ter uma visão empática e ampla para estes e outros públicos, sendo estes apenas os primeiros passos da nossa caminhada por um Brasil que cuide preventivamente da saúde mental.





1 O MÉTODO ITN

O *Importance, Tractability, Neglectedness* (ITN) é um método para priorização de áreas de foco que tem sido utilizado por organizações que se alinham com a perspectiva do altruísmo eficaz. O método propõe que frente à necessidade de priorizar uma área, as organizações deveriam levar em consideração três fatores. Primeiro, a partir de uma perspectiva de *Importância*, deveriam se perguntar qual é a magnitude do problema que estão abordando, ou ainda qual seria o tamanho do benefício gerado caso os problemas em questão fossem resolvidos. Segundo, considerando a *Tratabilidade*, é importante considerar até que ponto é possível resolver o problema em consideração. Por fim, a partir de um olhar de *Negligência*, é preciso perguntar até que ponto essa área tem sido negligenciada por outras organizações. Segundo o método, uma determinada área ou causa deveria ser priorizada se essa é mais relevante que outras (importância), se tem recebido menos atenção (negligência), e/ou existem formas de abordar os problemas com efetividade comprovada (tratabilidade).

Para aplicar o método no campo da saúde mental de acordo com as definições que têm sido adotadas neste relatório, foram feitas definições mais específicas para cada uma das dimensões. Essas definições serviram de guia para a elaboração da análise para cada um dos públicos-alvo:

→ **Importância** – além de procurar entender a magnitude dos problemas de saúde mental para determinado público no Brasil e os principais desafios enfrentados, buscou-se compreender como a saúde mental se relaciona com outros determinantes e condições sociais, e traçar elementos sócio-históricos que apoiem a caracterização desse público.

→ **Tratabilidade** – buscou-se compreender se é possível aprimorar a saúde mental de cada público a partir de intervenções com evidências confiáveis de efetividade para diferentes desfechos. O foco foi voltado a intervenções que tinham como objetivo melhorar aspectos da qualidade de vida, funcionamento e inclusão social, considerando em segundo plano aquelas intervenções voltadas apenas à redução de sintomas de transtornos mentais. Também houve preocupação em identificar lacunas na produção científica sobre os diferentes públicos.

→ **Negligência** – buscou-se caracterizar os esforços no âmbito das políticas públicas relacionadas à saúde mental de cada público, de forma a entender quais legislações e serviços foram implementados ao longo dos anos no Brasil.

O detalhamento das buscas realizadas na literatura e seus limites para cada um dos públicos-alvo pode ser encontrado no *Anexo* dedicado à metodologia. A seguir são apresentadas as análises para adolescentes e mulheres passando pelas três dimensões do método.



2 ADOLESCENTES E SAÚDE MENTAL

a. Importância

O conceito de adolescência enquanto período particular da vida é recente na história da humanidade. A ideia de adolescência - do latim *adulescens* ou *adolescens*, que significa crescer (MOTTA, 2010) - surgiu no fim do século XIX, em um período em que ocorria a transição de uma sociedade camponesa para o mundo industrializado (CAVALCANTE, 2014). Nesse contexto, começou a se reconhecer que era necessário cuidar das crianças e dos adolescentes para que pudessem trabalhar nas fábricas. Os próprios direitos trabalhistas de crianças e adolescentes começaram a ser discutidos nesta época, por meio de documentos como a *Rerum Novarum* elaborada pelo Papa Leão XIII (VILLATORE; ALMEIDA, 2017). Nessa perspectiva, a inserção dos jovens na vida da sociedade estava intimamente associada à sua entrada no mercado laboral, mais especificamente por meio do trabalho assalariado.

As mudanças na atividade econômica na segunda metade do século XX, colocaram em questão a visão de futuro que era incutida nos adolescentes. A partir da década de 1970, por meio da informatização e da robotização da atividade econômica, a necessidade de trabalhadores

em massa foi paulatinamente reduzida. A esse respeito, Castel (1998) descreve que a “sociedade salarial” passou a ser afligida pelo desemprego em massa e pela precarização das condições laborais. Com o tempo, as fábricas deixaram de oferecer um horizonte de trabalho, sendo substituídas pela prestação de serviços e por empregos precários, que não geram identidade. Como fruto do aprofundamento dessas transformações, na sociedade do século XXI, de modo geral não há projetos de vida para os adolescentes, tornando mais difícil sua tarefa de passar da infância para a fase adulta sentindo-se validados.

Somam-se a essas mudanças, outras desconexões que reforçam a falta de “lugar” para os adolescentes na sociedade. Por uma parte, a intensificação do processo de urbanização diminuiu os espaços de convivência para os adolescentes. Se as cidades não se organizam de modo a promover que jovens se encontrem, se reconheçam e sejam validados por seus pares, o que ela passa a oferecer são situações de risco. Por outra parte, os adolescentes não se sentem conectados com formas de organização tradicionais, como partidos políticos, preferindo outras formas de atuação mais diretas (SNJ, 2013).

A adolescência é tipicamente definida em termos de um recorte etário da população. Não há um consenso sobre as idades que limitam o período da adolescência, havendo



diferentes definições possíveis¹. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os adolescentes são aqueles que têm entre 12 e 18 anos incompletos (BRASIL, 1990), já para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os adolescentes são aqueles que têm entre 10 e 20 anos. Em 2011, o Brasil tinha cerca de 21 milhões de indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos, o que corresponde a 11% de sua população, sendo 10.367.477 meninas e 10.716.158 meninos (MOTA *et al.*, 2019).

Além disso, a literatura ressalta a importância de se reconhecer a diversidade que existe nesse segmento da população. Uma diferenciação comum é a de dois subgrupos etários entre os adolescentes. A OMS, por exemplo, diferencia os pré-adolescentes (10 a 14 anos) dos adolescentes propriamente ditos (15 a 19 anos) (SCHAEFER *et al.*, 2018). No entanto, as diferenças também estão associadas a fatores sociais. Classe, gênero, raça/etnia e território são relevantes para compreender a diversidade e heterogeneidade existente entre os adolescentes (CAVALCANTE, 2014). Além do mais, há elementos da experiência social de um adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas em privação de liberdade, por exemplo, que diferenciam suas circunstâncias e suas possibilidades de ter uma vida saudável daquelas de um adolescente de classe média de São Paulo, ou de um adolescente que vive nas áreas rurais do semiárido brasileiro (ARÊAS *et al.*, 2017).

A adolescência também é um período marcado por transformações psicossociais. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS afirmam que a adolescência se constitui como um processo biológico, fisiológico e psicológico, em que se *acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade* (SCHAEFER *et al.*, 2018). Similarmente, o Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF) caracteriza esse período com mudanças na anatomia, na fisiologia, no ambiente social e na relação com a sexualidade, sendo caracterizado pela construção da personalidade, o que exige adaptação ao ambiente e integração social (MOTA *et al.*, 2019).

Entretanto, apesar da importância desse período da vida para a formação dos indivíduos, com frequência ele é mal compreendido, o que contribui para a criação de estigmas. Nesse sentido, a UNICEF identifica que os agravos sofridos pelos adolescentes podem comprometer tanto sua saúde quanto a qualidade de vida, inclusive com possibilidade de levá-los à morte (MOTA *et al.*, 2019). Não é raro que se escutem referências aos adolescentes como “aborrecentes”, incosequentes, rebeldes e incompreendidos, violentos, transgressores, irresponsáveis e ociosos. Estigmas que contradizem e

¹ O conceito de adolescência coincide e se diferencia da ideia de juventude. Segundo a OMS, por exemplo, a juventude pode ser entendida como processo de “preparação para o indivíduo assumir o papel de adulto na sociedade, tanto no plano familiar quanto no profissional”, que se estende dos 15 aos 24 anos. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/.





minam as possibilidades de desenvolvimento daqueles que também são tidos como o “futuro da nação”. Com isso, sair da fase da adolescência pode ter o efeito de se desistir das ideias do “mundo do impossível” e viver sob a frustração e a submissão de se tornar adulto. As demandas impostas aos adolescentes com frequência os afastam da perspectiva coletiva, de cooperação e percepção do outro como fonte de sua potência.

No contexto brasileiro, segundo o Ministério da Saúde, em 2013, havia uma taxa de prevalência entre 10,8% e 12,7% de problemas de saúde mental entre as crianças e adolescentes (BRASIL, 2013). No mundo, a estimativa é de que 10 a 20% dos adolescentes vivenciem problemas de saúde mental, sendo a depressão uma das principais causas de incapacidade (OPAS, 2018). No Brasil, entre os problemas mais comuns estão a ansiedade (5,2% - 6,2%), problemas de comportamento ou conduta (4,4% - 7%), hiperatividade (1,5% - 2,7%) e depressão (1% - 1,6%). Por sua vez, o autismo e problemas a ele relacionados estão abaixo de 1% (BRASIL, 2013). Além disso, dentre os adolescentes que estavam nas escolas em 2015, encontrou-se uma prevalência de 30% de transtornos mentais comuns. Essa taxa era mais elevada entre as meninas (38,4%) do que entre os meninos (21,6%), sendo mais alta entre os mais velhos de 15 a 17 anos (33,6%), em comparação com aqueles que tinham entre 12 a 14 anos (26,7%) (LOPES *et al.*, 2016). Ainda, questões associadas a transtornos alimentares e à insatisfação com a imagem corporal também têm sido abordadas pela literatura (LEMES *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2017).

Em publicação de 2013 do Ministério da Saúde é utilizado o termo **“problemas de saúde mental”** ao invés de “transtornos mentais”, a partir da justificativa:

“As classificações atuais (CID X e DSM IV), ao agruparem as queixas sob a rubrica de transtornos têm se mostrado insuficientes para fazer frente à diversidade de influências (culturais, sociais, familiares e do próprio desenvolvimento infantil) que contam para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas na população em questão.” (p. 103, BRASIL, 2013).



Pesquisas também têm identificado um aumento de atendimentos a adolescentes em uso de substâncias psicoativas. Entre 2008 e 2012 foram realizados 151.330 atendimentos a crianças e adolescentes por uso de substâncias psicoativas em CAPS de todo o Brasil, com aumento da taxa de atendimentos por 100 mil habitantes de 39,6 em 2008 para 76,7 em 2012. Dos atendidos, 81,2% eram do sexo masculino; 99,2% tinham entre 10 e 19 anos; 56,7% receberam diagnóstico por uso de múltiplas substâncias psicoativas, sendo 15,6% por cocaína, 15,6% por maconha e 9% por álcool; e 81,8% dos



atendimentos foram realizados por CAPS álcool e drogas (CONCEIÇÃO *et al.*, 2018). Além disso, de acordo com o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (LNUD) de 2017, sete milhões de adolescentes com idades entre 12 e 17 anos, o que equivalia a 34,3% da população à época, disseram ter feito uso de álcool durante a vida, 22,2% nos 12 meses anteriores, 8,8% durante os 30 dias anteriores, e 5% beberam em *binge* (consumo alto de álcool em uma única ocasião e em curto espaço de tempo). Dentre os que usaram cigarros industrializados, o resultado foi de cerca de 1,3 milhão de adolescentes (BASTOS *et al.*, 2017, *apud* SURJUS *et al.*, 2019). Para efeitos de comparação, informações de 2016 indicam a prevalência de *binge* em 13,6% dos adolescentes de 15 a 19 anos no mundo (OPAS, 2018).

O público aqui apresentado também apresenta alta relevância nas estatísticas de violência autoprovocada e de suicídio, com diferenças importantes entre mulheres e homens. Em relação à violência autoprovocada, entre 2011 e 2018, o Brasil apresentou 339.730 notificações. Desse total, 45,4% dos episódios foram realizados por jovens entre 15 e 29 anos, sendo que 67,3% foram cometidos por mulheres. Além disso, a predominância foi de pessoas brancas (47,5%) e residentes em zonas urbanas (89,4%) – sendo 48,8% na região Sudeste e 24,6% na região Sul – e 34% foram classificados como tentativas de suicídio. Em relação ao suicídio, entre 2011 e 2017 foram registrados 80.352 casos no Brasil, sendo 27,3% na faixa entre 15 e 29 anos e 79% do sexo masculino. Ainda, as regiões que apresentaram maior número de óbitos foram a Sudeste (36,5%) e a Nordeste (25,3%) (BRASIL, 2019a). A situação é especialmente crítica com relação aos adolescentes indígenas, visto que dos 725 suicídios de indígenas que ocorreram entre 2010 e 2017, 47,7% das vítimas tinham entre 10 e 19 anos e, mais especificamente, 34,9% tinham entre 15 e 19 anos (BRASIL, 2019b). É válido apontar ainda que, no mundo, o suicídio está na terceira principal causa de morte de jovens entre 15 e 19 anos (OPAS, 2018).

As múltiplas violências a que este grupo está exposto são identificadas como as principais determinantes sociais para a sua saúde mental. A literatura identifica associações entre sofrer violências sexuais, *bullying*, violências domésticas e repercussões na saúde física e mental de adolescentes. Entre as possíveis repercussões estão: uso de substâncias psicoativas, e de álcool e tabaco; desenvolvimento de psicopatologias; reflexos no desempenho escolar e nas relações interpessoais; e reflexos nos comportamentos de risco e comportamentos suicidas (CORDEIRO *et al.*, 2019; HOHENDORFF *et al.*, 2015; YANEZ-PENUNURI *et al.*, 2019).

As situações de violência enfrentada por adolescentes e pré-adolescentes apresentam pontos em comum e diferenças que devem ser levadas em consideração. Segundo o Mapa da Violência, feito com base no número



de atendimentos realizados durante o ano pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN/MS), em 2011 a violência física era o principal tipo notificado para os dois subgrupos etários. No entanto, enquanto para os adolescentes (de 15 a 19 anos) a violência física representou 59,6% dos 18.640 atendimentos registrados para o grupo, no caso dos pré-adolescentes (de 10 a 14 anos) o percentual foi de 36% do total de 14.561 atendimentos. Essa violência tem origem principalmente a partir das relações intrafamiliares, ou seja, com o pai, a mãe, o padrasto e a madrasta. Além da violência física, no caso dos pré-adolescentes, a violência sexual (28,3% dos atendimentos) e as violências psicológica ou moral (20,4%) também possuem uma relevância expressiva, enquanto para os adolescentes as porcentagens são reduzidas para 10,9% e 16%, respectivamente (BRASIL, 2018a). Dados de 2003 e 2010 mostram que 62% das vítimas de violência sexual eram do sexo feminino, que também é alvo de 82% das ocorrências de exploração sexual (HOHENDORFF *et al.*, 2015).

Por fim, a violência letal é especialmente presente na vida dos adolescentes negros que vivem nas periferias urbanas. De acordo com relatório preparado pela Secretaria de Direitos Humanos em parceria com a UNICEF e o Observatório de Favelas, o Brasil é detentor de uma das taxas de homicídio mais altas da América Latina, que por sua vez é uma das regiões mais violentas do mundo (UNICEF, 2012). Em 2013, o Mapa da Violência mostrou que das mortes por causas externas, como acidentes, homicídios e suicídio de jovens entre 16 e 17 anos, 93% das vítimas era do sexo masculino e 46% das mortes haviam sido causadas por homicídio (BRASIL, 2018a). O índice de vitimização de adolescentes negros em geral - que indica a proporção de morte de negros em relação a brancos - passou de 71,8% em 2003 para 173,6% em 2013 (BRASIL, 2018a). Além disso, entre 2002 e 2012, para cada jovem branco assassinado, morreram 2,7 jovens negros (BRASIL, 2015a). Além do que se configura como um genocídio da juventude negra, o Brasil também tem passado por um aumento do encarceramento dessa população. Entre 2005 e 2012 a população negra foi encarcerada 1,5 vez mais que a branca, tendo como causa principal a política de combate às drogas (BRASIL, 2015a; FERRUGEM, 2020).



b. Tratabilidade

Intervenções voltadas ao público adolescente podem influenciar tanto suas vidas atuais, quanto o futuro e as próximas gerações (PATTON et al., 2016). Nesse sentido, garantir e apoiar o acesso ao ensino médio gratuito e de qualidade para todos, assim como cuidar dos problemas de saúde evitáveis e tratáveis, incluindo doenças infecciosas, desnutrição, HIV, saúde sexual e reprodutiva, lesões e violência, traz enormes benefícios sociais e econômicos, inclusive para a saúde mental desses jovens. Além disso, a adoção de ações intersectoriais, multinível e multicomponente, que se aproveitam das tecnologias disponíveis e estimulam a participação ativa dos adolescentes, têm o potencial de transformar modelos tradicionais de prestação de serviços de saúde e de criar sistemas de saúde responsivos às necessidades desse grupo (PATTON et al., 2016).

Existem diferentes tipos de intervenções que têm sido utilizadas para melhorar a saúde mental dos adolescentes. Entre as intervenções mapeadas estão: a) intervenções individuais; b) intervenções em grupo; c) intervenções terapêuticas com o envolvimento das famílias; d) intervenções no contexto comunitário; e) intervenções desenvolvidas no ambiente escolar; f) participação social dos usuários dos serviços e de seus cuidadores na tomada de decisão sobre políticas; e g) uso de ferramentas *online*. A seguir são apresentadas evidências de efetividade relacionadas a cada um desses tipos de intervenções.

As intervenções individuais podem ser úteis para reduzir sintomas de diferentes problemas de saúde mental que afetam os adolescentes. Quando focada no indivíduo, há evidências de que a terapia psicológica tem efeito comparável ao uso de antidepressivos com relação aos sintomas de depressão e um efeito melhor para a redução de ideação suicida (DAS et al., 2016). A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) também pode ser uma opção eficaz para o tratamento de transtornos de ansiedade na infância e na adolescência (JAMES et al., 2015), pois aponta indícios de ser mais efetiva quando comparada a outras modalidades de terapia psicológica, em especial em crianças e adolescentes com sintomas leves a moderados desses transtornos, e que vivem com condições de saúde de longo prazo, como diabetes, asma e câncer (THABREW et al., 2018b). Por sua vez, o tratamento comportamental integrado mostrou melhores resultados em intervenções direcionadas a questões de saúde mental como depressão e ansiedade, quando comparado ao tratamento usual oferecido na atenção primária (ASARNOW et al., 2015). No entanto, cabe ressaltar as limitações de tipos de abordagem individual de reparação de sintomas, que podem ter como efeito a confirmação indireta de que o indivíduo seria a fonte dos problemas, restando-lhe apenas a reparação ou a exclusão.





As intervenções em grupo podem favorecer a troca de experiências entre adolescentes, ao mesmo tempo em que diminuem sintomas psicológicos negativos. A TCC em grupo com adolescentes, por exemplo, é uma abordagem eficaz para o tratamento da depressão nessa faixa etária (KELES; IDSOE, 2018). Já as Intervenções de prevenção para depressão, dentro da linha cognitivo comportamental e/ou da terapia interpessoal, ofertadas para jovens no contexto escolar, também apresentam pequenos benefícios (PATTON *et al.*, 2016). Por sua vez, grupos de treinamento de habilidades sociais para adolescentes com autismo foram efetivos em aumentar as competências sociais desses jovens, além de favorecer sua convivência (REICHOW; STEINER; VOLKMAR, 2012). Há também evidências que apontam para a efetividade de intervenções facilitadas por pares (de adolescente para adolescente), como aconselhamento e atividades educativas, que abordam tanto sofrimentos psíquicos específicos quanto alguns determinantes sociais em saúde mental, como violência e uso de drogas (ROSE-CLARKE *et al.*, 2019). Para jovens indígenas, a intervenção entre pares (VUJCICH *et al.*, 2018) tem o potencial de aumentar os conhecimentos sobre saúde mental e reduzir o consumo de álcool e outras drogas.

Intervenções psicológicas direcionadas a crianças e adolescentes, quando há o envolvimento das famílias, mesmo que apenas em alguns encontros, podem aumentar a capacidade dos pais em ajudar os filhos a lidarem com estresse emocional (GILLIES *et al.*, 2016). No tratamento de anorexia nervosa entre jovens, por exemplo, abordagens familiares se mostram mais efetivas do que o tratamento individual (FISHER *et al.*, 2019). No geral, intervenções para apoiar o exercício da paternidade e da maternidade são efetivas para a melhora na saúde mental de crianças e adolescentes em suas vidas como um todo. Esse tipo de intervenção pode ser implementada com sucesso nos contextos comunitário e escolar de países de baixa e média renda. Assim, atividades de treinamento para pais no contexto comunitário, voltadas à prevenção da depressão entre adolescentes, resultam em uma redução significativa de sintomas e atribuição de diagnósticos (DAS *et al.*, 2016). Ainda, a inclusão dos pais em programas que abordam o uso de drogas na adolescência e a realização de entrevistas motivacionais com adolescentes também parecem ser eficazes na prevenção e na redução do uso de drogas e de álcool (GATES *et al.*, 2006; FOXCROFT; TSERTSVADZE, 2011), pois há uma melhora na comunicação entre pais e filhos (KUNTSCHE; KUNTSCHE, 2016).

Diferentes formatos de entrega das intervenções baseadas na TCC podem ser utilizados, alcançando o mesmo impacto, sejam elas em grupo, individualmente ou junto à família (JAMES *et al.*, 2015; THABREW *et al.*, 2018b; HETRICK *et al.*, 2016).



Adotar intervenções no contexto comunitário pode aumentar a participação dos adolescentes, ao mesmo tempo em que possibilita a oferta de uma variedade de técnicas. Para a saúde mental de crianças e adolescentes, cuidados intensivos na comunidade parecem ser mais benéficos do que internações em hospitais e clínicas (KWOK; YUAN; OUGRIN, 2016), pois cuidados comunitários permitem a manutenção das relações entre o adolescente e a sua rede de apoio e familiar. Além disso, atividades de cunho criativo, como música, dança, teatro e artes visuais, ofertadas em contexto comunitário, têm efeitos positivos em mudanças de comportamento, autoconfiança, autoestima, conhecimento e atividade física, entre adolescentes (DAS *et al.*, 2016).

Já as intervenções desenvolvidas no ambiente escolar possuem o potencial de transformar as relações entre alunos, professores, famílias e comunidade, contribuindo para uma melhora na saúde mental individual e social. As intervenções em grupo e as de característica cognitivo-comportamental dentro das escolas se mostram eficazes para a redução de sintomas depressivos e de ansiedade entre adolescentes, além de terem impacto imediato no bem-estar social e emocional (DAS *et al.*, 2016). Além disso, a adoção da iniciativa das Escolas Promotoras da Saúde, da OMS, que incentiva escolas a promoverem saúde por meio de transformações no currículo, no ambiente da escola e no engajamento com famílias e comunidades, também apresenta resultados efetivos para redução das práticas de bullying entre pares e uma melhor relação com hábitos de vida saudáveis (LANGFORD *et al.*, 2014). A utilização de vídeos apresentando adolescentes com diferentes problemas de saúde mental, por exemplo, parece ser efetiva em diminuir o estigma contra esse público (JANOUSHKOVÁ *et al.*, 2017)

A participação social, que se dá a partir do envolvimento dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus cuidadores nas políticas, no planejamento e no monitoramento do sistema de saúde, pode contribuir para o fortalecimento dos serviços de saúde mental (SEMRAU *et al.*, 2016). Intervenções voltadas aos profissionais de saúde - como uma combinação de atividades educativas, incentivos e melhorias organizacionais - também parecem impactar positivamente na saúde mental de crianças e adolescentes (FORMAN-HOFFMAN *et al.*, 2016).

Por fim, as intervenções baseadas em tecnologia podem ser uma forma de facilitar o acesso de adolescentes ao apoio em saúde mental, na medida em que aproveita a facilidade desse grupo em utilizar ferramentas *online*. Há evidência que indicam a efetividade de intervenções tecnológicas no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes, especificamente no que diz respeito às dificuldades de autogerenciamento (POWELL; PARKER; HARPIN, 2018). Existe também evidência substancial que indica que, utilizando a internet e os dispositivos





móveis com materiais informativos, componentes interativos e orientações para intervenções psicossociais autoguiadas, é possível ter resultados efetivos para algumas questões de saúde mental, como ansiedade e depressão (DAS *et al.*, 2016), em especial com a adolescentes, porém com alcance de curto prazo (DOMHARDT; STEUBL; BAUMEISTER, 2020). Além disso, TCC *online* para o tratamento da insônia, da ansiedade e da depressão na adolescência, também tem o potencial de apresentar resultados positivos (WERNER-SEIDLER; JOHNSTON; CHRISTENSEN, 2018; THABREW *et al.*, 2018a). Um fator importante destacado pelas pesquisas é o potencial apelo das intervenções baseadas em tecnologia para adolescentes, visto que o acesso à internet e uso de computadores e celulares já faz parte de seu cotidiano, além de ser um recurso que permite certo anonimato, reduzindo a experiência de estigma no acesso à atendimentos de saúde mental (WERNER-SEIDLER; JOHNSTON; CHRISTENSEN, 2018; DOMHARDT; STEUBL; BAUMEISTER, 2020).

c. Negligência

Até 1990, crianças e adolescentes não eram considerados sujeitos de direito no Brasil. Uma abordagem violenta e preconceituosa marcava as práticas e políticas voltadas às crianças e aos adolescentes das classes mais pobres. Denominados “menores”, “crianças abandonadas” e “jovens delinquentes”, os “filhos da pobreza” (SURJUS *et al.*, 2019) eram muitas vezes considerados uma ameaça à sociedade e por isso deveriam ser “disciplinados, assistidos e controlados” (DE OLIVEIRA *et al.*, 2014). Para tanto, entidades filantrópicas e educacionais se responsabilizavam por abrigar e atender essa população, com intervenções frequentemente repressivas e assistencialistas, fundamentadas no controle e na proteção (BRASIL, 2014; DE OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Foi então, no contexto da abertura democrática que crianças e adolescentes passaram a ser considerados sujeitos de direito que deveriam receber proteção do Estado. As noções anteriormente prevalecentes foram questionadas e fortemente combatidas pelo movimento nacional de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes. A influência desse grupo inclusive levou à incorporação da prioridade de proteção integral dos direitos desses grupos na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2014). Em 1990, em consonância com a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança de 1989, o Brasil foi o primeiro país a aprovar uma lei que conferiu a eles status de cidadãos (Lei nº 8.069/1990). Essa lei dispõe sobre o ECA, e serve de referência para todas as ações junto a esses grupos no país.

A partir do marco legal estabelecido pelo ECA, em 2006 foi consolidado o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) com três eixos estruturantes. Esse sistema é formado pela articulação



entre o Estado, as famílias e a sociedade civil e tem como objetivo efetivar as conquistas estabelecidas no ECA². Seus eixos estruturantes são: defesa, promoção e controle. A defesa está relacionada às leis e às instâncias judiciais que devem garantir a defesa, a fiscalização e as sanções quando é detectado o descumprimento das leis. Dois órgãos associados a esse eixo são o Conselho Tutelar e a promotoria do Ministério Público. Por sua vez, o eixo de promoção inclui os responsáveis pela execução dos direitos, entre eles os sistemas de educação, de saúde e de assistência social. Por fim, o eixo de controle tem como objetivo a formulação, a supervisão e a avaliação de políticas públicas, e é operacionalizado pela constituição de conselhos de direitos (BRASIL, 2018b; DE OLIVEIRA *et al.*, 2014). Dada a ênfase do Instituto Cactus no trabalho de prevenção e promoção de saúde mental, será dada especial atenção ao eixo de Promoção do SGDCA e serão brevemente discutidas as políticas de (a) educação, (b) saúde e (c) assistência social para os adolescentes no país.

No que se refere à educação, apesar dos avanços na universalização do Ensino Fundamental, ainda existem desafios relevantes de acesso para o Ensino Médio³. Em 2018, a taxa líquida de matrícula⁴ foi de 98%, abarcando 12 milhões de estudantes nos anos finais do Ensino Fundamental, sendo que 85% frequentavam escolas públicas. Por outro lado, em 2018, apesar de 91,5% dos adolescentes de 15 a 17 anos estarem na escola, apenas 68,7% estavam no Ensino Médio. Entre os jovens de 19 anos, naquele mesmo ano, apenas 63,6 % haviam concluído o Ensino Médio (TODOS PELA EDUCAÇÃO, 2019). Para aqueles que saem do sistema educacional há uma relevante lacuna de políticas para inseri-los na vida da sociedade, que os deixa em risco de marginalização social.

Nesse sentido, os desafios da Educação Básica do país também são qualitativos e incluem aspectos comportamentais e emocionais. O relatório PISA de 2018 permite comparar o desempenho das escolas brasileiras frente à média obtida pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Além da defasagem em termos de desempenho em leitura, matemática e ciências, o relatório também fornece informações relacionadas a aspectos comportamentais e emocionais dos estudantes com 15 anos de idade (PISA, 2019). A seguir são apresentados alguns dados sobre o Brasil e a média encontrada em países da OCDE (inclui os países mais avançados economicamente) para os mesmos indicadores:

² Em 2012 foi estabelecido pela Lei nº 12.594 o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) para adolescentes que realizaram ato infracional. Esse sistema é responsável por executar medidas socioeducativas com o objetivo de responsabilizar o adolescente, desaprovar sua conduta infracional e integrá-lo socialmente, como garantia dos direitos individuais e sociais historicamente violados dessa população. Mais informações estão disponíveis em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm.

³ Considerando aqueles que têm entre 12 e 18 anos como adolescentes, as etapas educacionais adequadas para eles são os anos finais do Ensino Fundamental e o Ensino Médio.

⁴ Este indicador é definido como a porcentagem de crianças de 6 a 14 anos matriculados na escola, no ano/série adequado à idade.





- 50% dos estudantes faltaram à escola pelo menos uma vez nas duas semanas anteriores à aplicação do teste (média OCDE: 21%).
- 41% dos estudantes reportaram que, em toda ou na maioria das aulas de português, o professor teve que esperar um longo tempo até que todos se aquietassem (média OCDE: 26%).
- 48% dos estudantes afirmaram que seus companheiros de turma cooperam uns com os outros (média OCDE: 62%), enquanto 57% afirmaram que eles competem entre si (média OCDE: 50%).
- 29% dos estudantes informaram que sofreram *bullying* pelo menos algumas vezes no mês precedente à avaliação (média OCDE: 23%), enquanto 85% dos estudantes concordaram ou concordaram fortemente que é algo bom ajudar estudantes que não conseguem defender a si mesmos (média OCDE: 88%).
- 23% dos estudantes, aproximadamente, concordam ou concordam fortemente que eles se sentem sozinhos na escola (média OCDE: 16%).

Nos últimos anos, alguns esforços foram feitos para aprimorar a qualidade da Educação Básica, promovendo mudanças no currículo escolar. No fim de 2017, foi homologada a nova Base Nacional Comum Curricular (BNCC) para toda a Educação Básica e foi sancionada a Lei nº 13.415 que estabelece a reforma do Ensino Médio. Entre as mudanças introduzidas pela BNCC está a definição de dez competências gerais para a Educação Básica, dentre as quais quatro estão especialmente relacionadas ao desenvolvimento de habilidades socioemocionais (BRASIL, 2018c), sendo apresentadas no **Box** a seguir. Em relação à reforma do Ensino Médio, foram estabelecidos diferentes itinerários formativos que podem ser escolhidos pelos estudantes, assim como prevê a ampliação da educação em tempo integral.



BOX 1

COMPETÊNCIAS DA BNCC ESPECIALMENTE RELACIONADAS AO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONAIS:

- Argumentar com base em fatos, dados e informações confiáveis, para formular, negociar e defender ideias, pontos de vista e decisões comuns que respeitem e promovam os direitos humanos, a consciência socioambiental e o consumo responsável em âmbito local, regional e global, com posicionamento ético em relação ao cuidado de si mesmo, dos outros e do planeta.
- Conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros, com autocrítica e capacidade para lidar com elas.
- Exercitar a empatia, o diálogo, a resolução de conflitos e a cooperação, fazendo-se respeitar e promovendo o respeito ao outro e aos direitos humanos, com acolhimento e valorização da diversidade de indivíduos e de grupos sociais, seus saberes, identidades, culturas e potencialidades, sem preconceitos de qualquer natureza.
- Agir pessoal e coletivamente com autonomia, responsabilidade, flexibilidade, resiliência e determinação, tomando decisões com base em princípios éticos, democráticos, inclusivos, sustentáveis e solidários.

Fonte: BRASIL (2018c)

Ainda que relevantes, as propostas dão especial atenção a mudanças no currículo, enquanto os demais aspectos implicados no funcionamento do sistema escolar, como a formação de professores, no melhor dos casos recebem atenção secundária. Nesse sentido, segundo o Anuário Brasileiro da Educação Básica de 2019, 37,8% dos docentes dos anos finais do Ensino Fundamental não possuíam titulação em grau superior compatível com as disciplinas que lecionavam, sendo que na região Nordeste esse percentual diz respeito a 52,9%. Para o Ensino Médio tem-se 29,2% dos educadores com formação não compatível no país (TODOS PELA EDUCAÇÃO, 2019). A inclusão de novos elementos curriculares, como o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, requer que os próprios professores e as escolas possam receber a formação adequada para esse fim. Algumas organizações da sociedade civil têm assumido essa tarefa em sua atuação. Caso os professores não recebam o apoio devido, dificilmente tais mudanças poderão ser efetivadas.



Ao mesmo tempo, também há no país iniciativas do terceiro setor que abordam brechas nos currículos, como o ensino das artes e a prática de esportes. Mais do que um passatempo, essas iniciativas buscam oferecer um espaço diferenciado para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, estimulando a construção de disciplina, inteligência e cooperação, assim como permitindo que os adolescentes se sintam como pessoas válidas na sociedade. No entanto, muitas vezes não há uma conexão entre essas iniciativas e a política pública, o que lhes confere um grau de liberdade ao mesmo tempo em que limita a sua efetividade e o seu alcance.

Com relação ao campo da saúde, dois conjuntos de temas têm recebido atenção especial no que se refere aos adolescentes. O primeiro deles é o uso de álcool e outras drogas. As políticas públicas no Brasil direcionadas aos usuários e implementadas durante a segunda metade do século XX levaram a formas de abordar o problema marcadas pela criminalização e pela exclusão dos usuários de drogas, assim como pelo uso de intervenções repressivas, sem realizar uma distinção entre uso e tráfico. Seguindo as mudanças que haviam sido iniciadas na década anterior, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa política afirma que o uso de drogas é um fenômeno complexo de saúde pública e estabelece como estratégia a Redução de Danos (RD), uma ética de cuidado que atua em defesa da vida dos usuários de drogas. No entanto, a persistência da criminalização e do uso da coerção em contextos marcados pela desigualdade social e econômica interferem na adoção dessa estratégia (BRASIL, 2015b). Nesse contexto, os adolescentes que utilizam drogas são comumente percebidos como delinquentes, com condutas desviantes ou anormais. Esse olhar justifica muitas vezes a adoção de medidas abusivas por parte de autoridades legais e da medicina, promovendo uma “psiquiatrização” de crianças e adolescentes, reforçando a sua marginalização social (SURJUS *et al.*, 2019).

O segundo conjunto de temas que tem recebido atenção no campo da saúde inclui a gravidez na adolescência e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Ao longo das últimas décadas, as políticas adotadas nesse sentido tinham seu fundamento na Política Nacional de Enfrentamento à epidemia de HIV/Aids nos anos de 1990. O programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), criado em 2003, possui essa mesma orientação, abordando a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, Aids e gravidez na adolescência por meio da promoção do sexo seguro e da superação de contextos de vulnerabilidade, ao invés de medidas que violariam o exercício dos direitos sexuais, como a promoção da abstinência e da redução de parceiros. Por conta dessa abordagem, o incentivo ao uso do preservativo como método de proteção é um elemento de grande importância nas políticas de prevenção no país (RUSSO; ARREGUY, 2015). Entre 2004 e 2015, o Brasil avançou na redução da gravidez na adolescência em



17%. Essa mudança é atribuída pelo Ministério da Saúde: à expansão do programa Saúde da Família, a um maior acesso a métodos contraceptivos, à promoção de programas educativos e a um maior acesso à escola⁵. No início de 2020, o Governo Federal apresentou uma campanha voltada para a prevenção da gravidez na adolescência por meio da abstinência sexual. A campanha foi barrada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) devido à falta de evidências científicas que comprovassem a eficácia do programa como método contraceptivo⁶.

Especificamente, as políticas de saúde mental dirigidas ao grupo dos adolescentes começaram a ser desenvolvidas de maneira sistemática a partir dos anos 2000. Até o advento do ECA, não existia enfoque nacional para a saúde mental de crianças e adolescentes, mas sim uma abordagem estigmatizante e punitiva para as camadas mais desfavorecidas, como mencionado anteriormente (COUTO; DELGADO, 2015). Então, no início do século XXI foi iniciado um processo mais robusto de atenção à saúde mental infantojuvenil por meio do estabelecimento de responsabilidades, diretrizes e ações prioritárias do SUS em construir redes de cuidado a partir de estratégias de articulação intersetorial entre a saúde e setores como educação, justiça e assistência social. Um marco importante nesse sentido foi o investimento de recursos, a partir de 2002, em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij), os quais têm como mandato oferecer serviços estratégicos voltados aos cuidados comunitários de promoção, prevenção e *recovery* em saúde mental de crianças e adolescentes (COUTO; DELGADO, 2015). Nos anos seguintes, as políticas foram sendo refinadas e tornadas mais complexas por meio das contribuições de mecanismos de participação, como o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. Outro marco importante e já mencionado foi a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, que introduziu as Unidades de Acolhimento Infantojuvenis (UAI), as quais permitiram a ampliação de acesso a cuidados contínuos para crianças e adolescentes com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar (BRASIL, 2012).

Os serviços oferecidos pelos CAPSij e pelas UAI trazem oportunidades de desenvolvimento diferenciadas para os adolescentes que apresentam algum tipo de transtorno, mas não estão presentes em todo o país. Em 2014, havia 208 CAPSij registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde, localizados em 23 unidades da federação e no Distrito Federal - Acre,

⁵ Além do SPE, uma iniciativa nesse sentido foram as Cadernetas de Saúde do Adolescente (CSA), lançadas em 2008, que têm como objetivo orientar meninos e meninas no que se refere aos cuidados básicos com sua saúde, às transformações do corpo na adolescência, assim como aos métodos de prevenção à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis. As Cadernetas foram recolhidas em março de 2019 por decisão do Governo Federal.

⁶ Notícia - *CNS recomenda que governo cancele campanha de abstinência sexual*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1005-cns-recomenda-que-governo-cancele-campanha-de-abstinencia-sexual>.





Roraima e Tocantins não contavam com os serviços oferecidos pelos CAPSij. Dentre as UAi, havia apenas 13 habilitadas em 2014, localizadas nos estados de São Paulo, Ceará, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, e Piauí (BRASIL, 2015c). Nesses locais, entre 2008 e 2012, predominaram os atendimentos a pessoas diagnosticadas com transtornos de comportamento (29,7%), de desenvolvimento (23,6%) e retardo mental (12,5%) nos CAPSij do Brasil (GARCIA *et al.*, 2015). Ainda, os adolescentes que apresentam algum transtorno de saúde mental grave são uma pequena parcela desse grupo etário no país. Nos CAPSij, eles encontram espaços para se cuidarem, para promoverem sua inserção na sociedade e para refletirem sobre suas relações e projetos de vida. Essa é uma oportunidade que, com frequência, os adolescentes sem transtornos não possuem.

A partir de 2015, ocorreram mudanças importantes nas políticas de saúde para adolescentes no país, indicando um retorno a abordagens que haviam sido superadas no passado. Em relação às políticas que incidem sobre o uso de álcool e outras drogas, o enfoque do governo mudou da política de redução de danos e promoção da garantia de direitos - a partir de articulações entre os diversos setores responsáveis na comunidade - para a indicação da internação de crianças e adolescentes como estratégia de tratamento, entre outras medidas que ocorreram dado o aumento de financiamento de hospitais psiquiátricos, a suspensão de repasses a serviços comunitários e, mais recentemente, a autorização para internação em comunidades terapêuticas⁷. Essas mudanças indicam uma volta à ênfase dada à institucionalização ao invés do preconizado cuidado baseado na comunidade, porém elas têm sido foco de intenso debate e contestação realizados pela academia, organizações da sociedade civil e por mecanismos de defesa dos direitos, como a recomendação de suspensão de tais mudanças pelo Conselho Nacional dos Direitos Humanos em 2019 (BRASIL, 2019c).

Por fim, no campo da assistência social, as ações têm dado pouca atenção à instrumentalização das famílias para apoiar os seus membros adolescentes. Os vínculos familiares são considerados um elemento importante para a prevenção de comportamentos de risco entre adolescentes. No Brasil, as políticas de assistência social, como o Bolsa Família, permitem que houvesse avanços relevantes na redução da pobreza extrema e no acesso a serviços de saúde e educação. No entanto, com isso foi dada prioridade para a questão do acesso a benefícios, enquanto outras questões relacionadas à promoção de direitos receberam menos atenção. Segundo os especialistas consultados, com frequência as famílias não sabem como apoiar os adolescentes. A baixa instrução e a falta de perspectivas de futuro obstaculizam o caminho para os pais apoiarem os seus filhos.

⁷ Notícia - *Comunidades terapêuticas poderão acolher jovens entre 12 e 18 anos*. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/07/comunidades-terapeuticas-poderao-acolher-jovens-entre-12-e-18-anos>



Diante desse panorama de esforços no campo da educação, da saúde e da assistência social, é possível observar que há uma série de debilidades nas políticas adotadas. Com frequência, o que se encontra é um olhar fragmentado para os desafios existentes. A falta de um compromisso efetivo das políticas educacionais com a formação de professores, a persistência de abordagens já superadas no campo da saúde, a dificuldade de ampliar o campo de atuação da política de saúde mental e a falta de atenção das políticas de assistência social ao desenvolvimento de capacidades das famílias para apoiar os adolescentes são exemplos claros dessa fragmentação. Esforços que busquem dar maior profundidade às políticas públicas ou fortalecer e promover experiências exitosas podem representar contribuições importantes para a saúde mental dos adolescentes.

Além disso, muitos dos esforços realizados atualmente buscam inserir os adolescentes na sociedade tal como ela está. Ainda que necessários, tais esforços podem apenas oferecer respostas mais imediatas, cujas possibilidades são cada vez mais limitadas dada a contínua redução das oportunidades de inserção laboral. As tendências que impulsionam a vida na sociedade brasileira exigem que se pense em um novo tipo de inserção social que considere as implicações a longo prazo das transformações em curso. Os próprios adolescentes devem participar da reflexão sobre o seu futuro, mas precisam ser acompanhados nesta reflexão. Sem o desenvolvimento de uma capacidade reflexiva, por meio de um grande pacto social pela educação e aliado à superação da pobreza, serão limitadas as possibilidades de aquisição técnico-social-cultural dos jovens.





3 MULHERES E SAÚDE MENTAL

a. Importância

O gênero, como fenômeno social, é uma dimensão extremamente relevante para o debate sobre saúde mental. O gênero perpassa papéis, comportamentos, atividades, atributos e oportunidades, determinando historicamente o que é apropriado/possível para mulheres e homens experimentarem ao longo da vida e, portanto, ajudando a estabelecer padrões para as relações tanto interpessoais, quanto socioeconômicas, institucionais e governamentais (MANANDHAR *et al.*, 2018). Assim como a raça/etnia e a classe social (SAFFIOTI, 2015), o gênero compõe a multiplicidade dos sujeitos, podendo agregar ou amenizar vulnerabilidades das pessoas em sua experiência em sociedade.

A OMS considera que há determinação de gênero na diferença que mulheres e homens têm sobre o poder e o controle dos determinantes socioeconômicos em suas vidas, assim como no que se refere à posição social e à forma de tratamento na sociedade. Além disso, o organismo internacional enfatiza que o gênero determina diferentes suscetibilidades e exposições a riscos específicos para a saúde mental (OMS, 2020). Nesse sentido, não é possível realizar o debate de saúde mental das mulheres considerando apenas componentes biológicos, como metabolismo, ciclos reprodutivos ou hormônios, sendo necessário incorporar

a lente do gênero e a forma como ele influencia as relações sociais e as condições de saúde da população. Não por acaso, a Agenda 2030 da ONU inclui esse aspecto como o quinto Objetivo do Desenvolvimento Sustentável, almejando alcançar a igualdade de gênero e empoderar mulheres e meninas (ONU, 2015).

Problemas de saúde mental parecem afetar homens e mulheres de modos distintos. A depressão, por exemplo, ocorre em média em duas mulheres para cada homem (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006), podendo ser mais persistente entre elas. A incapacidade associada aos transtornos mentais recai mais fortemente sobre as pessoas que apresentam três ou mais transtornos concomitantes e, são, em sua maioria, mulheres (OMS, 2020). Ainda, embora homens cometam mais suicídio no Brasil, as tentativas de suicídio são 2,2 vezes mais frequentes entre mulheres (BRASIL, 2017). Esse quadro pode estar relacionado a estressores advindos de papéis determinados pelo critério de gênero, muitas vezes reforçados pela mídia (FILHO; BAKKER, 2019), além de violências e eventos negativos experienciados.

Os dados e estudos realizados no Brasil apresentam grande variação nas estimativas de prevalência de problemas de saúde mental entre mulheres. Para transtornos mentais comuns, essa prevalência é estimada entre 18,7% (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018) e 48,1% para mulheres com alta sobrecarga doméstica (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).



Em mulheres que residem na área rural, por sua vez, um estudo local aponta a estimativa de prevalência de transtornos mentais comuns em 31,6% (FURTADO *et al.*, 2019). Todavia, além da variação entre as estimativas, dados quantitativos, apenas, não são suficientes para compreender a complexidade das relações de gênero e a saúde mental.

Nesse sentido, o acolhimento das mulheres com questões de saúde mental demanda um olhar ampliado para outras questões físicas, psicológicas e sociais relacionadas ao gênero. Os transtornos alimentares, por exemplo, como a anorexia e a bulimia nervosa, são causas importantes de morbidade e mortalidade entre mulheres jovens e precisam ser considerados a partir de um debate sobre os padrões físicos impostos pela mídia e pela indústria da beleza. Além disso, pessoas do sexo feminino podem vivenciar transtornos mentais associados à gestação, ao aborto, ao puerpério e à menopausa (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006), inclusive como sequelas de violência médica e obstétrica (LANSKY *et al.*, 2019). Assim, um dos desafios reportados em relação ao cuidado em saúde mental de mulheres é aliá-lo ao cuidado integral em saúde, que pode envolver as dimensões de sexualidade, da educação em saúde e das relações familiares e sociais.

Além disso, mulheres podem encontrar vieses e barreiras em seu tratamento em saúde mental, a depender de quais problemas relatarem. Zanello (2017) indica que o ato diagnóstico em saúde mental não é neutro, pois leva em conta interpretação e julgamento dos profissionais, os quais estão imersos em valores e crenças pessoais e perpassados pela dimensão social do gênero. Segundo a OMS (2020), profissionais médicos determinam o diagnóstico de depressão mais para mulheres do que para homens, mesmo que os dois grupos apresentem sintomas idênticos. Por outro lado, mulheres podem enfrentar mais barreiras individuais e sociais para procurar ajuda quando possuem problemas com uso de álcool e outras drogas, ou quando vivenciaram violências que afetam sua saúde mental.

Em geral, mulheres buscam mais ajuda para seus problemas de saúde mental na atenção primária, enquanto homens frequentam mais serviços especializados e hospitais (OMS, 2020). Nesse sentido, dados de serviços de atenção primária em saúde evidenciaram que problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, foram especialmente altos em mulheres, pessoas desempregadas, assim como em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda (GONÇALVES *et al.*, 2014). Outro estudo indica que 44,1% das usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em uma capital do Brasil apresentavam transtornos mentais comuns (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015). Esse dado suscita a reflexão que se, por um lado, tem aumentado o número de pessoas afetadas por problemas de saúde mental, por outro, manifestações de sofrimento relacionadas a condições sociais desiguais estão sendo categorizadas como “transtornos”, circunscrevendo um sofrimento social à dimensão individual.





Determinadas condições sociais podem suscitar posições de maior vulnerabilidade para mulheres serem diagnosticadas com transtornos mentais. As mulheres mais velhas, donas de casa, separadas ou viúvas, que apresentam problemas crônicos de saúde, padrões de alimentação e sono fragilizados, e com relato de algum tipo de violência, essas mulheres parecem receber mais diagnósticos de transtornos mentais comuns (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018). A baixa qualidade do emprego que atinge diversas mulheres, com predomínio da informalidade, do caráter temporário e da precariedade dos vínculos, também gera temor e ansiedade, cenário que pode piorar quando somado ao trabalho em casa, onde as mulheres têm de administrar o trabalho remunerado e tarefas domésticas (SIMÕES-BARBOSA; DANTAS-BERGER, 2017). Nesse sentido, é importante notar que enquanto 58,4% das trabalhadoras com carteira assinada são brancas, as mulheres pretas ou pardas compõem a maior proporção de trabalhadoras domésticas com e sem carteira assinada (57% e 62,3% respectivamente). Além disso, das mulheres sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, 42,5% são negras, enquanto 28,2% são brancas (PASSOS; PEREIRA, 2017).

Há, ainda, mulheres que vivenciam isolamento social devido a condições específicas e que podem ser mais vulneráveis a um diagnóstico de transtorno mental. Mulheres do campo e residentes de áreas rurais costumam enfrentar múltiplas invisibilidades. Nesse sentido, um estudo aponta que vivências relacionadas à pobreza, ao casamento, à violência de gênero, à sobrecarga de trabalho e do cuidado com os filhos, assim como a falta de apoio social são fatores que levam a um maior número de diagnósticos de transtornos mentais comuns entre essas mulheres (SILVA; BARROS; FREIRE, 2019). Já mulheres em prisões sofrem com a precariedade das relações interpessoais estabelecidas durante o cumprimento da pena, que influenciam a possibilidade do exercício da maternidade e das relações sociais nesse contexto (FLORES; SMEHA, 2018). As mulheres com doenças como cânceres de mama e colo do útero, HIV e que sofreram queimaduras podem apresentar sofrimento psíquico em relação a sua autoimagem e à fragilização dos vínculos e das redes de apoio (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014; DIAS et al., 2017; GAINO et al., 2017; MASSA; BERNARDO, 2017).

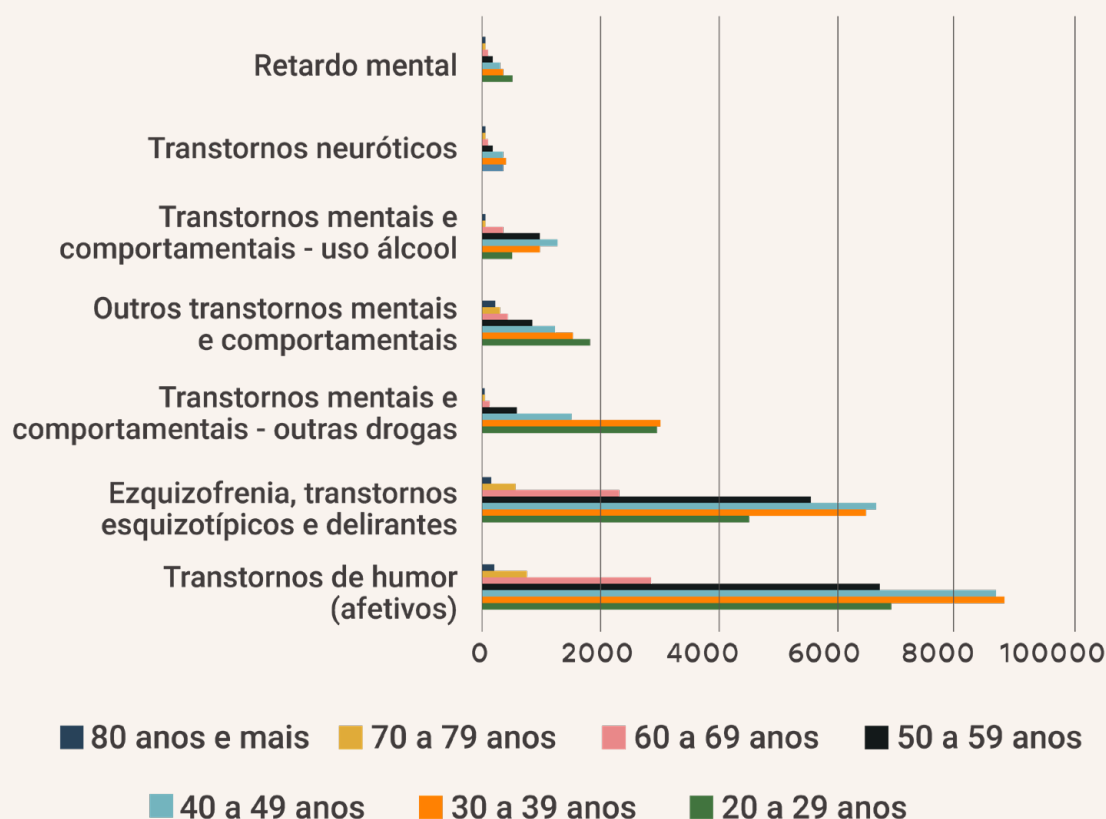
Entre as pessoas atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o perfil sociodemográfico também aponta para um grande número de mulheres. Um estudo (CAMPOS; RAMALHO; ZANELLO, 2017) indicou que 72,2% das admissões no CAPS de uma capital brasileira, em um período de três anos, era de mulheres, a maioria entre 35 e 54 anos de idade e quase metade com até dois filhos. Além disso, mais de 50% dessas mulheres desempenhava trabalho doméstico, remunerado ou não. Como conteúdos trabalhados nos atendimentos, elas traziam a dimensão do cuidado dos filhos, das relações familiares e conjugais, da sobrecarga e de preocupações com o trabalho. Além disso, mulheres brasileiras que são donas de casa, com



escolaridade e renda familiar intermediárias ou baixas, apresentaram os piores índices de qualidade de vida relacionada à saúde mental (SENICATO; LIMA; BARROS, 2016).

Embora a maior parte dos problemas desse campo seja acolhido na atenção primária e comunitária, dados hospitalares podem indicar situações de agravamento e negligência no cuidado. No ano de 2019, de acordo com o Sistema de Informação do SUS (DATASUS), o tipo de transtorno mental que mais afetou mulheres brasileiras que foram hospitalizadas foi o transtorno de humor (bipolar ou depressivo, por exemplo), sendo a principal faixa etária entre 30 a 49 anos. Além disso, mulheres brancas representaram um maior número de pessoas internadas com diagnósticos de transtornos mentais. Os gráficos a seguir apresentam o número de mulheres hospitalizadas com diagnóstico de transtornos mentais no ano de 2019, primeiramente divididas em grupos etários e em seguida por raça.

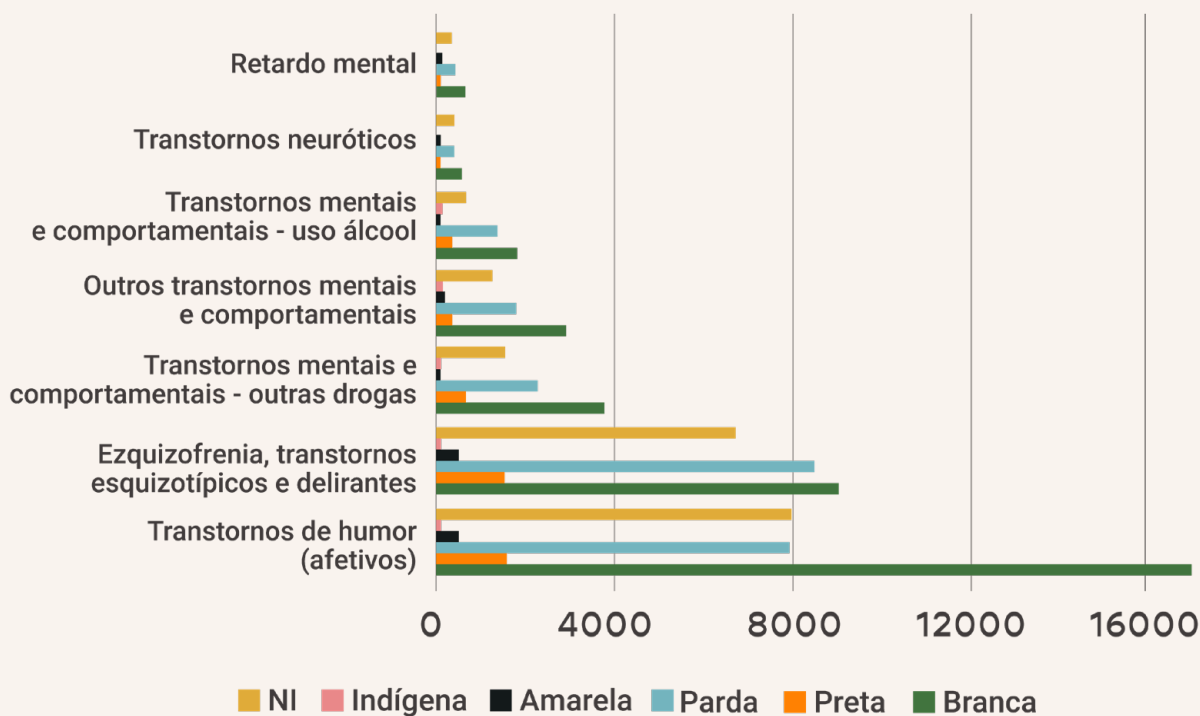
Gráfico 1 - Número de mulheres hospitalizadas com transtornos mentais para o ano de 2019, dividido em grupos etários.



Fonte: TABNET/Ministério da Saúde



Gráfico 2 - Número de mulheres hospitalizadas com transtornos mentais para o ano de 2019, dividido por raça.



Fonte: TABNET/Ministério da Saúde

A saúde mental das mulheres também pode ser impactada por serem vítimas de violência psicológica, física, sexual e institucional, resultado de uma gama de práticas sociais e culturais machistas. Mulheres que foram expostas a violências na infância parecem apresentar maior risco para revitimização na vida adulta, não raro apresentando episódios depressivos, de ansiedade, de estresse ou relações prejudiciais com a alimentação, a bebida alcoólica ou outras drogas (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; MENDONÇA; LUDERMIR, 2017). Além disso, mulheres vitimadas por parceiros íntimos podem reproduzir comportamentos violentos (SILVA; LIMA; LUDERMIR, 2017) e, potencialmente sofrem posterior exclusão social, assim como julgamentos baseados no gênero, o que dificulta o acesso ao acolhimento em saúde. O abuso de drogas por parte dos parceiros e das mulheres, por sua vez, parece estar associado a um número maior de ocorrências de violência contra a mulher, em especial à violência psicológica, que pode ser três vezes superior à violência física e duas vezes superior à violência sexual (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2016).



Nesse sentido, os índices de violência contra a mulher são afetados pela subnotificação. Apesar de haver grandes lacunas nos dados sobre violência contra mulheres, 27,4% das entrevistadas na pesquisa Visível ou Invisível (FBSP, 2019) reportaram ter sofrido algum tipo de violência ou agressão no ano de 2019. Outros estudos apontam para porcentagens maiores de brasileiras vítimas de violência física, psicológica ou sexual por parceiro íntimo (LEITE *et al.*, 2019), fato agravado quando se trata de mulheres diagnosticadas com transtornos mentais (BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015). A violência institucional também afeta mulheres com problemas graves de saúde mental, as quais, não raro, são tuteladas pelos profissionais de saúde e podem ter seus direitos cerceados, por exemplo, com a perda da guarda de seus filhos (BALLARIN; FERIGATO; CARVALHO, 2008; PEGORARO; CALDANA, 2008).

Racismo, LGBTfobia e transfobia também afetam as mulheres. O racismo é outra forma de violência estrutural que oprime as mulheres brasileiras (ALMEIDA, 2019) e pode se manifestar, inclusive, nos serviços de saúde (ZUCCHI *et al.*, 2019). Ressalta-se a invisibilidade de mulheres lésbicas e transexuais, as quais podem ser vítimas de diferentes tipos de violência ao longo da vida, experimentando estigmas e discriminações que afetam negativamente sua saúde mental e que estão associados à manifestação de ansiedade e depressão (ZUCCHI *et al.*, 2019; MAGNO; DOURADO; SILVA, 2018).

Para além disso, uma das formas de violência institucional experimentada por mulheres é o excesso de medicalização. Ser do sexo feminino é um preditor para receber mais prescrições de medicações psiquiátricas que atuam sobre o humor, inclusive em doses excessivas, que podem ocasionar outras queixas de saúde (SIMÕES-BARBOSA; DANTAS-BERGER, 2017; ANDRADE; MALUF, 2017). Nesse sentido, entre as usuárias de uma UBS brasileira, 27,1% faziam uso de psicofármacos, em especial antidepressivos e ansiolíticos, sozinhos ou combinados. É interessante apontar que o uso de psicofármacos se estendia a mulheres sem diagnóstico em saúde mental e, aquelas com diagnóstico de transtorno mental, no entanto, apresentavam os piores índices de qualidade de vida (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015).

A medicalização, dessa forma, parece ser a principal resposta adotada em situações de sofrimento, indicando que, mesmo frente a problemas complexos e multifatoriais da sociedade, que afetam a saúde mental, os tratamentos ainda ocorrem principalmente a nível individual. Parece haver uma tendência ao aumento, em todo o mundo, de consumo de psicofármacos entre as mulheres, assim como no número de mulheres tabagistas, alcoolistas e usuárias de drogas (SIMÕES-BARBOSA; DANTAS-BERGER, 2017; SILVA; PEREIRA, 2015). De acordo com o Vigitel, publicação anual do Ministério da Saúde, o percentual de mulheres que consumiu bebida alcoólica em excesso,





em 2019, variou entre 7%, em Macapá, e 18%, no Rio de Janeiro e em Salvador, quando consideradas as capitais dos estados do Brasil (BRASIL, 2020).

Mulheres também parecem vivenciar constantes diminuições e negações da importância de seus sofrimentos. A menos que o problema de saúde mental interrompa o desempenho do papel esperado pela mulher, é corriqueiro que seu sofrimento fique invisível por ser considerado característico do gênero feminino, ou seja “frescuras de mulher” (PASSOS; PEREIRA, 2017). Assim, ao mesmo tempo em que temos um crescente número de mulheres com diagnósticos de transtornos mentais, é provável que, ao adotar uma perspectiva individualista, não estejamos cuidando dessas manifestações da forma adequada, deixando muitas mulheres e seus sofrimentos à margem dos serviços de saúde. Assim, ressalta-se que as desigualdades baseadas na discriminação, na marginalização e na exclusão social, têm importantes efeitos na saúde e no bem estar das pessoas (MANANDHAR *et al.*, 2018), sendo essencial contextualizar a saúde mental das mulheres a partir desse cenário social ampliado.

b. Tratabilidade

Ao analisar os estudos de efetividade sobre intervenções no campo da saúde mental, foi percebida uma **lacuna relevante de estudos sobre intervenções voltadas a mulheres**, em especial estudos da área de saúde mental que adotem uma perspectiva ampliada e contextualizada socialmente.

Ainda assim, frente ao debate de como o gênero perpassa questões de saúde mental, identificamos a presença de dois enfoques. Um enfoque que abarca intervenções individuais e outro que aponta para a transformação de condições sociais. O segundo enfoque envolve questões estruturais da sociedade, requerendo análises mais complexas, o que pode explicar o baixo número de estudos de efetividade encontrados quando restrito ao campo da saúde mental.

Ambos os enfoques podem e precisam ser ativados simultaneamente. As intervenções que apoiem mulheres concreta e emergencialmente em determinado contexto (Enfoque individual) podem se tornar oportunidades para dar voz e visibilidade às necessidades de transformações mais estruturais das instituições (Enfoque estrutural).



Enfoque individual

Aqui, são listadas as intervenções efetivas para abordar problemas de saúde mental que afetam mulheres, de forma a repará-los ou preveni-los.

Há estudos sobre mulheres com transtornos comuns, como ansiedade e depressão, relacionados à gestação e puerpério. As mulheres, nesses casos, podem se beneficiar de intervenções psicológicas como terapia cognitivo-comportamental, que parece ser mais efetiva do que apenas atividades de promoção de saúde, tanto durante a gestação quanto no pós-parto (CLARKE; KING; PROST, 2013). No entanto, as intervenções de promoção de saúde podem ter efeito encorajador para que mulheres levem estilos de vida mais saudáveis (WHITWORTH; DOWSWELL, 2009). Pode-se notar também que a associação entre diferentes intervenções psicológicas e educativas pode resultar em redução do uso do álcool durante a gestação (STADE *et al.*, 2009). Mulheres que recebem apoio contínuo durante o parto, em especial quando o apoio é prestado por pessoa treinada, como uma doula, parecem ter menos experiências negativas nesse processo (HODNETT *et al.*, 2012).

Devido às vulnerabilidades específicas do puerpério, há diversas intervenções voltadas a aprimorar a qualidade de vida relacionada à saúde mental de mulheres nesse período. Intervenções psicossociais como o apoio de pares, o aconselhamento, e as terapias psicológicas parecem ser efetivas em reduzir os sintomas da depressão pós-parto (DENNIS; HODNETT, 2007). Tratamentos como acupuntura, relaxamento e atenção plena estão associados a um efeito positivo para mulheres que vivenciam experiências de sofrimento materno ou em risco de desenvolvê-lo (FONTEIN-KUIPERS *et al.*, 2014). Há também indicativos de que uma triagem realizada com escalas de depressão pode ter como impacto a redução de sintomas depressivos e a melhora na saúde mental no pós-parto, desde que além da triagem seja fornecido apoio psicossocial e acompanhamento às mulheres em maior risco (MYERS *et al.*, 2013). Por fim, o suporte via telefone também apresenta resultados positivos na redução de sintomas de depressão pós-parto (DENNIS; KINGSTON, 2008; DALE *et al.*, 2008).

Para mulheres com sofrimentos psicossociais decorrentes da violência doméstica ou sexual, notou-se carência de estudos rigorosos sobre como aprimorar sua saúde mental e sua qualidade de vida. Parece haver uma diminuição nas ocorrências de violência doméstica quando essas mulheres recebem intervenções fornecidas por profissionais treinados, que sejam compostas por:

- oferta de aconselhamento jurídico, de moradia e financeiro;
- facilitação do acesso e do uso de recursos da comunidade, como abrigos de emergência, casas de acolhimento e serviços de apoio psicossocial; e
- aconselhamento e desenvolvimento de um plano de segurança (RAMSAY *et al.*, 2009).





Além disso, técnicas cognitivo-comportamentais demonstraram efeito positivo em reduzir o estresse pós-traumático de mulheres vítimas de violência sexual e estupro (REGEHR *et al.*, 2013).

Por fim, no caso de **mulheres vivendo com HIV**, grupos terapêuticos podem ter efeitos sutis de melhora em sintomas depressivos, de ansiedade e estresse, assim como na aceitação do diagnóstico (VAN DER HEIJDEN; ABRAHAMS; SINCLAIR, 2017).

Enfoque estrutural

Nesse enfoque, são destacadas **recomendações para futuras pesquisas e desenhos de intervenções que considerem a dimensão ampliada da saúde mental das mulheres e sua relação com as diversas condições históricas e sociais ligadas ao gênero**. Boa parte das pesquisas científicas que trata de determinantes sociais está focada em descrever os fenômenos, sem explicar detalhadamente como eles são gerados, de onde surgem e quais são suas causas. Assim, elas apenas tangenciam as questões relacionadas à mudança cultural de regras, condutas e processos que levam à discriminação e à naturalização da violência, enraizadas na sociedade.

Nesse sentido, **autores recomendam a ampliação da análise sobre gênero e saúde mental a partir de estudos focados em Determinações Sociais da Saúde Mental** (SILVA; BARROS; FREIRE, 2019). O vínculo entre saúde mental e gênero alcança:

"[...] desde os processos de subjetivação, formação dos sintomas, vulnerabilização identitária à mediação do ato diagnóstico e à própria descrição dos transtornos. Levá-las em consideração, tanto nas pesquisas, quanto nas intervenções, é fator premente, não apenas para aumentar a eficácia no tratamento e alívio do sofrimento, mas, também, para não incorrerem em novas formas de violência de gênero [...]." (ZANELLO, 2017, p. 62).

Essa necessária transformação social, no entanto, parece ser fruto de processos históricos, não podendo ser totalmente alcançada com intervenções isoladas e individualizadas (HUNT, 2007). Embora não tenham sido foco deste estudo, há avaliações de impacto sendo desenvolvidas que abordam os efeitos de intervenções educacionais, de fortalecimento de vínculos comunitários, de mudanças legislativas, assim como de estímulo à participação política e de transferência de renda, por exemplo, no empoderamento e na qualidade de vida de mulheres.

Por fim, ressalta-se que o desenvolvimento dessas pesquisas e a adoção de uma lente de gênero no debate em saúde mental podem enfrentar, como desafios, **estruturas acadêmicas e de financiamento que não necessariamente privilegiam esse olhar**.



c. Negligência

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) estabelece pela primeira vez, no artigo 5º, que *“homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”*. O voto feminino só foi assegurado no Brasil na Constituição Federal de 1934 (BRASIL, 1934). Esses exemplos ilustram como é recente a **garantia de direitos jurídicos das mulheres no país**. Assim, ao serem reconhecidas como cidadãs, do mesmo modo que os homens já eram, sua condição de exercício concreto na sociedade pôde ser transformada. Todavia, considerando a noção de que o gênero influencia no modo como as sociedades estruturam as suas relações de poder, os papéis individuais, as responsabilidades e as expectativas sobre os sujeitos, pode-se constatar que as iniciativas de mudança nas instituições são rarefeitas e enfrentam enormes resistências.

São também recentes e escassas as políticas públicas que tratam das dimensões de gênero, saúde mental e mulheres. De modo geral, as mulheres com problemas de saúde mental são beneficiárias das políticas e dos serviços oferecidos a pessoas com habilidades sociais, descritas no capítulo anterior. Nessa seção, focaremos nas demais políticas voltadas a esse público.

A Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a) que dispõe sobre a **proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais** e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ainda não apresentava um recorte específico relacionado às mulheres, mas apontava para a superação dos modelos asilares de assistência em saúde mental, nos quais mulheres permaneciam trancadas e privadas do convívio em sociedade e do exercício de direitos.

É a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** (BRASIL, 2004b), publicada em 2004, que apresenta a necessidade de olhar para as condições dos transtornos mentais a partir da desigualdade de gênero. Além de reconhecer que aspectos relacionados à classe social, à raça, à etnia, à idade e à orientação sexual são agravantes para esta desigualdade, o documento fala da necessidade de se intervir no modelo de atenção à saúde mental, para que se propicie um atendimento integral às mulheres. A política preconiza também a integração dos serviços de saúde com setores não-governamentais e o fomento da participação das mulheres nas definições das políticas de atenção à saúde mental.

Para **mulheres gestantes e parturientes** foi afirmado, em 2005, o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Em 2007, foi firmado o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência (BRASIL, 2007), de modo a fortalecer a rede de apoio e diminuir experiências





negativas durante o parto. Chama a atenção o fato de que a primeira **Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher**⁸ aconteceu em 1986 e uma segunda Conferência só foi realizada em 2017, sendo que, durante esses anos, apenas iniciativas convocadas por organizações e coletivos da sociedade civil debateram mais amplamente esse tema.

Em 1985, foi criado o **Conselho Nacional dos Direitos da Mulher**, que é composto por quatro câmaras técnicas permanentes: Legislação e Normas; Assuntos Internacionais; Monitoramento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM); e Planejamento e Orçamento. Entre 2003 e 2015⁹, a **Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres** foi criada e manteve o *status* de Ministério junto ao Governo Federal, convocando as quatro Conferências Nacionais para Políticas para Mulheres realizadas até hoje. Os relatórios das Conferências Nacionais apontam para diversos eixos a serem observados pelas políticas públicas para melhorar as condições de vida e de saúde mental das mulheres, muitos dos quais ainda são negligenciados pelas políticas desenvolvidas nacionalmente, conforme resumido no **Box** a seguir.

⁸ Mais informações estão disponíveis em: <https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/conferencia-nacional-da-saude-das-mulheres>

⁹ Atualmente, a Secretaria é subordinada ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

BOX 2

DIRETRIZES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES

● VIOLÊNCIA

Criação de programas que atendam mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, incluindo atenção integral (jurídica, psicológica e médica) e criação de abrigos; formulação de políticas que articulem providências na área da assistência e da segurança pública, incluindo a aplicação de medidas repressivas e preventivas mais efetivas.

● SAÚDE

Implantação efetiva do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o desenvolvimento de ações de atenção à saúde em todas as etapas da vida da mulher, incluindo cuidados com a saúde mental e ocupacional, ações voltadas ao controle de doenças sexualmente transmissíveis, de prevenção do câncer e na área do planejamento familiar, de forma a superar a concentração de programas exclusivamente na saúde materno-infantil.

● MENINAS E ADOLESCENTES

Reconhecimento de direitos de meninas e adolescentes por meio de programas de atenção integral, com ênfase naquelas em situação de risco pessoal e social, em situação de rua e vítimas de exploração sexual, vivendo na prostituição e expostas ao uso prejudicial de drogas.

● GERAÇÃO DE EMPREGO E RENDA (COMBATE À POBREZA)

Apoio a projetos produtivos voltados à capacitação e à organização das mulheres, assim como à criação de empregos permanentes para o segmento feminino da população e ao incremento da renda familiar; inclusão de atividades voltadas à população feminina em programas de geração de emprego e renda; garantia de acesso a crédito para a criação ou continuidade de pequenos negócios e associações; incorporação por esses programas da perspectiva de superação da divisão sexual do trabalho.

● EDUCAÇÃO

Garantia de acesso à educação; reformulação de livros didáticos e de conteúdos programáticos, para eliminar referências discriminatórias à mulher e propiciar o aumento da consciência acerca de seus direitos; capacitação de professores e professoras para a inclusão da perspectiva de gênero no processo educativo; e extensão da rede de creches e pré-escolas.



- **TRABALHO**

Garantia de direitos trabalhistas e combate à discriminação nos diversos níveis da administração pública e fiscalização do setor privado; reconhecimento do valor do trabalho não-remunerado e minimização de sua carga sobre a mulher, por meio da criação de equipamentos sociais; e criação de programas de capacitação profissional.

- **INFRAESTRUTURA URBANA E HABITAÇÃO**

Construção de equipamentos urbanos priorizados por mulheres, como creches e outros equipamentos e serviços urbanos como postos de saúde, habitação e saneamento básico; e garantia de acesso a títulos de propriedade da habitação.

- **QUESTÃO AGRÁRIA**

Reconhecimento de direitos relativos às mulheres da zona rural, nas políticas de distribuição de terras, de reforma agrária e de crédito para atividades agrícolas; acesso a títulos de propriedade da terra, em programas de distribuição de terras; e acesso a crédito em programas de apoio à produção rural.

- **INCORPORAÇÃO DA PERSPECTIVA DE GÊNERO POR TODA POLÍTICA PÚBLICA (TRANSVERSALIDADE)**

Incorporação da perspectiva de gênero por toda política pública (de forma transversal), mais do que sua eleição como foco de políticas específicas, garantindo que a problemática das mulheres seja contemplada toda vez que se formular e implementar uma política.

- **ACESSO AO PODER POLÍTICO E EMPOWERMENT**

Abertura de espaços de decisão à participação das mulheres, de modo a garantir que elas interfiram de maneira ativa na formulação e na implementação de políticas públicas; criação de condições de autonomia para as mulheres, para que elas passem a decidir sobre suas próprias vidas, envolvendo, portanto, mudanças nas relações de poder nos diversos espaços em que estão inseridas: no espaço doméstico, no trabalho, entre outros.



Outra política implementada no âmbito da assistência social, em 2003, foi o Programa Bolsa Família, que tem como principais beneficiárias as mulheres. Estudos sobre o impacto desse programa de transferência condicionada de renda apontam que ele favoreceu a vinculação de mulheres aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e contribuiu para a conscientização de mulheres sobre seus direitos, para a inserção social e para a melhoria do bem-estar, aumentando seu interesse por cursos, oficinas, informações sobre programas sociais e atendimento psicológico (MOREIRA *et al.*, 2012). Além disso, o Bolsa Família parece aumentar a autonomia e o protagonismo na tomada de decisões no âmbito familiar de mulheres, em especial das mais pobres (BARTHOLO, 2016).

No âmbito da violência contra a mulher, há diversas políticas que foram implementadas ao longo do tempo, muitas vezes com alcance limitado:

- Em 1988, foram criadas no estado do Rio de Janeiro as **Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs)** (RJ, 1988), responsáveis por acolher mulheres vítimas de violência. No entanto, dados de 2019 apontam que as delegacias existem em só 8,3% dos municípios brasileiros¹⁰. Além disso, apenas 4,5% dos municípios possuía juizados ou varas especiais de violência contra a mulher e o Brasil contava com apenas 43 casas abrigo para mulheres, à época da realização da pesquisa.
- Em 2001, quando foi publicada a **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências** (BRASIL, 2001b), ressaltou-se que o respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado nos serviços de acolhimento, e não raro as mulheres eram responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida, o que dificultaria a denúncia e a recuperação. A portaria indica que o atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde deve contemplar o aumento da autoestima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções para as situações vivenciadas em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia.
- Também houve esforços governamentais para estabelecer a **notificação compulsória de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Em 2004, o Ministério da Saúde estabeleceu a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (BRASIL, 2004a), como forma de articular serviços que atuavam nessa pauta, inclusive os de saúde mental.

¹⁰ Notícia - Em 91,7% das cidades do país, não há delegacia de atendimento à mulher. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2019-09/em-917-das-cidades-do-pais-nao-ha-delegacia-de-atendimento-mulher>



→ Embora já houvesse legislação sobre casas de acolhimento para mulheres vítimas de violência, apenas em 2006 foi publicada a **Lei Maria da Penha** (BRASIL, 2006), a qual reconhece a violência psicológica e afirma a necessidade de equipar serviços com profissionais treinados para ofertar cuidado à saúde mental da mulher vítima de violência. Em 2010, foi criada a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), serviço telefônico destinado a atender gratuitamente mulheres em situação de violência em todo o país (BRASIL, 2010).

→ O **atendimento de profissionais de segurança pública e de saúde para mulheres vítimas de violência sexual** foi orientado em 2013, por meio de um conjunto de diretrizes que incluem: acolhimento, atendimento humanizado, escuta qualificada, orientação da vítima sobre serviços existentes para atendimento de vítimas de violência e disponibilização de transporte até o serviço de referência (BRASIL, 2013a). No mesmo ano, o atendimento obrigatório, em serviços de saúde, passa a incluir amparo psicológico e social (BRASIL, 2013b). Nos anos subsequentes, diversos esforços do executivo, legislativo e judiciário nacional foram empreendidos na prevenção de violências contra a mulher e na proteção das vítimas, sempre ressaltando os componentes de saúde mental e de bem-estar psicossocial.

Nesse contexto, é possível observar algumas das limitações e lacunas para se enfrentar o problema da saúde mental para as mulheres em nossa sociedade, visto que a questão estrutural de gênero como assimetria de poder entre homens e mulheres se reflete em praticamente todas as esferas da vida que são ocupadas por elas. Ao mesmo tempo, foi possível observar que iniciativas relacionadas à defesa de direitos das mulheres provocaram questionamentos e rupturas nas estruturas, de forma a fomentar novas políticas públicas.

Frente a tantos desafios, esta seção será encerrada com a fala de Lúcia Batista, presidente da Associação Loucura de Nós, formada por usuários de saúde mental do Vale do São Francisco, nos municípios de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA):

*“Hoje, quem está muito à frente dos espaços é Patrícia. Ela vai pra prefeitura, vai pra rua... Ela vai com muita garra e me conta, sabe? Depois da última reunião nós fomos para a porta da prefeitura. Levamos cartazes, faixas... E eles ficaram assim: “só mulher!”. E, às vezes, eu acho que eles pensaram: “**poxa, essas mulheres vieram com tudo!**”. E a gente veio mesmo. Vamos com tudo! Botar a cara na rua e continuar com tudo. **Mulheres fortes e valentes!**” (PEREIRA; BATISTA, 2017, p. 213).*





4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas discussões realizadas para os públicos-alvo de Adolescentes e Mulheres foi importante caracterizar as complexas relações que permeiam sua vida em sociedade, de modo a situar a saúde mental como eixo transversal a diversas políticas de saúde, segurança pública, trabalho e emprego, cultura, assistência social, entre outras. A promoção da saúde mental desses públicos passa pelo enfrentamento de iniquidades sociais, reconhecendo o quanto determinadas condições de vida podem tornar as pessoas mais vulneráveis.

Conforme foi discutido, o grupo dos **adolescentes** é de grande **importância** pois diz respeito a um período de intensas transformações psicossociais. Além disso, esse grupo é o que passa a lidar de forma crescente com a violência, especialmente em contextos de periferia, o que pode lhes gerar impactos relevantes na sua saúde mental. Nesse sentido, a **Tratabilidade** apresenta como efetivas algumas intervenções psicossociais na dimensão individual, mas ressalta a oportunidade de aprimorar a saúde mental de adolescentes por meio do investimento em ofertas que apoiem a sociabilidade entre jovens e o fortalecimento de vínculos comunitários e familiares. Por fim, o campo da **Negligência** aponta que os avanços em políticas interseoriais voltadas ao público-alvo de adolescentes ainda enfrentam desafios relevantes e não parecem ser sustentados ao longo do tempo. Além disso, os adolescentes enfrentam cada vez mais o desafio de pensar o seu lugar na sociedade em um contexto de mudanças na organização social.

Com relação ao grupo das **mulheres**, foi ressaltada a **importância** de observar a relação entre o recorte de gênero e as condições sociais, o que reforçou a necessidade de se abordar e compreender melhor as estruturas que apoiam o número crescente de diagnósticos de transtornos mentais entre mulheres e os vieses no acesso ao cuidado em saúde. No quesito de **Tratabilidade**, há lacunas importantes sobre quais intervenções são efetivas, tanto a nível individual quanto estrutural, embora existam algumas evidências que apontem para a oportunidade de acolhimento em saúde mental de mulheres que vivenciam processos de gestação, parto e puerpério e vítimas de violências. No que tange ao espectro das políticas públicas que dialogam com a saúde mental de mulheres, é possível identificar avanços legislativos ao longo das últimas décadas. No entanto é perceptível a **Negligência** na implementação de serviços voltados às mulheres e parece haver resistências em adotar um olhar atento à dimensão de gênero nas políticas sociais.



Os dois públicos-alvo são altamente relevantes para receber maior atenção no que se refere à saúde mental. Ambos possuem uma grande importância e têm, no melhor dos casos, recebido uma atenção parcial no país. É importante notar que para o grupo das mulheres, as lacunas são especialmente expressivas no estudo de intervenções efetivas.

Um desafio comum a ser enfrentado na atuação junto a esses públicos-alvo e que tende a se repetir em outros casos é a necessidade de superar um olhar para saúde mental excessivamente focado em sintomas. Na agenda das pesquisas, políticas e intervenções sociais, há uma importante lacuna de ações voltadas à promoção da saúde mental de forma intersetorial, que monitore e avalie desfechos sociais e que aponte para caminhos sustentáveis ao longo do tempo e responsivos às rápidas mudanças pelas quais passa nosso país.





REFERÊNCIAS

Adolescentes e saúde mental

ARÊAS, N. T. *et al.* Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 27, n. 03. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300008>. Acesso em 15 mai 2020.

ASARNOW, J.R. *et al.* Integrated Medical-Behavioral Care Compared With Usual Primary Care for Child and Adolescent Behavioral Health: A Meta-analysis. **JAMA Pediatrics**, v. 169, n. 10, p. 929, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26259143/>. Acesso em 02 junho 2020.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069compilado.htm. Acesso em 02 junho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121**, Institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (unidade de acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de atenção psicossocial. Brasília: 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em 02 junho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília: 2013. 176 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-36251> Acesso em 12 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-37306>. Acesso em 12 mai 2020.

BRASIL. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília: 2015a. Disponível em: https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapa_do_Encarceramento_-_Os_jovens_do_brasil.pdf. Acesso em 15 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília: 2015b.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12.** Ano 10, nº 12. out. 2015. Brasília: 2015c. Disponível em: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/430410/RESPOSTA_PEDIDO_SMD%2012%20-%20Verso%20para%20o%20Site%202.pdf. Acesso em 15 mai 2020.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas.** Brasília: 2018a, 494 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf/@@download/file/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise.pdf>. Acesso em 15 mai 2020.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Ações de Proteção a Crianças e Adolescentes contra violências: levantamentos nas áreas de saúde, assistência social, turismo e direitos humanos.** Brasília: 2018b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/acoes-de-protecao-a-criancas-e-adolescentes-contra-violencias-levantamentos-nas-areas-de-saude-assistencia-social-turismo-e-direitos-humanos.pdf/@@download/file/acoes-de-protecao-a-criancas-e-adolescentes-contra.pdf>. Acesso em 15 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular.** Brasília: 2018c. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf. Acesso em: 25 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 24.** Volume 50. Brasília: 2019a. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic-dio-24-final.pdf>. Acesso em 15 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas.** Brasília: 2019b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Estrategia_Prevencao_Suicidio_Povos_Indigenas.pdf. Acesso em: 24 mai de 2020.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Recomendação do Conselho Nacional de Direitos Humanos nº 03, de 14 de março de 2019.** Brasília: 2019c. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/2019/marco/SEI_MDH0708397Recomendacao3sobreaNovaPoliticadeSaudeMental.pdf. Acesso em 15 mai 2020.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social.** Petrópolis, Vozes, 1998.



CAVALCANTE, C.V. Juventudes: reflexões sociológicas sobre o conceito juventude. pp. 46-55. In: Cavalcante, Claudia Valente. **Caderno de artigos: infâncias, adolescências, juventudes e famílias: desafios contemporâneos**. Goiânia: Gráfica e Editora América, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/caderno-de-artigos-infancias-adolescencias-juventudes-e-familias-2013-desafios-contemporaneos-ca-14-caderno-de-artigos.pdf/@@download/file/caderno-de-artigos-infancias-adolescencias.pdf>. Acesso em 15 mai 2020.

CONCEIÇÃO, D. S. *et al.* Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200300&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai 2020.

CORDEIRO, K. C. C. *et al.* Domestic violence experienced by adolescents: the discourse of women educators. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100398&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai 2020.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai 2020.

DAS, J. K. *et al.* Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. **Journal of Adolescent Health**, v. 59, n. 4, p. S49–S60, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5026677/>. Acesso em 02 junho 2020.

DE OLIVEIRA, Í. M. *et al.* Direitos da criança e do adolescente: defesa, controle democrático, políticas de atendimento e formação de conselheiros em debate. EDUFRN, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/direitos-da-crianca-e-do-adolescente-defesa-controle-democratico-politicas-de-atendimento-e-formacao-de-conselheiros-em-debate-ca-14-direitosdacrianca-e-adolescente.pdf/@@download/file/direitos-da-crianca-e-do-adolescente-defesa.pdf> Acesso em 15 mai 2020.

DOMHARDT, M.; STEUBL, L.; BAUMEISTER, H. Internet- and Mobile-Based Interventions for Mental and Somatic Conditions in Children and Adolescents: A Systematic Review of Meta-analyses. **Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**, v. 48, n. 1, p. 33–46, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422059/>. Acesso em 02 junho 2020.



FERRUGEM, D. G. Guerra às drogas?. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 18, n. 45, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/47208/31997>. Acesso em 15 mai 2020.

FISHER, C. A. *et al.* Family therapy approaches for anorexia nervosa. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 2019. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004780.pub4/full>. Acesso em 02 junho 2020.

FORMAN-HOFFMAN, V.L.; MIDDLETON, J.C.; McKEEMAN, J.L.; *et al.* **Strategies To Improve Mental Health Care for Children and Adolescents**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409137/>. Acesso em 02 junho 2020.

FOXCROFT, D. R.; TSERTSVADZE, A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21901733/>. Acesso em 02 junho 2020.

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; MACHADO, D. B. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 12, p. 2649-2654, Dec. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015001202649&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai 2020.

GATES, S. *et al.* Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16437511/>. Acesso em 02 junho 2020.

GILLIES, D. *et al.* Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, 2016. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012371/full>. Acesso em 02 junho 2020.

HETRICK, S. E. *et al.* Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, 2016. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003380.pub4/full>. Acesso em 02 junho 2020.



HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Psicoterapia para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual no Sistema Público: Panorama e Alternativas de Atendimento. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 182-198, Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932015000100182&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai 2020.

JAMES, A. C. *et al.* Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004690.pub4/full>. Acesso em 02 junho 2020.

JANOUSHKOVÁ, M. *et al.* Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. **European Psychiatry**, v. 41, n. 1, p. 1–9, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28049074/>. Acesso em 02 junho 2020.

KELES, S.; IDSOE, T. A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. **Journal of Adolescence**, v. 67, p. 129–139, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140197118300836>. Acesso em 02 junho 2020.

KUNTSCHE, S.; KUNTSCHE, E. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use – A systematic literature review. **Clinical Psychology Review**, v. 45, p. 89–101, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27111301/>. Acesso em 02 junho 2020.

KWOK, K. H. R.; YUAN, S. N. V.; OUGRIN, D. Review: Alternatives to inpatient care for children and adolescents with mental health disorders. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 21, n. 1, p. 3–10, 2016. Disponível em: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/camh.12123>. Acesso em 02 junho 2020.

LANGFORD, R. *et al.* The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2014. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008958.pub2/full/pt?highlightAbstract=bulli%7Cbullying>. Acesso em 02 junho 2020.

LEMES, D. C. M. *et al.* Satisfação com a imagem corporal e bem-estar subjetivo entre adolescentes escolares do ensino fundamental da rede pública estadual de Canoas/RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4289-4298, Dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018001204289&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai 2020.



LOPES, C. S. *et al.* ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, supl. 1, 14s, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102016000200308&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai 2020.

MOTA, R. S. *et al.* Situação sociodemográfica e de saúde em adolescentes escolares segundo o sexo. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, n. 4, p. 1007-1012, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000401007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai 2020

MOTTA, D. *Uma análise da adolescência ao longo da história*. FAPERJ, 2010. Disponível em: <http://www.faperj.br/?id=1654.2.5>. Acesso em 15 mai 2020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Folha informativa – Saúde mental dos adolescentes*. Setembro. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:-folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839. Acesso em 15 mai 2020

PATTON, G. C. *et al.* Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, v. 387, n. 10036, p. 2423–2478, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)00579-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00579-1.pdf). Acesso em 02 junho 2020.

POWELL, L.; PARKER, J.; HARPIN, V. What is the level of evidence for the use of currently available technologies in facilitating the self-management of difficulties associated with ADHD in children and young people? A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 27, n. 11, p. 1391–1412, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29222634/>. Acesso em 02 junho 2020.

REICHOW, B.; STEINER, A. M.; VOLKMAR, F. Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22786515/>. Acesso em 02 junho 2020.

ROCHA, M. *et al.* Aspectos psicossociais da obesidade na infância e adolescência. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 18, n. 3, p. 713-723, dez. 2017. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862017000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 maio 2020.

ROSE-CLARKE, K. *et al.* Peer-facilitated community-based interventions for adolescent health in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS ONE*, v. 14, n. 1, p. e0210468, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30673732/>. Acesso em 02 junho 2020.



RUSSO, K.; ARREGUY, M. E. Projeto "Saúde e Prevenção nas Escolas": percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar. **Physis** [online]. 2015, vol.25, n.2, pp.501-523. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000200501&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 de junho de 2020.

SCHAEFER, R. *et al.* Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2849-2858, Sept. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413=81232018000902849-&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai 2020.

SECRETARIA NACIONAL DA JUVENTUDE (SNJ). **Agenda Juventude Brasil**. 2013. Disponível em: https://issuu.com/secretariageralpr/docs/pesquisa_lan_amento_diagrama_o_. Acesso em: 4 de junho de 2020.

SEMRAU, M. *et al.* Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 79, 2016. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1323-8>. Acesso em 02 junho 2020.

SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. A. (Orgs.). **SAÚDE MENTAL INFANTOJUVE-NIL: Territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/pdfs/Saude%20Mental%20Infantojuvenil.pdf>. Acesso em 24 mai 2020.

THABREW, H. *et al.* E-Health interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, 2018a. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012489.pub2/full>. Acesso em 02 junho 2020.

THABREW, H. *et al.* Psychological therapies for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 12, 2018b. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012488.pub2/full>. Acesso em 02 junho 2020.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. **Anuário Brasileiro da Educação Básica, 2019**. São Paulo: Moderna, 2019. Disponível em: https://www.todospelaeducacao.org.br/_uploads/_posts/302.pdf. Acesso em: 30 maio 2020.



UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Guia Municipal de Prevenção da Violência Letal contra Adolescentes e Jovens**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/guia-municipal-de-prevencao-da-violencia-letal-contr-adolescentes-e-jovens-ca-14-ad-referendum-guiaprvi_atalizacoes2014.pdf/@@download/file/guia-municipal-de-prevencao-da-violencia-letal.pdf. Acesso em 15 mai 2020.

VILLATORE, M.A.C.; ALMEIDA, R.S.A. Encíclica "Rerum Novarum" e sua importância em relação à Organização Internacional do Trabalho. **Revista eletrônica [do] Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região**, Curitiba, PR, v. 6, n. 59, p. 66-85, maio 2017. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/106891>. Acesso em: 4 de junho de 2020.

VUJCICH, D. *et al.* Indigenous Youth Peer-Led Health Promotion in Canada, New Zealand, Australia, and the United States: A Systematic Review of the Approaches, Study Designs, and Effectiveness. **Frontiers in Public Health**, v. 6, p. 31, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29497608/>. Acesso em 02 junho 2020.

WERNER-SEIDLER, A.; JOHNSTON, L.; CHRISTENSEN, H. Digitally-delivered cognitive-behavioural therapy for youth insomnia: A systematic review. **Internet Interventions**, v. 11, p. 71–78, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782917301070>. Acesso em 02 junho 2020.

YANEZ-PENUNURI, L. Y. *et al.* Revisión sistemática de instrumentos de violencia en el noviazgo en Iberoamérica y evaluación de sus propiedades de medida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2249-2262, June 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019000602249&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai 2020.

Mulheres e saúde mental

ALMEIDA, S. L. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ANDRADE, A.P.M.; MALUF, S.W. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 811–821, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220150760.pdf>. Acesso em 02 jun 2020.



ANDRADE, L.H.S.G. de; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo , v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 jun 2020.

ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características socio-demográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292005000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 jun 2020.

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H.; CARVALHO, F. B. Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. *O Mundo da Saúde*, v. 32, n. 4, p. 511-518, 2008. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/13_Servicos_baixa.pdf. Acesso em 02 jun 2020.

BARBOSA, J.A.G.; SOUZA, M.C.M.R.; FREITAS, M.I.F. Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 37, n. 4/5 p. 273-8, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a13.pdf. Acesso em 02 jun 2020.

BARTHOLO, L. **Bolsa Família and women's autonomy: What do the qualitative studies tell us?**, 2016. Disponível em: https://ipcig.org/pub/eng/PRB57_Bolsa_Familia_and_women_s_autonomy.pdf. Acesso em 10 jun 2020.

BORGES, T.L.; HEGADOREN, K.M.; MIASSO, A.I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 38, p. 195–201, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2015.v38n3/195-201/>. Acesso em 02 jun 2020.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934**. Brasília: 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em 02 jun 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 02 jun 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: 2001a.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 737, de 16 de maio de 2001**. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: 2001b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em 02 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 936, de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília: 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em 02 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 09 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 09 jun 2020.

BRASIL. **Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher: 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em 09 jun 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em 09 jun 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.393 de 15 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180. Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7393.htm. Acesso em 09 jun 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013**. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm. Acesso em 09 jun 2020.



BRASIL. Lei nº 12.845, de 1 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em 09 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Brasília: 2017. 34 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha--Agenda-Estrategica-publicada.pdf>. Acesso em 02 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: 2020. 137. p. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf?x53725>. Acesso em 02 jun 2020.

CAMARGO, L.A.; CAPITÃO, C.G.; FILIPE, E.M.V. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. *Psico-USF*, v. 19, n. 2, p. 221–232, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712014000200005&script=sci_arttext. Acesso em 02 jun 2020.

CAMPOS, I.O.; RAMALHO, W.M.; ZANELLO, V. Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. *Estudos de Psicologia*, v. 22, n. 1, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 jun. 2020.

CLARKE, K.; KING, M.; PROST, A. Psychosocial Interventions for Perinatal Common Mental Disorders Delivered by Providers Who Are Not Mental Health Specialists in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, v. 10, n. 10, p. e1001541, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3812075/>. Acesso em: 09 jun. 2020.

DALE, J.; CARAMLAU, I.O.; LINDENMEYER, A. *et al.* Peer support telephone calls for improving health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006903.pub2>. Acesso em: 10 jun. 2020.

DENNIS, C.L.; HODNETT, E.D. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006116.pub2>. Acesso em: 10 jun. 2020.



DENNIS, C.L.; KINGSTON, D. A Systematic Review of Telephone Support for Women During Pregnancy and the Early Postpartum Period. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 37, n. 3, p. 301–314, 2008. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884-2175\(15\)30092-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884-2175(15)30092-7). Acesso em: 09 jun. 2020.

DIAS, L.V.; MUNIZ, R.M.; VIEGAS, A.C.; *et al.* Mulher mastectomizada por câncer de mama: vivência das atividades cotidianas. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 4, p. 1074, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5821/pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.

FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. **Rev. Estud. Fem.**, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2004000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 jun. 2020.

FILHO, J.B.M.F.; BAKKER, B.W.A. Sob o risco de estresse: as consequências da emancipação feminina na revista *Veja* (2000 - 2018). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1790>. Acesso em: 8 jun. 2020.

FLORES, N.M.P.; SMEHA, L.N. Mães presas, filhos desamparados: maternidade e relações interpessoais na prisão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312018000400618&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 jun. 2020.

FONTEIN-KUIPERS, Y.; NIEUWENHUIJZE, M.; AUSEMS, M.; *et al.* Antenatal interventions to reduce maternal distress: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. 4, p. 389–397, 2014. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12500>. Acesso em: 09 jun. 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil - 2º edição**. São Paulo: FBSP, 2019. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>. Acesso em 02 jun 2020.

FURTADO, F.M.S. F. *et al.* Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 1, p. 129-140, 2019. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995561/12_7017-francisca-marina-port_norm_ing.pdf. Acesso em: 09 jun. 2020.



GAINO, L.V.; ALMEIDA, L.Y.; OLIVEIRA, J.L.; *et al.* O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3157, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100343. Acesso em: 8 jun. 2020.

GONCALVES, D. A. *et al.* Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-2014000300623X&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 jun 2020.

HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYR, G.J.; *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2012. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003766.pub4>. Acesso em: 10 jun. 2020.

HUNT, L. **Inventing Human Rights: A History**. New York: Norton, 2007.

LANSKY, S.; SOUZA, K.V.; PEIXOTO, E.R.M.; *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811–2824, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000802811&script=sci_arttext. Acesso em 02 jun 2020.

LEITE, F.M.C.; LUIS, M.A.; AMORIM, M.H.C.; *et al.* Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190056, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100455&lang=pt. Acesso em 02 jun 2020.

MAGNO, L.; DOURADO, I.; SILVA, L.A.V. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505018&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 7 jun. 2020.

MANANDHAR, M. *et al.* Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. **Bull World Health Organ**, v. 96, n. 9, p. 643-52, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-211607/en/>. Acesso em: 09 jun 2020.

MASSA, S.S.S.; BERNARDO, L.D. Mulheres queimadas: uma revisão integrativa de publicações nacionais. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 16, n. 1, p. 34–44, 2017. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/345/pt-BR/mulheres-queimadas-uma-revisao-integrativa-de-publicacoes-nacionais>. Acesso em: 7 jun. 2020.



MENDONÇA, M.F.S; LUDERMIR, A.B. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100227&lng=en&tlng=en. Acesso em: 7 jun. 2020.

MOREIRA, N.C. *et al.* Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. **Rev. Adm. Pública**, v. 46, n. 2, p. 403-423, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122012000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

MYERS, E.R.; AUBUCHON-ENDSLEY, N.; BASTIAN, L.A.; *et al.* **Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Comparative Effectiveness Review**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137724/pdf/Bookshelf_NBK137724.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 09 jun 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Gender and women's mental health**, 2020. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/. Acesso em 02 jun 2020.

PASSOS, R. G.; PEREIRA, M. O. Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. pp. 25-51. In: **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Pereira e Passos (orgs). Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2008.v17n2/82-94/pt>. Acesso em 02 jun 2020.

PEREIRA, M. O.; BATISTA, L. Mulheres unidas: entrevista com Lucia Batista, presidente da Associação Loucura de Nós. pp. 208-213. In: **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Pereira e Passos (orgs). Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

RAMSAY, J.; CARTER, Y.; DAVIDSON, L.; *et al.* Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005043.pub2>. Acesso em: 10 jun. 2020.



REGEHR, C. *et al.* Interventions to Reduce Distress in Adult Victims of Rape and Sexual Violence: A Systematic Review. **Research on Social Work Practice**, v. 23, n. 3, p. 257–265, 2013. Disponível em: <https://www.deepdyve.com/lp/sage/interventions-to-reduce-distress-in-adult-victims-of-rape-and-sexual-CBd0We0epN?articleList=%2Fsearch%3Fquery%3Dinterventions%2Bto%2Breduce%2Bdistress%2Bin%2Badult%2Bvictims%2Bof%2Brape%2Band%2Bsexual%26docNotFound%3Dtrue>. Acesso em 10 jun. 2020.

RIO DE JANEIRO (RJ). Lei nº 1.340, de 23 de agosto de 1988. Dispõe sobre a criação de Delegacias Especializada de Atendimento à Mulher. Rio de Janeiro: 1988. Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/154462/lei-1340-88>. Acesso em 10 jun. 2020.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. 2ª ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

STADE, B.C.; BAILEY, C.; DZENDOLETAS, D.; *et al.* Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004228.pub2>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R.C.S.; BARROS, M.B.A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 8, pp. 2543-2554, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>. Acesso em 02 jun 2020.

SENICATO, C.; LIMA, M.G.; BARROS, M.B.A. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000805001&lng=pt&lng=pt. Acesso em: 8 jun 2020.

SILVA, B.I.B.M.; BARROS, J.F.C.L.; FREIRE, S.E.A.; *et al.* Produção da Psicologia no Brasil sobre mulheres rurais: revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 163–178, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200012. Acesso em: 8 jun 2020.

SILVA, E.B.O.; PEREIRA, A.L.F. Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13997>. Acesso em: 8 jun 2020.



SILVA, J.M.M.; LIMA, M.C.; LUDERMIR, A.B. Intimate partner violence and maternal educational practice. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102017000100225&lng=en&tlng=en. Acesso em: 8 jun 2020.

SILVA JÚNIOR, F.J.G.; TOLENTINO, E.S.; OLIVEIRA, A.K.S.; et al. Dependência química e violência no universo feminino: revisão integrativa Chemical dependency and violence in the female universe: an integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4681–4688, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4274/pdf>. Acesso em 02 jun 2020.

SIMÕES-BARBOSA, R.H.; DANTAS-BERGER, S.M. Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero?. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, e00120816, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000103001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 jun 2020.

VAN DER HEIJDEN, I.; ABRAHAMS, N.; SINCLAIR, D. Psychosocial group interventions to improve psychological well-being in adults living with HIV. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2017. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010806.pub2>. Acesso em: 10 jun 2020.

WHITWORTH, M.; DOWSWELL, T. Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007536.pub2>. Acesso em: 10 jun 2020.


ZANELLO, V. Gênero, saúde mental e interseccionalidade. pp. 52-69. In: **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Pereira e Passos (orgs). Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

ZUCCHI, E.M. et al. Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00064618, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019000305008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 jun 2020.



CAPÍTULO 4

Estratégias de atuação em saúde mental



Há diferentes maneiras pelas quais se pode contribuir para a superação dos desafios de saúde mental enfrentados por mulheres e adolescentes. De programas de apoio direto a esses grupos a ações de assessoria a governos e sistemas de saúde, todos têm um papel a cumprir. Nesse sentido, obter uma perspectiva abrangente dos diferentes tipos de estratégia que podem ser empregados é de grande valor para as organizações que estão definindo o tipo de atuação que terão no campo da saúde mental.

Naturalmente também é importante que a discussão sobre estratégias de atuação leve em consideração um contexto específico. Uma vez que a saúde mental é entendida em termos das possibilidades de participar plenamente na vida comunitária e social mais ampla, o contexto em questão cobra relevância. As estruturas e serviços existentes, assim como os processos sociais - que permeiam a vida de todos e que criam oportunidades e obstáculos - variam de um lugar para outro. Os desafios que existem em um município no interior do sertão brasileiro diferem substancialmente daqueles que caracterizam os de uma grande metrópole do país.

Este capítulo tem como objetivo caracterizar os diferentes tipos de estratégias de atuação no campo da saúde mental para adolescentes e mulheres, considerando as necessárias adaptações relativas à implementação e contextualização para

a realidade paulistana. A escolha da cidade de São Paulo como contexto para a discussão foi feita pelo Instituto Cactus, que iniciará as suas linhas de ação com vistas a contribuir para essa realidade. Espera-se que as informações sistematizadas neste documento possam apoiar o desenho de estratégias de atuação, a partir da compreensão dos elementos fundamentais relacionados à variedade de oportunidades existentes.

Para elaborar essa discussão, foi realizado um levantamento da literatura, além da complementação do material a partir de quinze entrevistas com atores-chave. Com relação aos entrevistados, foram incluídas pessoas de diferentes formações e entidades da gestão e execução de políticas públicas de saúde mental, assistência social e direitos humanos, do mundo acadêmico, da formação e da pesquisa, além da representação de um organismo internacional com atuação direta na cidade. Ao longo do capítulo, são feitas referências às contribuições dos entrevistados, as quais são identificadas com um código composto pela letra "E" seguida de um número. Optou-se por não indicar o nome dos entrevistados por questões de confidencialidade. No Anexo A, sobre metodologia, é possível encontrar o perfil dos entrevistados assim como outros detalhes do método empregado para a elaboração deste capítulo.

O capítulo está organizado em três partes, sendo a segunda delas a mais extensa. Na primeira parte, de caráter introdutório, são definidas sete categorias de intervenções no campo da saúde mental a partir do conhecimento sistematizado pelos organismos internacionais. Na segunda parte, cada uma dessas estratégias é detalhada contendo uma descrição da categoria, um mapeamento das prioridades

ressaltadas em instâncias de participação social e por meio de entrevistas, uma discussão de aspectos relevantes para a implementação e a indicação de alguns casos ilustrativos. Na terceira parte, são apresentadas considerações sobre equidade, de tal modo a identificar os cuidados necessários para evitar a exclusão de grupos vulneráveis das estratégias aqui apresentadas.



1

DEFINIÇÃO DOS TIPOS DE ESTRATÉGIAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Os documentos de organismos internacionais apontam diversas estratégias para atuar no campo da saúde mental. O documento orientador *Promovendo Saúde Mental*, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para superar as barreiras nesse campo (OMS, 2004), apresenta tanto estratégias gerais como específicas para países de baixa renda. Já o *Plano de Ação de Saúde Mental* de 2013, também da OMS, apresenta propostas a serem realizadas por governos e por parceiros internacionais e nacionais da

sociedade civil – organizações de pessoas com habilidades psíquicas, usuários de serviços, familiares, cuidadores, profissionais de saúde, prestadores de serviço, organizações de saúde mental, ONGs de base comunitária de direitos humanos e redes de desenvolvimento e saúde mental (OMS, 2013).

Além desses documentos, o *policy brief* sobre apoio a pessoas com transtornos mentais graves (OMS, 2017) apresenta estratégias que diferentes atores podem tomar para garantir vidas mais saudáveis e longas para essa população e suas famílias. O **box** a seguir destaca as possibilidades de atuação para as organizações não-governamentais, sugeridas pela OMS.

BOX 1

POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO PARA ONGS SEGUNDO A OMS

- Combater a exclusão social e aprimorar o apoio da comunidade.
- Apoiar os programas existentes ou estabelecer novos programas para que as pessoas com transtornos mentais tenham: oportunidades de educação continuada, desenvolvimento de habilidades, apoio em encontrar trabalho adequado e fornecimento de suporte no trabalho.
- Explorar meios para fornecer apoio financeiro e moradia acessível e segura para pessoas com transtornos mentais graves.
- Aumentar o acesso aos cuidados na comunidade por meio de programas de apoio entre pares e de apoio à família.
- Iniciar atividades de redução de estigma, como as que se concentram em melhorar o contato social e a participação na vida profissional, comunitária e em assuntos cívicos.

Fonte: OMS (2017)



Com o foco específico de promoção de direitos humanos na saúde mental e áreas relacionadas, o módulo de treinamento e orientação da iniciativa *Direito É Qualidade (QualityRights)* também apresenta estratégias para a criação e operação de organizações da sociedade civil no tema (OMS, 2019a).

Por fim, a *Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes*, elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde, traz um guia de orientação para apoiar a implementação de estratégias para proteger a saúde e o desenvolvimento de adolescentes, incluindo questões de gênero (OPAS, 2018).

A partir desses diferentes documentos, as estratégias de atuação foram agrupadas em categorias amplas, levando à identificação de sete tipos diferentes. A Tabela 1, a seguir, identifica essas sete estratégias e oferece uma breve descrição do tipo de atuação que está implicado nelas de maneira geral.

TABELA 1 - ESTRATÉGIAS GERAIS PARA ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

ADVOCACY	1	Defesa coletiva e individual da saúde mental baseada nos direitos humanos e campanhas sistêmicas para redução do estigma e discriminação.
EMPODERAMENTO	2	Fortalecimento de apoio entre pares, de formação, treinamento e engajamento para protagonismo de usuários, familiares, cuidadores e da comunidade.
SUORTE SOCIAL	3	Colaboração para qualificação de políticas intersetoriais de acesso à educação, à moradia, à cultura e aos meios de subsistência e proteção da violência, incluindo processos de formação, de desenvolvimento de habilidades e de aprimoramento.
LIDERANÇA E GOVERNANÇA	4	Financiamento e mobilização de fundos, assessoria aos poderes executivo, legislativo e judiciário para reformas políticas e legislativas e engajamento com o sistema internacional de direitos humanos.
SISTEMAS DE SAÚDE	5	Apoio à qualificação da organização e prontidão dos serviços de saúde e provimento de insumos e recursos humanos, com formação para força de trabalho adequada.
AÇÕES DE SAÚDE MENTAL	6	Suporte para a promoção de saúde e prevenção de agravos, cuidados para questões de saúde mental e <i>recovery</i> , no âmbito individual e coletivo.
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, DADOS CIENTÍFICOS E PESQUISAS	7	Desenvolvimento de pesquisas e avaliação de políticas e serviços, melhoria da qualidade de sistemas de informação e mecanismos de prestação de contas (<i>accountability</i>).



2 CARACTERIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

A partir das sete categorias de intervenções definidas na seção anterior, apresentamos a seguir com maior detalhamento no que consiste cada uma delas, abordando: a) sua definição, b) o mapeamento de prioridades e lacunas relacionadas, c) os principais aspectos de implementação (considerando barreiras e facilitadores), assim como d) alguns exemplos de intervenção.

No que se refere ao mapeamento de prioridades e lacunas, são apresentadas as recomendações de algumas instâncias de participação social, assim como sugestões obtidas por meio das entrevistas com atores-chave. Entre as instâncias de participação social existentes no campo da saúde mental, foram selecionadas seis que eram especialmente relevantes para as discussões desta publicação. As duas primeiras focam no campo da saúde mental de maneira geral, sendo uma nacional e outra municipal. As outras quatro dedicam atenção especial aos públicos-alvo priorizados pelo **Instituto Cactus**. A terceira, de âmbito municipal, dedica especial atenção às mulheres de maneira ampla. E as últimas três têm maior relação com o público adolescente, com cada uma delas oferecendo uma perspectiva complementar às demais. As instâncias selecionadas são brevemente descritas a seguir:

→ *IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2010)*: foi realizada entre junho e julho de 2010, após as etapas municipais (359 conferências) e regionais (204), representando a participação de 1.200 municípios e aproximadamente 46 mil pessoas;

→ *II Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo (2013)*: as Conferências Municipais de Saúde Mental são espaços democráticos de debates coletivos para discussão de propostas de organização municipal. Nelas, se reúnem setores da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) com representantes da sociedade civil organizada para discussão e decisão sobre políticas públicas municipais;

→ *5ª Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres (2016)*: a conferência realizada em São Paulo gerou o I Plano Municipal de Políticas para Mulheres 2017-2020, que é um instrumento de pactuação e planejamento entre as diferentes secretarias da prefeitura, guiando as políticas públicas para as mulheres no município paulistano por um período de 4 anos.

→ *4ª Conferência Municipal da Juventude (2019)*: ocorreu em novembro de 2019 e teve como tema “Novas Perspectivas para a Juventude: Cidadania e Desenvolvimento Sustentável”.



→ *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (2014)*: foi instituído pela Portaria MS/GM nº 1.608/2004, representando um espaço de discussão e articulação intersetorial que objetiva debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas.

→ *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil de São Paulo (2016)*: foi realizado em 2016 e reuniu 727 participantes, com representação de usuários, familiares, gestores e trabalhadores de 26 CAPS infantojuvenis da cidade.

1. ADVOCACY

Descrição

Essa categoria de estratégia consiste na defesa dos direitos de adolescentes e mulheres por mudanças em nível sistêmico (e também individual), de forma a possibilitar sua participação na sociedade como cidadãos. Visa gerar demanda pública e influenciar as partes interessadas a valorizar a saúde mental, além de desenvolver e reformular políticas públicas e legislações alinhadas aos direitos humanos.

As estratégias de *advocacy* que buscam promover a saúde mental de adolescentes e de mulheres podem ter diferentes objetivos e tomar diversas formas. Entre as diversas sugestões de atuação é possível identificar cinco tipos recorrentes:

a. Influenciar diretamente a formulação de políticas públicas – Nesse sentido, podem ser abordadas políticas abrangentes (por exemplo programas de prevenção da violência e do uso prejudicial de substâncias psicotrópicas) ou mais direcionadas a um ambiente específico, como o escolar (OMS, 2004; PATTON et al., 2016). Na atuação empreendida podem ser promovidos: uma alocação mais adequada de recursos financeiros e humanos, um aprimoramento da formação dos trabalhadores dos sistemas públicos, um uso maior de dados de qualidade, uma integração maior das políticas de saúde mental com outras estratégias e programas (OMS, 2012) e uma maior participação de organizações da sociedade civil nos processos de tomada de decisão e de controle social (OMS, 2013).

b. Empreender campanhas e cursos de conscientização sobre saúde mental – Essas iniciativas podem abordar diferentes aspectos, tais como: ressaltar a importância do cuidado com a saúde mental, reforçar a relação entre saúde mental e os direitos humanos, divulgar informações sobre os serviços de saúde disponíveis à população e dar atenção a questões específicas (como a pressão para o trabalho dos adolescentes e para a maternidade das mulheres, por exemplo). Essas iniciativas podem utilizar vários meios de mídia e estar direcionadas a diferentes públicos-alvo (OMS, 2004; 2013; 2017; 2019a; OPAS, 2018).



c. Empreender campanhas e cursos de conscientização sobre questões de gênero - Essas iniciativas podem abordar diferentes aspectos, em especial a transformação de atitudes, crenças, normas e estereótipos de gênero que defendam o privilégio masculino e a subordinação feminina, além daquelas que justifiquem a violência contra as mulheres e a estigmatização das sobreviventes de situações de agressão. Essas iniciativas podem utilizar, por exemplo, campanhas públicas, educação em grupo e esforços de mobilização da comunidade (OMS, 2019b).

d. Defender os direitos de indivíduos e grupos – Atuar de maneira a promover e restituir os direitos de adolescentes e de mulheres frente às diversas violações a que estão sujeitos em suas vidas. A atuação nesse sentido pode estar direcionada a ampliar as possibilidades para esses grupos receberem benefícios, além de permitir acesso a programas de proteção que reconheçam suas vulnerabilidades e que permitam imputar responsabilidade a violações de direitos humanos. Também pode estar direcionada à assistência jurídica e à defesa direta de indivíduos submetidos a tratamentos coercitivos ou a outras práticas de violação (OMS, 2004; 2013; 2017; 2019a; 2019b; OPAS, 2018).

e. Contribuição para mecanismos internacionais de defesa de direitos - para os países que ratificaram a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*¹, como o Brasil, as ONGs locais ou nacionais podem contribuir para a elaboração de relatórios oficiais periódicos sobre o progresso para a implementação da *Convenção*, chamar a atenção para os desafios envolvidos e sugerir maneiras para que o governo possa promover os direitos de mulheres e meninas. As ONGs também podem enviar “relatórios alternativos” ao Comitê Internacional da Convenção, mostrando as lacunas e desafios que não tenham sido mencionados no relatório oficial de seu país (ONU MULHERES, 2016).

¹ Esta Convenção é um tratado internacional aprovado em 1979 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, sendo descrito como uma declaração internacional de direitos das mulheres, vigorando desde 1981. A Convenção foi ratificada pelo Brasil em 2002, por meio do Decreto nº 4.377/2002.



Mapeamento de prioridades e lacunas

A importância da atuação no campo do *advocacy* tem sido levantada em diferentes conferências de saúde mental e instâncias de participação social, sendo igualmente ressaltada nas entrevistas realizadas pelo projeto. A seguir são apresentadas as indicações mapeadas nesse sentido.

As deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial relacionadas ao campo do *advocacy* indicam o seguinte (BRASIL, 2010):

617. A importância de se elaborar uma Declaração de Direitos Humanos para pessoas em sofrimento psíquico e da realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental de quatro em quatro anos. (Eixo III. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial);

620. Tomar medidas efetivas em relação aos casos de violação dos Direitos Humanos nos Hospitais Psiquiátricos, e em outros serviços governamentais e não governamentais que violem estes direitos. (Eixo III. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial);

608. A proposição de um marco legal para a abolição das práticas de tratamento cruel ou degradante, como lobotomia, psicocirurgia, eletroconvulsoterapia (ECT), contenções físicas e químicas permanentes, internações prolongadas e maus tratos físicos contra pessoas em sofrimento psíquico. (Eixo III. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial);

609. Fortalecer os Conselhos de Saúde, suas Comissões de Saúde Mental e Conselhos de Direitos Humanos, para que averiguem, com a participação de usuários, a violação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos, principalmente no que se refere às mortes por violência. Outra medida adicional é a criação, nas três esferas de governo, de uma comissão permanente de direitos humanos que atue junto ao Ministério Público, envolvendo de forma paritária usuários, trabalhadores e gestores. Além disso, também se requer articular, sensibilizar e capacitar as Secretarias de Segurança Pública (delegacias de grupos vulneráveis, Institutos de Medicina Legal IML e outras delegacias) e órgãos afins, para garantir escuta especializada à pessoa com transtorno mental que sofre violência ou agressão. (Eixo III. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial);

612. Necessidade de cursos permanentes de formação em direitos humanos para usuários, familiares e profissionais, incentivando a capacidade de autoconfiança; promover campanhas educativas em todos os níveis; inserir a temática "Direitos Humanos e Saúde Mental" na Política Nacional de Educação, nas três esferas de governo, garantindo espaço de diálogo, debate e possibilidade de prevenção da violência e construção da cultura de paz e o lazer. (Eixo III. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial);





618. Articular os serviços de saúde mental com órgãos de justiça e direitos humanos para atendimento e acompanhamento aos usuários de saúde mental no fortalecimento de seus direitos. (Eixo III. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial);

621. Garantir proteção aos defensores de direitos humanos, visto que com frequência e facilidade os hospitais psiquiátricos permanecem impunes e ainda se julgam no direito de requerer indenização, como forma de silenciar os defensores de direitos humanos no campo da reforma psiquiátrica antimanicomial. (Eixo III. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial);

634. Implantar estratégias de atenção, sob enfoque de gênero, à saúde mental das mulheres para: promover a integração com setores da sociedade civil, fomentando a participação nas definições da política de atenção às mulheres com sofrimento psíquico; defender que a descriminalização do aborto seja uma realidade no país e que os serviços de saúde viabilizem esse procedimento (Eixo III. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial);

577. Garantir que os estados implementem o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM), conforme Decreto Nº 6.231, de 11 de outubro de 2007 (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais).

As deliberações da *III Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo* relacionadas ao campo do *advocacy* indicam o seguinte (PMSP, 2013):

→ Garantir o acesso ao tratamento adequado sem qualquer forma de violação dos direitos humanos (...) reivindicamos o encerramento dos convênios com as comunidades terapêuticas (Eixo I - Seguridade Social e Direitos Humanos).

O *I Plano Municipal de Políticas para Mulheres 2017-2020*, realizado a partir da 5ª Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres, indica a priorização das ações a seguir, relacionadas com o *advocacy* (PMSP, 2016a):

→ Fomentar a participação de mulheres no setor de ciência, tecnologia e inovação (Eixo 2 - Autonomia Econômica, Trabalho e Desenvolvimento);

→ Consolidar, na política educacional do município, a perspectiva de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e diversidades (Eixo 3 - Educação, Igualdade de Gênero e Comunicação Não-sexista);

→ Fortalecer a comunicação como instrumento de construção de igualdade de gênero e emancipação das mulheres (Eixo 3 - Educação, Igualdade de Gênero e Comunicação Não-sexista);



→ **Promover a equidade de gênero** e valorização das expressões culturais das mulheres em sua diversidade (Eixo 6 - Direito à Cidade e Cidadania Cultural);

→ **Promover o direito à cidade para as mulheres por meio da prevenção da violência de gênero** e da ocupação dos espaços públicos (Eixo 6 - Direito à Cidade e Cidadania Cultural).

As propostas priorizadas na *4ª Conferência Municipal da Juventude* e relacionadas ao campo do *advocacy* indicam o seguinte (PMSP, 2019):

→ **Criação de campanhas e cursos de formação** em espaços públicos que enfatizem o papel da escolha sobre “ser mãe” e sobre o casamento, principalmente precoce, e acerca de temas como gênero, feminismo e masculinidade (Eixo III - Igualdade de Gênero);

→ **Promover campanhas de incentivo** ao ingresso das mulheres em campos de ciência e tecnologia (Eixo III - Igualdade de Gênero);

→ **Alterar a legislação de cotas** para que se tenha uma **maior proporção de pessoas com deficiência (PCDs)** em relação a quantidade de trabalhadores (Eixo IV - Trabalho Decente);

→ **Ter auxílio jurídico gratuito** para jovens de 15 a 29 anos, relacionado a questões trabalhistas (Eixo IV - Trabalho Decente);

→ **Criação de um programa de assistência jurídica, psicológica e social da Prefeitura**, em parceria com as Universidades que já ofertam esse programa, presente em, ao menos, todas as subprefeituras (Eixo VII - Paz, Justiça, Parcerias e Instituições Eficazes).

Os posicionamentos do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil* relacionados ao campo do *advocacy* indicam o seguinte (BRASIL, 2014b).

→ **Posição contrária** a todo e qualquer projeto de lei ou proposta de emenda constitucional que pretenda: **reduzir ou mesmo suprimir a idade de maioridade penal**; atribuir ou imputar responsabilidade penal a crianças e adolescentes;

→ **Divulgar informações sobre a RAPS [Rede de Atenção Psicossocial] para adolescentes** de forma que possibilite a compreensão destes sobre a Rede, utilizando vários meios de mídia, como televisão, rádio, redes sociais etc.





O I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil – CAPSij traz como indicações relacionadas ao *advocacy* o fato de **que crianças e adolescentes sejam reconhecidos como seres em desenvolvimento** - temporariamente incompletos e vulneráveis - e, que justamente por esta condição, **demandam maiores e mais garantias de direito** (PMSP, 2016b).

A partir da perspectiva dos atores-chave entrevistados, são indicadas as ações prioritárias a seguir, relacionadas com o *advocacy*:

- **Incidência política para cobrir lacunas de formação de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) durante o ensino da graduação.** Tal estratégia visa o fortalecimento de intervenções estratégicas para a saúde mental de adolescentes e mulheres, contemplando os avanços históricos da legislação da reforma psiquiátrica no Brasil, a Doutrina da Proteção Integral da criança e do adolescente e os direitos das mulheres (E14);
- **Atuação das organizações da sociedade civil a partir da perspectiva de restituição, promoção e garantia de direitos** frente às diversas violações produzidas pelas desigualdades de acesso e vivenciadas por adolescentes e mulheres (E14);
- **A defesa do direito de que adolescentes sejam submetidos a Depoimentos sem Dano**, metodologia destinada a amenizar a revitimização de crianças e adolescentes quando inquiridas pelo poder judiciário (E07);
- **Campanha com o mote “Adolescente não trabalha” e “Jovem não trabalha”**, da mesma forma como foi realizado historicamente em relação às crianças, de tal modo a disseminar outras formas de enfrentar a pobreza que não impliquem o trabalho de jovens (E14).

Ainda em relação ao trabalho de adolescentes, vale fazer alguns comentários. De acordo com a Constituição, **eles têm direito à capacitação profissional**, sendo asseguradas pela legislação as modalidades de *aprendiz* (a partir dos 14 anos) e com *carteira assinada* (trabalhadores com 16 e 17 anos). Para estas categorias permitidas, devem ser observadas as condições de garantia de acesso e frequência obrigatória ao ensino regular e de compatibilidade com o estágio de desenvolvimento do adolescente, além da proibição ao trabalho noturno, insalubre e perigoso.

Ao mesmo tempo, é importante lembrar que crianças e adolescentes também têm o direito de não trabalhar, o que torna fundamental a análise dos contextos sociais que criam a necessidade de atividade laboral. Segundo Pereira *et al.* (1994), a pobreza persistente leva os adultos a incluírem seus filhos nas estratégias de sobrevivência da família, fazendo com que o trabalho esteja muito presente na vida de crianças e adolescentes das camadas mais vulneráveis. Ainda de acordo com Pereira *et al.* (1994), o mais comum é que



adolescentes e jovens estejam envolvidos em ocupações que exigem pouca ou nenhuma qualificação e que não trazem perspectivas para o futuro.

Nesse sentido, e considerando a importância dos contextos em que se dão as oportunidades de trabalho para adolescentes, **a discussão sobre a inserção laboral deve estar atenta às referências indicadas na Agenda Nacional de Trabalho Decente para a Juventude²**, elaborada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). O documento define como prioridades i) a melhoria do acesso e da qualidade da educação em todos os níveis; ii) a ampliação das possibilidades de conciliação entre trabalho, estudos e vida familiar; iii) a promoção de mais e melhores empregos, com igualdade de tratamento e de oportunidades e combate às causas de rotatividade; e iv) o aumento e fortalecimento do diálogo social sobre as alternativas para melhorar a inserção dos jovens no mercado de trabalho, estimulando a participação juvenil nos instrumentos de defesa de direitos do trabalho.

Aspectos de implementação

Ao implementar ações de *advocacy* é importante ter em mente que alguns aspectos podem atuar como barreiras, dificultando a efetividade das ações, enquanto outros podem ser facilitadores, favorecendo-as.

BARREIRAS

Legislação inefetiva

Embora a legislação seja essencial para proteger os direitos e interesses de crianças e adolescentes, **a discrepância entre as leis estabelecidas e as práticas cotidianas é uma barreira para a implementação de ações de garantia de direitos** (PATTON *et al.*, 2016). Nesse sentido, estudos sobre países de renda baixa e média sugerem que o endosso à *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança* não está correlacionado com o desenvolvimento de políticas ou programas específicos para apoiar os serviços de saúde mental de crianças e adolescentes (KIELING *et al.*, 2011). As leis muitas vezes são inefetivas quando não existem ações para mudar atitudes comunitárias e profissionais (PATTON *et al.*, 2016).

² A Agenda Nacional de Trabalho Decente para a Juventude, está disponível em: https://www.ilo.org/brasil/temas/emprego/WCMS_618423/lang-pt/index.htm



BARREIRAS

No Brasil, o histórico de direitos garantidos em lei para adolescentes e mulheres é recente, e ainda não foi completamente assimilado pelas instâncias de poder superiores. No caso de adolescentes, os direitos à privacidade, os direitos sexuais e reprodutivos, além do direito de serem escutados, são comumente negados por instituições de justiça e de execução de políticas públicas, o que tem grande impacto no sofrimento mental dessa população. Uma atuação conservadora e punitiva do poder judiciário, se contrapõe à perspectiva da defesa de direitos e a um olhar mais humanizado e contextualizado a partir dos territórios de vida, dificultando o acesso às redes de proteção, à saúde, à educação e à cultura, entre outros (E06, E10).

Estigma e Preconceito

O estigma e o preconceito relacionados à saúde mental são muito comuns em nossa sociedade, e muitas vezes fazem com que o sofrimento seja compreendido como preguiça e falta de vontade, o que pode constituir um grande desafio para ser trabalhado junto às comunidades (E13).

Agendas não comunicantes

Agendas de *advocacy* competitivas, paralelas e não comunicantes, realizadas por entidades de proteção jurídica e social, são barreiras importantes para a efetivação de mobilização social e articulação entre instituições (E07).



FACILITADORES

Legislação protetiva e Convenções Internacionais

Ainda que a existência de leis e convenções internacionais não representem garantia de proteção às crianças e adolescentes, não há dúvidas de que avanços sustentáveis dependem de uma legislação de referência. Estudos indicam que a adoção da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) pode afetar positivamente o *advocacy* em nível nacional para o desenvolvimento de serviços de saúde mental infantil e para o tratamento humanizado das pessoas com problemas de saúde mental (KIELING *et al.*, 2011).

No Brasil, a adoção do paradigma da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, a partir dos pilares de i) interesse superior da criança, ii) do protagonismo e iii) do direito ao desenvolvimento, previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na Convenção dos Direitos da Criança, é essencial para se efetivar a mudança jurídico-política frente ao paradigma anterior, também conhecido como Doutrina do “Menorismo”³ (E07).

Alfabetização em saúde mental e combate ao estigma

Ações de aumento do conhecimento público, como a promoção da alfabetização em saúde mental, o combate ao estigma e a percepção da necessidade de serviços, ajudam a reduzir barreiras de acesso e têm um efeito significativo na busca de ajuda e na efetivação de direitos (KIELING *et al.*, 2011; JORDANS *et al.*, 2010; PATTON *et al.*, 2016).

Envolvimento das partes interessadas

Ações de *advocacy* são potencializadas a partir da articulação e composição em coletivos que realizam trabalho territorial, quando buscam fortalecê-los e divulgar a sua atuação. Aproximar-se de organizações do terceiro setor que trabalham junto às instituições do governo local pode ser uma forma para incidir sobre as políticas públicas (E09). Além disso, é fundamental que as ações de *advocacy* sejam construídas e implementadas com a efetiva participação de crianças, adolescentes e mulheres (E07).

³ O “menorismo” é uma herança do Código de Menores de 1927, considerado um instrumento de vigilância e controle sobre as populações mais vulneráveis, na medida em que considerava crianças e adolescentes como objetos à disposição dos adultos e do Estado (NAKAMURA, 2019).



FACILITADORES

Neste sentido, estratégias de comunicação sobre a saúde e o bem-estar de adolescentes ou mulheres devem considerar não só as informações dos diferentes órgãos de governo (local, subnacional ou nacional), agências internacionais e financiadores globais, mas também o devido envolvimento de grupos da sociedade civil fora do governo. No caso dos adolescentes, por exemplo, é interessante envolver organizações de jovens, profissionais que trabalham com adolescentes, acadêmicos e a indústria privada, já que todos esses são partes interessadas essenciais neste processo (PATTON *et al.*, 2016).

É interessante que as estratégias de comunicação não visem apenas as atitudes e valores dos públicos-alvo, mas também suas famílias e comunidades mais amplas. As parcerias com profissionais de mídia e comunicação podem apoiar a criação dessas estratégias (PATTON *et al.*, 2016).

Exemplos de Intervenção

- **Intervenção de enfrentamento à violação de exposição de crianças e adolescentes na mídia, sobretudo dos que praticaram ato infracional:** tal como a publicação do Centro de Defesa da Criança e Adolescente (CEDECA) do Ceará que contabilizou a exposição de crianças e adolescentes em programas policiais televisivos. A ação foi potencializada e disseminada pela Agência Nacional pelos Direitos da Criança (ANDI), que produz orientações para jornalistas e estratégias para melhorar a linguagem de programas de rádio, jornal e televisão (E07)⁴.
- **Incidência jurídico-política do CEDECA/Sapopemba (São Paulo/SP) a partir da elaboração do *Dossiê sobre Saúde Mental em Sapopemba*** lançado em evento com participação do Ministério Público e Secretarias de Saúde e Assistência Social em 2018. O documento denunciou as lacunas e necessidades de avanços na implementação de políticas públicas que possibilitem o acesso ao direito à saúde mental em seu território de atuação (E10, E13).
- **Incidência política por meio da atuação cotidiana e coletiva dos Centros de Defesa de São Paulo, com apoio da Defensoria Pública, para prevenir violações** relacionadas a casos forjados, ao extermínio, ao espancamento e às demais violências praticadas contra adolescentes e jovens. Outra ação relacionada diz respeito à intervenções para encerramento

⁴ Para conhecer mais sobre o papel da imprensa na garantia dos direitos de crianças e adolescentes, acesse o link: http://cedecaceara.org.br/site/wp-content/uploads/2019/08/comunicacao_e_infancia_cedeca_ce.pdf



de medidas socioeducativas de adolescentes, frente a impossibilidade de se cumprir a prestação de serviços à comunidade no contexto da pandemia por COVID-19 (E10, E12).

→ **Estratégias de prevenção do suicídio**, como uma campanha nacional da Suécia, que divulgou mensagens simples, **voltadas para promoção de fatores de proteção**, como a convivência familiar saudável, a partir de outdoors espalhados com os dizeres: “jante com a sua família”. Essa campanha teve como objetivo estimular a convivência familiar, sem explicitar diretamente a relação com a prevenção ao suicídio. Houve resultados positivos nos indicadores nacionais de acompanhamento do suicídio (E15).





2. EMPODERAMENTO

Descrição

O empoderamento é o processo em que grupos tradicionalmente desfavorecidos pelo comprometimento de sua saúde mental podem superar barreiras e exercer plenamente seus direitos com crescente protagonismo.

Há diferentes estratégias que podem favorecer o empoderamento de adolescentes e mulheres. A seguir são destacados os tipos mais frequentes de intervenção:

a. Programas de apoio e suporte - Podem consistir na formação de grupos que envolvem adolescentes e mulheres em geral, ou que estão direcionados a grupos específicos dentro dessas populações, como usuários dos serviços de saúde mental. Iniciativas desse tipo também podem estar direcionadas às famílias dos adolescentes ou mulheres. (OMS, 2004; 2013; 2017; 2019a; OPAS, 2018).

b. Fornecimento de educação e treinamento - Envolve a produção de cartilhas, cursos, oficinas, entre outros que abordem diferentes temas de saúde mental, incluindo questões como a responsabilidade da comunidade e de gestores públicos no cuidado com a saúde mental e no controle social das políticas, a superação do estigma e o acesso aos serviços disponíveis à população. Essas iniciativas podem estar direcionadas a mulheres, adolescentes, familiares, cuidadores, comunidades e gestores públicos. Por vezes elas são acompanhadas pela formação de multiplicadores pertencentes ao próprio público-alvo (OMS, 2004; 2013; 2017; 2019a; OPAS, 2018). Especificamente para mulheres, pode ser considerada a criação de espaços seguros e de mentoria para desenvolver habilidades de autoeficácia, assertividade, negociação e autoconfiança, voltados para o empoderamento econômico e social (OMS, 2019b).

c. Mecanismos para ampliar a participação política - Iniciativas que buscam ampliar a presença dos adolescentes e mulheres na governança, formulação, implementação e monitoramento e avaliação de programas e políticas. Pode ser de forma mais pontual, por meio da realização de conferências por exemplo, ou de forma mais permanente por meio da criação de fóruns, de conselhos ou do estabelecimento de cotas de participação (OMS, 2004; 2013; 2017; 2019a; OPAS, 2018).

d. Apoio à criação e ao fortalecimento de organizações representativas - Para além da presença de indivíduos em espaços de tomada de decisão, a presença de organizações que representem as demandas de adolescentes e mulheres também favorece que os direitos desses grupos sejam garantidos e que suas perspectivas sejam levadas em consideração. O apoio para que essas organizações dialoguem com outros setores da sociedade também pode se mostrar estratégico (OMS, 2004; 2013; 2017; 2019a; OPAS, 2018).



Mapeamento de prioridades e lacunas

As estratégias de empoderamento foram objeto de deliberação de instâncias de controle e participação social, nacionais e locais, além de terem sido mencionadas nas entrevistas realizadas pelo projeto. As considerações mais relevantes nesse sentido são apresentadas a seguir.

As deliberações da *IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial* indicam o seguinte relacionado ao *empoderamento* (BRASIL, 2010):

305. A consolidação do processo de reforma psiquiátrica torna **imprescindível o fortalecimento dos movimentos sociais, das associações de familiares e usuários** nos serviços de saúde mental, em serviços da rede e na comunidade, instituindo movimentos para que o usuário possa ter garantidos seus direitos de cidadão, de forma a superar preconceitos e ser protagonista de seu próprio tratamento (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

581. Criar Fórum Permanente, reunindo as instituições voltadas para abordagem de questões relacionadas à infância e à adolescência, seguindo a modalidade dos Fóruns Intersetoriais Infantis e Juvenis (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

582. Estimular a criação de associações de pais e familiares de usuários da rede de saúde mental intersetorial infantil e juvenil (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

123. A divulgação dos Direitos dos Usuários e da existência de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental é uma forma de contribuir com o processo de conhecimento da comunidade sobre sua responsabilidade, bem como a do poder público, e sua importância na sociabilidade do usuário de saúde mental na sociedade, na diminuição do estigma associado ao transtorno mental (Eixo I - Políticas Sociais e Políticas de Estado);

122. A ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e a qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação, e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental. As capacitações para o exercício do controle social devem contemplar temáticas de saúde mental e serem feitas em parcerias com universidades. (Eixo I - Políticas Sociais e Políticas de Estado).





As deliberações da *III Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo* indicam o seguinte com relação ao *empoderamento* (PMSP, 2013):

→ **Ampliar o controle social, realizando formação, cursos, oficinas, debates e seminários para fortalecer os conselhos gestores, conscientizando a comunidade sobre os direitos e acesso aos serviços. Realizar trabalho em rede com trabalhadores e gestores e obter subsídios para cartilhas, informativos e folders com temas em saúde mental (PMSP, 2013).**

O *I Plano Municipal de Políticas para Mulheres 2017-2020*, realizado a partir da 5ª Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres, indica a priorização das ações a seguir, relacionadas com o *empoderamento* e componentes do “Eixo I- Participação Política, Poder Público, Democracia e Transparência” (PMSP, 2016a):

- **Fortalecer o Conselho Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres da cidade de São Paulo;**
- **Consolidar os Fóruns Regionais para Mulheres nas cinco regiões, bem como os 32 fóruns locais no âmbito das 32 subprefeituras, enquanto espaços de participação, fiscalização e controle social das políticas para mulheres;**
- **Fortalecer a Lei 15.946/2013 e o Decreto 56.021/2015, os quais garantem o mínimo de 50% de mulheres nos espaços de Participação e Controle Social da Cidade.**

As propostas priorizadas na *4ª Conferência Municipal da Juventude* indicam o seguinte sobre *empoderamento* (PMSP, 2019):

→ **Participação política por meio da alteração da lei que diz respeito ao coeficiente de participação da juventude, em seus variáveis recortes racial, de gênero e social, nos conselhos e espaços de decisão. Conscientizando e fortalecendo populações de regiões periféricas implementando conselhos distritais (Eixo V - Redução das Desigualdades);**

Os posicionamentos do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil* indicam o seguinte no que se refere ao *empoderamento* (BRASIL, 2014b):

- **Garantir a participação de jovens nos fóruns municipais, estaduais, regionais e nacional de saúde mental infantojuvenil, desde a sua organização, com a proposta de formar “multiplicadores”;**
- **Tornar as reuniões do fórum nacional e dos demais espaços coletivos de deliberação mais atraentes ao público de adolescentes e jovens;**
- **Construir estratégias de formação de jovens multiplicadores em atenção psicossocial infantojuvenil.**



O I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil - CAPSIJ traz como indicação sobre *empoderamento* a necessidade de se produzir uma “cartilha” sobre a atenção psicossocial a partir da linguagem dos usuários adolescentes e de seus pontos de vista. Além disso, faz um alerta de que o direito ao exercício político dos adolescentes não está garantido e deve ser promovido permanentemente (PMSP, 2016b).

A partir da perspectiva dos atores-chave entrevistados, são indicadas as ações prioritárias a seguir, relacionadas com o *empoderamento*:

- Fortalecer o protagonismo de adolescentes e mulheres na defesa de seus direitos nos espaços de debates políticos, de forma a garantir e ampliar seu poder de participação, liberdade de associação e exercício político em Conferências, Encontros, Fóruns e demais espaços (E01, E04, E05, E07);
- Levantar as demandas de coletivos formados por adolescentes e mulheres, atuantes nos territórios, além de se atentar às diferenças de classe, raça e gênero (E01, E03);
- Produzir um “manual” sobre o trabalho e a função dos CAPSij, que seja escrito a partir do ponto de vista de seus participantes (E14);
- Utilizar estratégias metodológicas para garantir a escuta e ampliar a participação de adolescentes como sujeitos de direitos, como iniciativas de participação sem mediação de adultos. Radicalizar os processos de participação conquistados por adultos do movimento da luta antimanicomial, adotá-los e legitimá-los junto aos adolescentes em sofrimento mental, de forma a combater a lógica tradicional das instituições e serviços públicos de idealizar o que é melhor para a infância e adolescência a partir da perspectiva dos adultos (E01, E07).





Aspectos de implementação

Ao implementar ações de *empoderamento* é importante ter em mente que alguns aspectos podem atuar como barreiras, dificultando a efetividade das ações, enquanto outros podem ser facilitadores, favorecendo os esforços.

BARREIRAS

Ausência de conscientização pública

As lacunas de conscientização pública sobre a saúde mental de adolescentes e mulheres consistem em importante barreira para o exercício pleno de direitos. No caso de crianças e adolescentes, a revisão da literatura sobre este assunto apresenta como obstáculos para o acesso aos cuidados: falta de conscientização dos pais e filhos sobre transtornos e serviços de saúde mental; falta de entendimento por profissionais de saúde e professores sobre problemas de saúde mental; o estigma, a discriminação e a exclusão relacionados aos problemas de saúde mental (JORDANS *et al.*, 2010).

Contexto cultural debilitador

Há diferentes aspectos do contexto cultural que têm sido apontados como relevantes frente às ações de empoderamento. O contexto cultural centrado em homens adultos constitui uma barreira para o empoderamento na medida em que os adolescentes são vistos e tratados como subordinados e há falta de confiança sobre suas capacidades de engajamento, além de que mulheres costumam ser excluídas de processos de tomada de decisão (PATTON *et al.*, 2016).

Além disso, a postura moral enraizada no paradigma do “menorismo”, reproduzida por profissionais de educação e da saúde, está na base dos processos de invalidação e de ausência de escuta de adolescentes, em especial aqueles com sofrimento mental ou em uso prejudicial de drogas. A utilização de estratégias de participação que produzam autonomia e emancipação são uma forma de que as organizações se contraponham às perspectivas negligentes, punitivistas, disciplinadoras e persecutórias ainda existentes (E07).

Por fim, a recente fragmentação espacial das pessoas, e dos adolescentes em especial, com cada vez menos companhia presencial e imersos em tecnologias virtuais, leva à diminuição das trocas entre pares, produzindo dificuldades para o desenvolvimento de modos de sociabilidade e uma profunda solidão (E03).



BARREIRAS

Dimensões estruturais restritivas

Arranjos burocráticos inflexíveis, investimentos insuficientes para apoiar o engajamento contínuo de adolescentes e de mulheres, aliados a políticas restritivas, constituem fatores limitantes para o empoderamento. Além disso, é importante destacar que poucos esforços envolvem significativamente os jovens mais marginalizados, que poderiam incluir minorias étnicas, jovens soropositivos, adolescentes casados, jovens com deficiência, jovens LGBT, jovens vivendo na pobreza, aqueles com menor escolaridade e adolescentes muito jovens (PATTON *et al.*, 2016).

Renovação constante

À medida que os adolescentes crescem, seus lugares como jovens líderes devem ser tomados pela próxima geração. Mais do que qualquer outro campo da saúde, o engajamento dos jovens requer renovação contínua (PATTON *et al.*, 2016).

FACILITADORES

Senso de ação

A criação de um senso de ação é uma importante justificativa para a criação de oportunidades para que os adolescentes e mulheres exerçam a autodeterminação. Isso pode acontecer por meio da participação significativa na tomada de decisão que afeta suas vidas e suas comunidades, ocorrendo de maneira apoiada e facilitada pelos demais. O empoderamento progressivo dos adolescentes, à medida que amadurecem, também afeta sua percepção de ação em torno da saúde. Assim, o engajamento de adolescentes e jovens adultos em torno da saúde pode começar com o indivíduo e pode se deslocar para a clínica e os níveis comunitários, e também para plataformas nacionais e internacionais. Essas estratégias são particularmente importantes para adolescentes marginalizados socialmente, como adolescentes em contextos de desigualdade de gênero (PATTON *et al.*, 2016).

Além disso, adolescentes e jovens adultos fazem uma contribuição essencial para a concepção e implementação de programas e políticas que os afetam, assim como seus pares. Nesse sentido, com estruturas, apoio e processos para fazê-lo de forma eficaz, o engajamento significativo leva a comunidades mais saudáveis, mais justas e igualitárias (PATTON *et al.*, 2016; PMSP, 2016b). De acordo com a OMS, programas eficazes de saúde de adolescentes exigem o envolvimento de jovens em nível local, nacional e internacional (PATTON *et al.*, 2016).



FACILITADORES

Estratégias de formação

Para se engajar de forma mais eficaz, os jovens precisam de recursos (inclusive financeiros), treinamento, mentoria contínua e sensibilização para processos políticos e de gestão. Eles também precisam de plataformas e mecanismos de engajamento, os quais são colocados em prática e apoiados por adultos. Neste sentido, a criação de sistemas de formação, mentoria e participação de jovens defensores da saúde tem o potencial de transformar modelos tradicionais de assistência à saúde para criar sistemas de saúde realmente voltados aos adolescentes (PATTON *et al.*, 2016).

Relações igualitárias

Relações mais igualitárias entre jovens e adultos são essenciais para um engajamento significativo. Um ponto de partida para tais relações é a rejeição da suposição de que os adultos conhecem melhor. O engajamento bem-sucedido enfatiza a capacidade de adolescentes e jovens trabalharem em parceria com adultos. Isso geralmente requer tanto processos para promover a participação ativa dos jovens (formação de jovens para falar) quanto as respostas dos adultos (formação de adultos para ouvir) (PATTON *et al.*, 2016).

Estudos indicam que quanto maior o nível de controle e responsabilidade dos jovens, maior é a eficácia do engajamento, seja em torno de sua própria saúde ou em torno de políticas e programas que afetam os outros (PATTON *et al.*, 2016). Nesse sentido, promover uma mediação não tutelar e abandonar a postura centrada nos adultos são movimentos necessários para o efetivo empoderamento (E01, E04, E07).

As formas como os adolescentes tomam decisões, incluindo as que afetam sua saúde, diferem das dos idosos. Uma diferença notável é o efeito da presença de pares, que afeta o processamento de informações sociais e influencia o modo como enxergam o mundo e como são vistos (PATTON *et al.*, 2016). Desta forma, as relações positivas com os pares, e também as atividades em grupo, são reconhecidas como fatores de proteção para os jovens em situação de adversidade, contribuindo para restaurar o tecido social danificado e para o desenvolvimento de relações de confiança mais fortes. (JORDANS *et al.*, 2010).

Por fim, experiências de “educação por pares” entre adolescentes e jovens têm mostrado resultados positivos para aqueles que conduzem os programas (ou seja, os próprios educadores). Eles têm maior autoconfiança, melhores comunicações, liderança e habilidades interpessoais, maiores aspirações e menores taxas de comportamentos de risco à saúde (PATTON *et al.*, 2016).



FACILITADORES

Espaços que produzem engajamento

As oportunidades de engajamento para adolescentes e mulheres podem acontecer no cotidiano das instituições com as quais estão envolvidos. O maior envolvimento de adolescentes e jovens adultos na educação, em um emprego e em organizações comunitárias de jovens também oferece novos contextos para um engajamento significativo (PATTON *et al.*, 2016).

É importante que se produzam espaços de encontro atraentes, bonitos, festivos e que valorizem a linguagem de adolescentes e mulheres, para que se aproximem, permaneçam e convidem seus pares (E01, E05, E09). Nesse sentido, de acordo com o Ministério da Saúde, quando crianças e adolescentes têm a oportunidade de falar sobre si e se identificar com suas próprias histórias, surgem possibilidades de encontrar novos significados e formas de inserção na sociedade e na família (BRASIL, 2014a).

Uso da Tecnologia

A variedade de novos métodos de comunicação pode criar um ambiente sustentável para os jovens se engajarem em torno de sua saúde e de suas comunidades. O crescente uso de dispositivos móveis, redes sociais e tecnologias digitais, oferece diversas oportunidades de engajamento, permitindo que adolescentes estejam conectados aos seus pares, facilitando processos de mobilização e criando seus próprios conteúdos. Além disso, o uso da tecnologia pode estar relacionado a menores custos para a realização de atividades, tanto no que diz respeito ao engajamento quanto ao acesso a ações de saúde remotas. Entretanto, é necessário criar condições para que a mobilização virtual se concretize no “mundo real”. Isso requer investimento financeiro, parcerias fortes com adultos, treinamento e mentoria, além da criação de estruturas e processos que permitam o envolvimento de adolescentes e jovens adultos na tomada de decisão (PATTON *et al.*, 2016).



Exemplos de Intervenção

→ **Apoio entre pares:** fortalecimento entre pares realizado pela UNICEF por meio do programa *Plataforma dos Centros Urbanos*⁵; organização política de crianças e jovens do Movimento dos Trabalhadores sem Terra, denominados de *Sem Terrinhas*⁶; coletivos da periferia, do centro e da zona norte de São Paulo que discutem questões de gênero e sexualidade; *Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA)*⁷ que marcha em conjunto com mulheres da periferia, combatendo o feminismo elitizado que por vezes não se volta às comunidades (E01).

→ **Controle Social, engajamento e participação nas políticas públicas:** mobilização prévia e participação de adolescentes nas Conferências Lúdica e Convencional dos Direitos da Criança e do Adolescente do município de São Paulo/SP; formação política e discussão sobre orçamento público e financiamento realizada pelo CEDECA Ceará, a partir do lugar de vivência de adolescentes e crianças; Encontro de CAPSij, Fóruns da Criança e Adolescente, como o *Fórum em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente do Butantã, o FoCA – BT*⁸ (E07).

→ **Monitoramento e avaliação:** ações da *Casa dos Meninos*⁹ em que jovens monitoram as propostas aprovadas nas Conferências Convencional e Lúdica do município, de acordo com os bairros e distritos locais que as propuseram, a partir do aprendizado de ferramentas tecnológicas de georreferenciamento; *Observatório Ecos e Reflexos*¹⁰, ligado ao CEDECA Sapopemba e composto por jovens de regiões periféricas, que acompanham e monitoram a realidade das violências sofridas e produzem subsídios e perguntas para pesquisas (E07, E13).

→ **Metodologias participativas, sem mediação de adultos:** a *Rádio Cala-boca já morreu*¹¹, atua na produção e transmissão de programas feitos por meio da educomunicação, por e para crianças e adolescentes; a *Revista Viração*¹², produzida inteiramente por jovens e para jovens, é uma experiência importante de produção de conhecimento e conteúdo (E07, E09).

5 Para conhecer mais sobre a Plataforma dos Centros Urbanos, acesse o link: <https://www.unicef.org/brazil/plataforma-dos-centros-urbanos>

6 Para conhecer mais sobre os “Sem Terrinhas”, acesse o link: <https://www.brasildefatores.com.br/2019/10/11/encontro-dos-sem-terrinha-debate-educacao-publica-e-a-qualidade-no-campo>

7 Para conhecer mais sobre a RENFA, acesse o link: <https://www.fundobrasil.org.br/projeto/rede-nacional-de-feministas-antiproibicionistas-renfa/>

8 Para conhecer mais sobre o FoCA – BT, acesse o link: <https://www.facebook.com/FOCABt/>

9 Para conhecer mais sobre a Casa dos Meninos, acesse o link: <http://www.casadosmeninos.org.br/>

10 Para conhecer mais sobre o Observatório Ecos e Reflexos, acesse o link: <https://www.instagram.com/ecosereflexosbrasil/>

11 Para conhecer mais sobre a Rádio Cala-boca já morreu, acesse o link: <http://www.cala-bocaja-morreu.org/>

12 Para conhecer mais sobre a Revista Viração, acesse o link: <https://viracao.org/>



→ **Mobilização social:** as experiências de ocupações em escolas públicas de São Paulo/SP por estudantes secundaristas em 2015¹³ e o *Movimento Passe Livre*¹⁴, composto por adolescentes e jovens, que produziram um caldo cultural fundamental para pensar a escola e o lugar dos jovens no mundo (E07).

13 Para conhecer mais sobre as ocupações em escolas públicas de São Paulo/SP por estudantes secundaristas em 2015, acesse o link: https://pt.wikipedia.org/wiki/Mobiliza%C3%A7%C3%A3o_estudantil_em_S%C3%A3o_Paulo_em_2015

14 Para conhecer mais sobre o Movimento Passe Livre, acesse o link: <https://saopaulo.mpl.org.br/apresentacao/>





3. SUPORTE SOCIAL

Descrição

Estratégias intersetoriais que visam fortalecer redes comunitárias, promover o desenvolvimento social, vidas saudáveis e inclusão social. Essas intervenções buscam com frequência reduzir o ciclo de pobreza e prevenir a violência (ONU MULHERES, 2016; OMS, 2004; 2012; 2013; 2019b; OPAS, 2018). Ainda que muitas vezes sejam iniciativas intersetoriais, as intervenções podem estar especialmente direcionadas a dar acesso a:

a. Educação - reconhecendo o papel estratégico da educação para a promoção de ambientes e ações que visem desenvolvimento saudável, acolhida, aceitação e espaços reflexivos e críticos (BRASIL, 2014b). Diferentes tipos de intervenções podem ser promovidos para garantir o acesso à educação de qualidade (PATTON *et al.*, 2016), tornar a experiência educativa mais pertinente e atenta às identidades dos adolescentes, desenvolver habilidades para a vida, abordar temas de saúde e melhorar o ambiente emocional, além de superar a violência nas escolas.

b. Saúde e nutrição - as intervenções podem estar direcionadas a oferecer orientações de saúde mental e nutrição a adolescentes e mulheres, podendo inclusive ocorrer no espaço escolar no caso dos primeiros especialmente. Também pode haver iniciativas dirigidas a questões específicas como facilitar o acesso a serviços relacionados ao campo de álcool e outras drogas, ao direito ao aborto legal e ao acompanhamento de tratamentos hormonais.

c. Trabalho e geração de renda - são iniciativas que com frequência envolvem capacitação e preparação para o emprego ou para o empreendedorismo, sendo voltadas para adolescentes, mulheres, ou mesmo para famílias. As intervenções também podem envolver a ação conjunta com empresas e incluir uma maior atenção ao ambiente de trabalho. Com frequência, as estratégias nesse sentido estão baseadas na economia solidária, com o estabelecimento de cooperativas e cadeias produtivas, ou na transferência de dinheiro, na criação de poupanças e de empréstimos de microfinanciamento.

d. Cultura, esportes e recreação - uma vez que a inserção social também passa pela vida comunitária e familiar, há intervenções que buscam criar dispositivos de convivência e ampliar o acesso a atividades artísticas, esportivas, de lazer e relacionadas à preservação do meio ambiente. Essas iniciativas podem se dar por meio de organizações comunitárias ou em parceria com a rede pública.



e. Criação de ambientes seguros - Estratégias que tornem os ambientes seguros para mulheres e meninas, as quais podem ser aplicadas em escolas, espaços públicos e ambientes de trabalho. Inclui também iniciativas de prevenção de abuso contra crianças e adolescentes, com o estabelecimento de relações familiares estimulantes, a proibição de castigos corporais e a implementação de programas parentais (OMS, 2019b).

f. Promoção de igualdade - Estratégias que visam acabar com a discriminação contra mulheres e meninas e garantir direitos iguais na educação, na vida econômica e social, incluir a garantia de oportunidades iguais para as mulheres escolherem sua profissão e receber salários compatíveis. Devem levar em consideração problemas específicos de mulheres e meninas, em ambientes rurais e urbanos, e seu importante papel na sobrevivência de suas famílias (ONU MULHERES, 2016).

Mapeamento de prioridades e lacunas

As prioridades para as estratégias de *suporte social* têm sido discutidas em instâncias de controle e participação social, nacionais e locais, além de terem sido abordadas durante as entrevistas realizadas pelo projeto.

As deliberações da *IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial* relacionadas ao campo do *suporte social* indicam o seguinte (BRASIL, 2010):

176. O conjunto das proposições afirma a necessidade de **assegurar a definição e implementação**, nas três esferas de governo e do Distrito Federal, **de políticas públicas intersetoriais e inclusivas para atendimento** aos usuários de saúde mental, às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, à população de rua e às vítimas de violência, articulando e integrando as ações dos Poderes Públicos e da Sociedade Civil Organizada **nos âmbitos da saúde, educação, assistência social, cultura, habitação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, esporte, lazer e turismo. Estas políticas devem garantir a prevenção, promoção e reabilitação psicossocial**, pautadas nos princípios constitutivos do SUS, SUAS, da Política Nacional de Direitos Humanos, Reforma Psiquiátrica e demais Políticas Intersetoriais. Devem ser políticas que estimulem a construção de redes intersetoriais e interdisciplinares para grupos vulneráveis, que respondam às necessidades e respeitem às singularidades das pessoas em sofrimento psíquico, assim como garantam a inserção social através da criação de mecanismos de autogestão (Eixo I - Políticas Sociais e Políticas de Estado);



193. Garantir a **Economia Solidária** como política pública nas três esferas de governo através: do **reconhecimento e apoio aos projetos de incubação e trabalho** que ocorrem nos equipamentos públicos de saúde mental; da **regulamentação da lei de cooperativas sociais**; da implantação de ações estratégicas para **fomentar as cadeias produtivas solidárias**; da **capacitação dos empreendimentos de economia solidária** para todas as etapas do processo produtivo; favorecer, por meio de incentivos, as cadeias produtivas solidárias e, a disputa de mercado de consumo solidário; **incentivar ponto de comércio justo e solidário** (Eixo I - Políticas Sociais e Políticas de Estado);

557. Garantir a **elaboração intersetorial de projetos de promoção, prevenção e reabilitação em saúde**, que envolvam setores da sociedade civil, **recursos locais e comunitários**, os setores da assistência social, educação, esporte, lazer, cultura, saúde mental e atenção básica dirigidos à infância e adolescência, de acordo com os princípios do SUS (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

568. Garantir, **para toda a rede escolar, a estratégia de educação permanente na temática da saúde mental da infância e adolescência**, segundo os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

569. Estabelecer um **trabalho efetivo de integração e corresponsabilização entre os profissionais da saúde mental e da educação** no que se refere à melhor abordagem das situações-problema surgidas no espaço escolar envolvendo crianças e adolescentes com sofrimento psíquico (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

570. Garantir, através das equipes de saúde mental, a efetiva **realização do apoio matricial às escolas**, no sentido de evitar a estigmatização dos alunos com transtornos mentais e/ou daqueles com uso prejudicial de álcool e outras drogas (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

571. Implantar projetos piloto com objetivo de **avaliar a efetividade da articulação entre a área da Saúde e da Educação no cuidado continuado** de pessoas com autismo maiores de 18 anos, e de outros usuários adultos **anteriormente atendidos em serviços de saúde mental infantis e juvenis** (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

572. Realizar a **integração curricular de disciplinas que abordem a temática da prevenção e orientação em relação aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas** (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);



575. Implantar dispositivos de convivência para crianças e adolescentes em situação de ameaça, violação de direitos (vulnerabilidade) ou sofrimento psíquico, conforme o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS/SUAS), garantindo uma articulação permanente entre, e com, os recursos de saúde mental do território (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

576. Criar projetos intersetoriais, que incluam a Secretaria de Saúde, Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer, setores da Justiça, do Sistema de Garantia de Direitos e os órgãos executores das medidas socioeducativas, visando à integralidade do cuidado aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, de modo a assegurar a assistência em saúde mental, incluindo as demandas relativas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, assim como a convivência familiar e comunitária, a capacitação para o trabalho e o acesso a atividades de cultura e lazer (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

578. Capacitar os conselheiros tutelares nas questões relativas à saúde mental de crianças e adolescentes (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

700. Garantir a criação de editais e portarias específicas destinadas a fomentar atividades artísticas e culturais na saúde mental infantil e juvenil, respeitando a especificidade deste campo (Eixo III. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial);

935. Garantir a implantação de projetos sociais (PROJOVEM Adolescente, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil [PETI] e outros), e incentivar a participação de adolescentes nos mesmos, como forma de retirá-los de situações de vulnerabilidade social (Eixo III. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial).

As deliberações da *III Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo* relacionadas ao campo do *suporte social* indicam o seguinte (PMSP, 2013):

→ **Criar, ampliar e efetivar as políticas públicas com promoção, prevenção e assistência universal e integral** para pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial e/ou com sofrimento mental ou iminente risco psicossocial – crianças, **adolescentes**, população negra, população em situação de rua, **mulheres**, idosos, população carcerária, grupos indígenas, pessoa com deficiência, pessoas com abuso de álcool e outras drogas ou submetidas a medidas de segurança, entre outros, **que facilitem a articulação de setores nos cuidados** das pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade social (Eixo I - Seguridade Social e Direitos Humanos);



→ **Garantir a acessibilidade de crianças e adolescentes** [ao transporte público], ampliando os critérios utilizados, pelo São Paulo Transporte - SPTRANS e ATENDE com relação ao Código Internacional de Doenças CID, e nomeação de acompanhante único, bem como ampliar o atendimento aos usuários que apresentam dificuldade de locomoção por consequência do transtorno mental, sem deficiência física (Eixo III - Acesso, Qualidade e Humanização nos equipamentos de Saúde);

→ Realizar intervenções na articulação intersetorial, assistência social, trabalho, educação e cultura, esporte e lazer, programas de geração de emprego/renda, economia solidária e programas de sustentabilidade, capazes de **assegurar o direito ao mercado de trabalho, por meio de incentivos fiscais às empresas empregadoras. Proporcionar fomento às ações de economias solidária: grupos de geração de renda, cooperativas, feiras de trocas e programas de sustentabilidade** para as pessoas com transtornos mentais e pessoas com deficiência em processo de reabilitação (Eixo III - Acesso, Qualidade e Humanização nos equipamentos de Saúde).

O *I Plano Municipal de Políticas para Mulheres 2017-2020*, realizado a partir da 5ª Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres, indica a priorização das ações a seguir, relacionadas com o *suporte social* (PMSP, 2016a):

→ **Ampliar a oferta de equipamentos [de trabalho] que contribuam para a construção da autonomia** das mulheres e igualdade de condições (Eixo 2 - Autonomia Econômica, Trabalho e Desenvolvimento);

→ **Ampliar a oferta de cursos de formação profissional para as mulheres**, compreendendo áreas de atuação diversificadas, inclusive aquelas com menores índices de atuação feminina (Eixo 2 - Autonomia Econômica, Trabalho e Desenvolvimento);

→ **Construir a igualdade de oportunidades** por meio de ações e programas voltados para a **empregabilidade e formalização** da trabalhadora e de incentivos e apoio técnico às empreendedoras mulheres, com ênfase na **economia solidária** (Eixo 2 - Autonomia Econômica, Trabalho e Desenvolvimento);

→ **Promover a isonomia de rendimentos e a igualdade de tratamento no mundo do trabalho**, com equidade nos postos de trabalho e promoção do trabalho decente (Eixo 2 - Autonomia Econômica, Trabalho e Desenvolvimento);

→ **Promover a cidadania de mulheres em situação de prostituição e das prostitutas** (Eixo 2 - Autonomia Econômica, Trabalho e Desenvolvimento);



- **Promover o acesso das mulheres à educação de qualidade**, buscando elevar os níveis de escolaridade de mulheres negras, indígenas, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, imigrantes, com deficiência; atendendo aos recortes geracionais (Eixo 3 - Educação, Igualdade de Gênero e Comunicação Não-sexista);
- **Fortalecer e ampliar a Rede de Atendimento e Enfrentamento à Violência** contra as mulheres no município de São Paulo (Eixo 5 - Enfrentamento à violência);
- **Fortalecer as medidas protetivas e preventivas** da Lei Maria da Penha (Eixo 5 - Enfrentamento à violência);

As propostas priorizadas na *4ª Conferência Municipal da Juventude* e relacionadas ao campo do *suporte social* indicam o seguinte (PMSP, 2019):

- **Garantia de um ambiente de trabalho construtivo**, que assegure dignidade, saúde e bem estar para os jovens paulistanos trabalhadores e abertura semestral e regular de estágios na área de saúde para a juventude (Eixo I - Saúde e bem-estar);
- **Que em todas as redes de ensino se tenha um profissional apoiador** e que se tenha um **material adaptado de acordo com as necessidades de cada jovem com deficiência** (Eixo II - Educação de Qualidade);
- **Ampliação da verba e criação de programas no contra turno e de sustentabilidade** como coleta seletiva e horta na escola que estimulem o jovem a conhecer cultura, esporte, atividades complementares em parceria com as redes públicas, reconhecendo as necessidades da efetivação e fiscalização de inclusão total das pessoas com deficiência (Eixo II - Educação de Qualidade);
- **Valorização dos profissionais da educação com aumento salarial, e promover a formação ampla e continuada dos educadores**, da equipe gestora e dos funcionários públicos para temas como: **gênero, sexualidade, diversidades socioculturais, saúde mental, sustentabilidades** e o ensino da história da África (Lei Federal 10.639) (Eixo II - Educação de Qualidade);
- **Treinamento de equipes médicas para o cuidado especializado com a saúde das mulheres cis e trans**, como o acompanhamento de **tratamentos hormonais para prevenção de possíveis complicações e a prevenção de gravidez na adolescência** (Eixo III - Igualdade de Gênero);
- **Promover e incentivar iniciativas de economia solidária e cooperativa** na cidade de São Paulo (Eixo IV - Trabalho Decente);





- **Capacitação para jovens em medida socioeducativa.** Atuação na rede de emprego (Senac por exemplo). Aumentar e divulgar vagas nas empresas de jovem aprendiz (Eixo V - Redução das Desigualdades);
- **Desenvolver programas municipais de acesso ao ensino superior e à ciência, tecnologia e inovação para jovens de baixa renda** (Eixo V - Redução das Desigualdades);
- **Promover, através de iniciativas de juventude, hortas urbanas em espaços públicos,** tais como escolas, casas de cultura e praças (Eixo V - Redução das Desigualdades).

O I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil – CAPSIJ traz como indicações relacionadas ao *suporte social* (PMSP, 2016b):

- **Aumentar espaços de acolhimento** a partir da exploração das potencialidades do território, não só a partir de acolhimento institucional;
- **Realizar fóruns de saúde mental infantojuvenis intersecretariais e itinerantes;**
- **Priorização da necessária articulação entre o setor da saúde e seus equipamentos** (UBS, CAPSIJ, CER, dentre outros) com o **setor da educação** para as políticas públicas e ações dos serviços envolvidos no cuidado de crianças e adolescentes;
- **Necessidade de fortalecimento da rede intersetorial** em nível local, direcionado a diversas secretarias (educação, assistência e saúde) **em interface com o judiciário;**
- **Reflexão mais aprofundada sobre o enfrentamento da medicalização** no ambiente escolar ou nos processos educativos da criança e adolescente, visto que a medicação pode impactar negativamente no desenvolvimento de crianças e adolescentes, gerando, por exemplo, estigma e exclusão social.

A partir da perspectiva dos atores-chave entrevistados, são indicadas as ações prioritárias a seguir, relacionadas com o *suporte social*:

- **O espaço escolar deve garantir a permanência e valorização de adolescentes.** É possível fazê-lo a partir de um percurso político-pedagógico contemporâneo, condizente com os avanços das leis e com as necessidades desse público, minimizando conflitos intergeracionais que repercutem na intensificação do sofrimento. O *bullying*, que pode ser visto como sintoma das relações de poder de adultos sobre os adolescentes, pode ser enfrentado com a **criação de oportunidades para adolescentes se expressarem nas escolas**, falarem de seus sentimentos, além da inserção de ações de promoção de saúde mental no currículo escolar (E03, E07);



- **Dar atenção às regiões mais vulneráveis de São Paulo levantadas pela Plataforma dos Centros Urbanos da UNICEF, tais como: Zona Sul (Grajaú), Zona Leste (Cidade Tiradentes) e Zona Norte (Brasilândia).** Nesse caso, os focos de atuação são a redução dos homicídios de jovens, direitos sexuais e reprodutivos, principalmente a redução da gravidez na adolescência, além de mobilidade e inserção no mundo do trabalho. **Esses territórios sofrem com maior escassez de equipamentos de cultura e lazer (E09);**
- **Desenvolver estratégias com recorte de gênero, pois as mulheres têm maior dificuldade de acesso a serviços relacionados ao campo de álcool e outras drogas, em sua maioria construídos e voltados para homens.** Além disso, no campo da saúde sexual e reprodutiva, **o direito ao aborto legal** muitas vezes não está garantido pois há profissionais de saúde ainda muito resistentes ao tema (E01, E08);
- **Intervenções que reduzam os ciclos de violência a que estão submetidos adolescentes e mulheres das periferias e que possuem grande impacto no sofrimento mental, como os relacionados à violência policial, racismo e ao patriarcado presentes na sociedade brasileira (E01, E07, E12).**

No caso dos ciclos de violência relacionados ao gênero, vale o destaque de que é fundamental que sejam consideradas as condições objetivas e subjetivas dos papéis que as mulheres ocupam socialmente, além do modo desigual como são construídas as relações contemporâneas. Nesse sentido, pelo viés biológico, a mulher é considerada inferior ao homem do ponto de vista da força; pelo viés religioso, a mulher é vista como um subproduto masculino (retirada da costela de Adão); pelo viés cultural, há a definição de atividades específicas femininas, normalmente em condições de subalternidade e menos valorizadas que as atividades masculinas. Estes argumentos estão presentes nas relações sociais de formas explícitas e naturalizadas, mas também de maneiras sutis, e estão a serviço de construir uma identidade negativa da mulher, justificando os diversos níveis de subordinação e opressão a que estão submetidas.





Aspectos de implementação

Ao implementar ações de *suporte social* é importante ter em mente que alguns aspectos podem atuar como barreiras, dificultando a efetividade das ações, enquanto outros podem ser facilitadores, favorecendo os esforços.

BARREIRAS

Criminalização da infância e adolescência

A internação de adolescentes em conflito com a lei é algo recorrente, seja nas comunidades terapêuticas ou na Fundação Casa. As medidas socioeducativas prevalecem entre a população negra, refletindo a desigualdade de cor no país, a qual é naturalizada e não problematizada (PMSP, 2016b).

A medicalização e a internação de adolescentes em uso de drogas são indiscriminadas e naturalizadas, indicam estratégias de controle da população mais vulnerável. Deve-se trabalhar a garantia de direitos para apontar novas possibilidades e projetos de vida (BRASIL, 2014b).

Desmonte das políticas públicas

O desmonte das políticas públicas de saúde, assistência social e cultura, resulta na deterioração dos serviços e contribui para um acirramento das vulnerabilidades e uma maior dificuldade de acesso aos direitos (E13).

Exposição de informações confidenciais

A exposição de informações confidenciais é um temor comum de adolescentes na relação com os serviços de suporte social. As dificuldades também surgem quando políticas e procedimentos para reivindicar benefícios assistenciais inadvertidamente expõem os adolescentes a quebras de confidencialidade por meio da comunicação de rotina (utilizada em formulários de cadastramento, por exemplo) (PATTON *et al.*, 2016).

Desarticulação intersetorial

Há dificuldade de colaboração intersetorial para integrar intervenções (KIELING *et al.*, 2011), o que pode gerar desresponsabilização no acompanhamento de adolescentes e mulheres pelos serviços. No caso dos adolescentes, são apontados como desafios para as relações entre saúde e educação o esgotamento dos educadores e a desarticulação entre professores e trabalhadores da saúde, evidenciada pelos pedidos de avaliação e encaminhamentos sem corresponsabilização pelo cuidado (PMSP, 2016b).



BARREIRAS

Além disso, um grande desafio da Educação Especial está na formação dos professores e diretores, que têm dificuldade em lidar com crianças e adolescentes de comportamento diferenciado, ou aqueles portadores de transtornos que não necessariamente são deficiências “visíveis”. Muitos professores acreditam que a partir do momento em que o adolescente é avaliado e inicia o tratamento no CAPSij, ele não voltará mais para a escola enquanto o motivo do tratamento não estiver resolvido, indicando desconhecimento e desresponsabilização (PMSP, 2016b).

Aumento do acolhimento institucional

Com cada vez mais frequência, crianças e adolescentes têm sido encaminhados para abrigos. No município de São Paulo, esses abrigamentos são feitos pelos Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA), que encontram-se comumente sobrecarregados, com até 20 crianças por casa. Os conselheiros tutelares muitas vezes podem optar por abrigar crianças e adolescentes ao invés de acompanhar as suas famílias e utilizar outras alternativas (PMSP, 2016b).

A demanda maior para acolhimento institucional é de adolescentes, e não é raro que a convivência diária tenha momentos difíceis e conflituosos. Normalmente os adolescentes não têm autorização de saída das casas além dos horários da escola, não têm permissão para namorar nos abrigos, ou acesso às chaves do banheiro e dos armários de objetos pessoais (E07). Tal situação costuma gerar “saídas não autorizadas”, conflitos e conseqüente perda da possibilidade de retorno à unidade acolhedora. Com um cenário geral de poucas vagas disponíveis, quando um adolescente foge, há outro na fila que preenche a vaga (PMSP, 2016b).

Além disso, é possível que alguns juízes regionais não queiram determinados adolescentes nos abrigos localizados em sua jurisdição e determinem a transferência para SAICAs de outras regiões, fragilizando vínculos familiares e comunitários (PMSP, 2016b).

Abandono escolar devido à pandemia

Com a pandemia de COVID-19, escolas foram fechadas e o processo de ensino aprendizagem, quando disponível, passou para o ambiente online. O afastamento de crianças e adolescentes da escola é um grande desafio para todas as áreas, bem como enfrentar a provável evasão, o aumento do trabalho infantil e doméstico e as violências domésticas (E02).



FACILITADORES

Trabalho em rede

Para o cuidado de crianças e adolescentes é essencial a constituição de **redes de cooperação** (preconizadas pelo ECA) e **redes territoriais** (preconizadas pelo campo da saúde mental), que promovam a articulação de todos os setores e recursos necessários para que cada criança e adolescente encontre possibilidades singulares de circular, de fazer laços, de pertencer e de desenvolver suas potencialidades e projetos. Na dimensão técnico-assistencial é fundamental que se tenha uma **relação bastante próxima com a comunidade**, com ações em rede junto aos serviços frequentados pelos adolescentes, como a escola, entidades da justiça, praças e igrejas, entre outros (E07). Da mesma forma, o cuidado com famílias em situação de vulnerabilidade, quando feito de maneira compartilhada em rede, auxilia seu fortalecimento (PMSP, 2016b).

A **articulação de redes** formadas por serviços da saúde, educação, assistência social, espaços religiosos e demais integrantes da comunidade é **facilitada com o uso de dispositivos** como: fóruns intersecretariais e intersetoriais; espaços democráticos para discussão coletiva, não necessariamente institucionais; reuniões de rede e de matriciamento; criação de mapas de recursos da comunidade, com o desenvolvimento de um fluxo para o atendimento das necessidades (JORDANS *et al.*, 2010), além da criação de redes de comunicação entre as entidades, com lideranças locais fortes (KIELING *et al.*, 2011).

Destaca-se ainda como facilitador relevante a aproximação entre as equipes dos CAPSij e dos SAICAs, para compor redes, fazer arranjos e acionar parceiros no cuidado, de forma a apoiar a humanização dos serviços de acolhimento institucional (PMSP, 2016b).

Relação com o sistema de justiça

Uma forma de prevenir a criminalização da infância e da adolescência e evitar internações, é a criação de espaços de diálogo entre os sistemas sociais e de saúde e o sistema de justiça, para possibilitar que o último conheça os serviços disponíveis e suas potencialidades (PMSP, 2016b).

Formação de conselheiros tutelares

As estratégias de formação para novos conselheiros tutelares, a cada eleição, são importantes para fortalecer o acesso de crianças e adolescentes ao Sistema de Garantia de Direitos (E02).



FACILITADORES

Atenção ao ambiente escolar

É importante que as escolas desconstruam o modelo de encaminhamentos para o sistema de saúde, que pode ser entendido como um ato de “desresponsabilização”. Já os serviços de saúde, devem evitar o uso de relatórios como forma de exigir o que deve ser feito com os alunos nas escolas, deixando de funcionar como um “poder acima dos demais”, por meio do qual muitas condutas são decididas (PMSP, 2016b).

Para a literatura científica consultada, **as ações que abordam o ambiente escolar como um todo são mais propensas a serem eficazes**, em comparação com aquelas focadas apenas nos alunos ou apenas nos professores. Nesse sentido, o *ambiente escolar* envolve o ambiente físico e social, a gestão e organização, o ensino, a disciplina, os serviços de saúde escolar (quando disponíveis), além das atividades extracurriculares (PATTON *et al.*, 2016).

Estratégias de geração de renda

As iniciativas de geração de trabalho e renda colaboram para a diminuição de vulnerabilidades financeiras, em especial para mulheres. O apoio efetivo a iniciativas no campo da *Economia Solidária e Saúde Mental*, composto em sua maioria por mulheres, pode se dar por estratégias como o acesso a crédito e financiamento, a compra de equipamentos, além de ações que permitam a sustentabilidade das iniciativas, como processos formativos sobre produção, uso de tecnologias e trabalho associado, entre outros (E14).

Fomento à capacidade de escuta não especializada

A capacidade de escuta, como recurso de cuidado no contato com adolescentes e mulheres, é fundamental, porém não está restrita a profissionais de saúde mental. Essa capacidade pode ser mobilizada em várias pessoas, independentemente de seu tipo de trabalho ou escolarização (E15).



Exemplos de Intervenção

→ **Articulação intersetorial:** como o *Fórum das Escolas*, iniciado no CAPSij Vila Prudente, e também utilizado pelo CAPSij Sapopemba, para articulação de rede entre os serviços da saúde, educação e assistência social. O *Fórum* acontece de maneira regionalizada, de tal modo a organizar os encontros entre o serviço de saúde mental de referência, as escolas de cada território e os demais equipamentos de suporte social. Nos encontros, discutem-se as condutas do tratamento de crianças e adolescentes, as estratégias de manejo em sala de aula e os diferentes pontos de vista que cada serviço tem, de tal modo a criar estratégias integrais de cuidado. Os casos discutidos podem ou não estar em acompanhamento no CAPSij pois, além das discussões de casos em tratamento, o Fórum também é um espaço de ampliação de conhecimento e de discussão de casos novos. Desta forma, possibilita que alguns usuários tenham acesso ao serviço para tratamento, mesmo que não tenham sido atendidos pelas unidades básicas de saúde (UBS) ou procurado o CAPSij diretamente, por demanda espontânea (PMSP, 2016b).

→ **Relação entre recursos da Educação e famílias:** como o *Projeto Escola Vai para Casa* (informado pela coordenação pedagógica da rede municipal da região de Butantã), voltado para crianças e adolescentes com problemas de vulnerabilidade social, que tinha como objetivo estreitar os laços com as famílias para melhorar a aprendizagem e a aderência às aulas. Com o decorrer do projeto, foi possível observar que as faltas escolares e a dificuldade de aprendizagem das crianças eram os menores problemas em questão. Reconhecendo outras necessidades das famílias, o projeto expandiu para áreas além da educação, criando assim uma rede de proteção para essas famílias (PMSP, 2016b).

→ **Parceria com equipamentos da Cultura:** tal como a existente entre as equipes do CAPSij Jabaquara e do *Museu de Arte Moderna de São Paulo*, na qual adolescentes foram inseridos em oficinas de jardinagem, aumentando seu repertório de habilidades a partir de uma visão ecológica e sustentável da relação com a cidade (PMSP, 2016b).

→ **Geração de renda:** adolescentes de São Bernardo do Campo/SP iniciaram um projeto de comércio de alimentos e passaram a participar de feiras, motivados e assessorados por um grupo de adultos que já estavam envolvidos com economia solidária (PMSP, 2016b).

→ **Combate ao trabalho infantil:** estratégia realizada pela *Plataforma dos Centros Urbanos* (UNICEF) durante a pandemia por COVID-19, que envolve a distribuição de kits de higiene, limpeza e cestas básicas para famílias em



situação crítica, provimento de conexão à internet, *smartphones* e ajuda de custo para garantir a permanência dos jovens nas ações realizadas e evitar o trabalho infantil (E09).

→ **Aproximação de adolescentes em situação de rua:** estratégias criativas e abordagens de aproximação no dia a dia, realizadas pelo *projeto Quixote* (São Paulo/SP)¹⁵ e pelo *projeto RUAS* (Rio de Janeiro/RJ)¹⁶, a partir do envolvimento, da mobilização e dos vínculos com os jovens (E07).

→ **Estratégias que utilizam recursos esportivos:** como o *Futebol Libertário* do CEDECA Interlagos¹⁷, para vivência de processos de sociabilidade de jovens em medidas socioeducativas em meio aberto, ou o *Projeto Sabiá*, que envolvia esporte, lazer e saúde mental por meio de uma “Escola de Skate” e diálogo com escolas públicas (E07).

→ **Promoção e defesa de direitos:** assim como as estratégias utilizadas pelos Centros de Defesa da Criança e Adolescente (CEDECA), com espaços acolhedores para a comunidade. Essas estratégias utilizam a articulação em rede e o oferecimento de capacitação como elementos base dos serviços prestados pelos *Núcleos de Medidas Socioeducativas*, pelo *Serviço de Proteção à Criança e Adolescente Vítimas de Violência* e pelo *Núcleo de Formação e Cultura*¹⁸ (E10, E11, E12, E13).

→ **Iniciativas de *whistle-blowing* em escolas:** essas iniciativas têm o objetivo de criar ambientes escolares saudáveis, acolhedores e seguros a partir do apoio mútuo entre alunos. É comum que se identifiquem estudantes com perfil de maior sensibilidade e capacidade de escuta (pessoas que gostam e cuidam de outras pessoas), os quais passam a ter a função ativa de promover acolhimentos e espaços de conversa para quem precisa. Um exemplo de ação nesse sentido é a “*Comissão de Apoio Racional e Emocional (CARE)*”¹⁹, de um colégio paulistano (E15).

¹⁵ Para conhecer mais sobre o projeto Quixote, acesse o link: <https://www.projetoquixote.org.br/comoatuamos/refugiados-urbanos/>

¹⁶ Para conhecer mais sobre o projeto RUAS, acesse o link: <https://www.projeturuas.org.br/>

¹⁷ Para conhecer mais sobre o Futebol Libertário do CEDECA Interlagos, acesse o link: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a14.pdf>

¹⁸ Para conhecer mais sobre o CEDECA Sapopemba, acesse o link: <http://www.cedecasapopemba.org.br/>

¹⁹ Para conhecer mais sobre o CARE, acesse o link: <https://colband.net.br/convivencia/pulseiras-azuis-e-amarelas-formacao-de-equipes-de-ajuda-e-care>



4. LIDERANÇA E GOVERNANÇA

Descrição

Apoio ao fortalecimento de liderança e governança eficazes, com incorporação de estratégias da saúde mental em políticas, planos e programas (OMS, 2004; 2013; 2017; 2019a; OPAS, 2018). As ações nesse sentido podem se dar na forma de assessoria aos tomadores de decisão ou estar mais direcionadas ao aprimoramento de uma dimensão relevante da sua atuação. A seguir são indicados alguns dos focos que as ações podem tomar:

- a. Apoio à tomada de decisão** – apoio ao governo para se alinhar aos padrões internacionais de direitos humanos, eliminar práticas coercitivas, superar a ideia de assistencialismo (BRASIL, 2014b) e definir agendas prioritárias de atuação de forma a garantir a prevenção, promoção e reabilitação psicossocial. As intervenções nesse sentido se beneficiam do intercâmbio de experiências com outros países, da análise rigorosa de indicadores e do uso de evidências para definir intervenções multidisciplinares e intersetoriais (OMS, 2012).
- b. Formação de servidores** – apoio à educação permanente dos servidores públicos e outros profissionais em temáticas de gênero e relacionadas à adolescência, de forma a combater estigmas e o uso da violência, além de ampliar o acolhimento e a efetividade das ações executadas. A elaboração de editais e concursos pode estar especialmente direcionada a atender as necessidades dos públicos-alvo em questão.
- c. Estabelecimento de parcerias** – desenho de estratégias para aproveitar a experiência já acumulada por outros municípios e/ou organizações que atuam com adolescentes e mulheres em diferentes âmbitos, de tal modo a priorizar estratégias de atuação, integrar ações, incorporar aprendizados e boas práticas, além de fortalecer a institucionalidade das organizações parceiras.
- d. Aprimoramento dos mecanismos de financiamento** – apoio ao fortalecimento de linhas de financiamento que viabilizem processos de promoção, prevenção e *recovery*, por meio do direcionamento efetivo de recursos já disponíveis ou pela definição de novas estratégias e fontes de recursos. Na criação destes mecanismos também podem ser definidas prioridades de atendimento, dando maior atenção a grupos particularmente vulneráveis. A definição de estratégias intersetoriais neste caso pode fomentar uma maior integração entre diferentes campos de políticas.
- e. Aprimoramento dos mecanismos de incentivos** – assistência na definição de indicadores para monitoramento e avaliação do sistema de saúde, da política educacional, entre outros, para incorporar medidas de



bem-estar que levem em consideração as boas práticas do campo da saúde mental. Por outra parte, as estratégias desse tipo podem buscar limitar a comercialização de produtos e serviços que representam riscos direta ou indiretamente à saúde dos adolescentes e mulheres, como armas, tabaco, álcool e alguns produtos alimentícios (PATTON *et al.*, 2016).

f. Aprimoramento legislativo para questões de gênero - apoio para o estabelecimento de leis e políticas de proteção de mulheres e meninas, assim como de promoção da igualdade perante a lei, de tal modo a incluir: o princípio de igualdade nas constituições e outras leis nacionais; estratégias de igual acesso a aconselhamento jurídico, serviços e recursos; além de possibilitar a eliminação da discriminação contra mulheres e meninas na vida política e pública (ONU MULHERES, 2016).

Mapeamento de prioridades e lacunas

A importância da atuação no campo de *liderança e governança* tem sido levantada em diferentes conferências de saúde mental e foi igualmente ressaltada nas entrevistas realizadas pelo projeto. A seguir são apresentadas as estratégias mais relevantes mapeadas nesse sentido.

As deliberações da *IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial* relacionadas ao campo da *liderança e governança* indicam o seguinte (BRASIL, 2010):

166. Fortalecer e qualificar, de forma intensificada, a **regulação (controle, avaliação e fiscalização) dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, das clínicas e instituições de tratamento dos dependentes químicos, públicas e privadas** (Eixo I Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersectoriais);

176. Necessidade de assegurar a **definição e implementação**, nas três esferas de governo e do Distrito Federal, de **políticas públicas intersectoriais e inclusivas** para atendimento aos usuários de saúde mental (...), nos âmbitos da **saúde, educação, assistência social, cultura, habitação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, esporte, lazer e turismo**. Estas políticas devem **garantir a prevenção, promoção e reabilitação psicossocial** (Eixo I Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersectoriais);

586. Assume centralidade **assegurar meios para a implementação de estratégias eficazes para acolher questões de gênero, de raça/cor e etnia, LGBT e da diversidade**, para que se incorporem como referências



na rede de atenção à saúde mental, relacionados às questões específicas do racismo, do machismo, da LGBTfobia, da discriminação e de outros processos macroestruturais de ampla exclusão social, como aqueles que estão associados ao viver em situação de rua ou em privação de liberdade. Igualmente é necessário **combater as desigualdades, os estigmas e os estereótipos, através da articulação dos programas de saúde da mulher, do homem, LGBT, do indígena, do idoso, quilombolas e demais políticas específicas** (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais).

As deliberações da *III Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo* relacionadas ao campo da *liderança e governança* indicam o seguinte (PMSP, 2013):

- **Criar, ampliar e efetivar as políticas públicas de promoção, prevenção e assistência universal e integral para pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial** e/ou com sofrimento mental ou iminente risco psicossocial – crianças, adolescentes, população negra, população em situação de rua, mulheres, idosos, população carcerária, grupos indígenas, pessoa com deficiência, pessoas com abuso de álcool e outras drogas ou submetidas a medidas de segurança, entre outros, que facilitem a articulação de setores nos cuidados das pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade social (Eixo I - Seguridade Social e Direitos Humanos);
- **Investir em políticas de educação permanente, pesquisa, práticas integrativas** através de esportes adaptados especializados e projetos de cooperação, **com recursos provenientes dos tributos nos três níveis, municipal, estadual e federal, oriundos das drogas lícitas, álcool e tabaco, como uma das formas de financiamento das políticas públicas aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares.** Direcionar os recursos já estabelecidos para processos de atenção e prevenção do uso de substâncias psicoativas (Eixo II - Políticas de Álcool e outras Drogas, e em situação de Rua);
- Garantir uma política que privilegie **linhas de financiamento inter-setoriais**, potencializando programas de **reabilitação profissional e de trabalho protegido**, com programas de inserção no mercado de trabalho formal, ao mesmo tempo, buscando fomento para a garantia do acesso à educação e capacitação técnica para o trabalho conjunto dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Eixo III - Acesso, Qualidade e Humanização nos equipamentos de Saúde).



O *I Plano Municipal de Políticas para Mulheres 2017-2020*, realizado a partir da 5ª Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres, indica a priorização das ações a seguir, relacionadas com a *liderança e governança* (PMSP, 2016a):

- Efetuar a **formação continuada de servidoras(es)** da Administração Pública Municipal direta e indireta em **temáticas de gênero** (Eixo - 1: Participação Política, Poder Público, Democracia e Transparência);
- **Estabelecer parcerias** entre a cidade de São Paulo e outras cidades que tenham destaque no **desenvolvimento de políticas de promoção dos direitos das mulheres**, bem como com organizações internacionais e intergovernamentais que tratem da temática de gênero (Eixo - 1: Participação Política, Poder Público, Democracia e Transparência).

As propostas priorizadas na 4ª Conferência Municipal da Juventude e relacionadas ao campo da *liderança e governança* indicam o seguinte (PMSP, 2019):

- **Priorizar iniciativas de juventude junto às Cooperativas de Catadores**, capacitando sua regularização junto aos órgãos municipais, ampliando a oferta de subsídios públicos e promovendo o aumento anual em, no mínimo, 10% dos resíduos sólidos coletados na cidade de São Paulo, até que se alcance o índice de 100% de reciclagem (Eixo VI - Cidade Sustentável - ODS 11, 12 e 13);
- Destinar, com base no Plano Municipal de Habitação em vigor, 25% dos recursos públicos disponíveis para **moradia**, priorizando o **atendimento aos jovens em situação de vulnerabilidade social** e integrado aos movimentos sociais (Eixo VI - Cidade Sustentável - ODS 11);
- **Desmilitarização por meio da formação humanitária, comunitária e da comunicação não violenta da GCM** [Guarda Civil Metropolitana] com foco no combate à violência de gênero, étnico racial, classe, diversidade sexual e todas as demais coordenações que compõem a Secretaria de Direitos Humanos (Eixo VII - Paz, Justiça, Parcerias e Instituições Eficazes);
- **Política de formação, emprego e renda para juventudes** em equipamentos públicos através de editais e/ou concursos públicos específicos. Com recorte de cotas raciais, escola pública e renda máxima de 1,5 salário-mínimo (Eixo VII - Paz, Justiça, Parcerias e Instituições Eficazes).





A partir da perspectiva dos atores-chave entrevistados, são indicadas as ações prioritárias a seguir, relacionadas com a *liderança e governança*:

- Durante emergências comunitárias como a **pandemia por COVID-19**, é imprescindível estratégias que fomentem a **sensação de pertença, confiança e referência para a comunidade**, para que saiba onde buscar ajuda e ancoramento. Normalmente isso é papel do governo ou de instituições reconhecidas. Quando isso não ocorre, **há impacto no sofrimento coletivo da comunidade**, com aumento das taxas de suicídio, autolesão e aumento de conflitos interpessoais (E06);
- É fundamental o apoio às organizações que já tenham experiência com adolescentes, em especial na priorização de **estratégias de fomento de iniciativas de inclusão e socialização** que busquem enfrentar situações de isolamento e faltas de oportunidade (E09).

Aspectos de implementação

Ao implementar ações de *liderança e governança* é importante ter em mente que alguns aspectos podem atuar como barreiras, dificultando a efetividade das ações, enquanto outros podem ser facilitadores, favorecendo os esforços.

BARREIRAS

Subfinanciamento de políticas públicas para adolescentes e mulheres

A alocação inadequada de recursos financeiros por doadores e governos, a capacidade técnica limitada e a baixa conscientização das necessidades de saúde mental de adolescentes e mulheres, são apontados como dificuldades por organizações não governamentais em documento da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012). Além disso, no Brasil, apesar das três esferas de governo contarem com previsão orçamentária destinada às crianças e adolescentes, há **dificuldade para se identificar diretamente esses compromissos**, o que alimenta a invisibilidade e negligência para essa população e dificulta estratégias de monitoramento e avaliação das ações empreendidas (E07).

Mudanças e trocas de governo

As constantes mudanças nas gestões municipais são grandes barreiras para a continuidade de estratégias iniciadas, demandando resiliência e articulação permanente junto ao poder público (E09). Acrescenta-se ainda o desafio para o engajamento de atores na definição de prioridades para o investimento, assim como na coordenação das ações, especialmente ao se considerar a dispersão entre setores governamentais responsáveis pela saúde e bem-estar de adolescentes, que exigem capacidade de atuação intra e intersetorial (PATTON *et al.*, 2016).



FACILITADORES

Legislação brasileira alinhada com defesa de direitos

O Brasil possui uma **legislação avançada referente aos direitos das crianças e adolescentes**, como o *Estatuto da Criança e do Adolescente*, e relacionada à **proteção das mulheres contra a violência**, como a *Lei Maria da Penha*, além de planos de erradicação de trabalho infantil e políticas públicas desenhadas conforme as leis (E02, E07). No entanto, cabe a ressalva da necessidade de discussão da legislação referente a drogas, que deve migrar da lógica punitivista para a lógica do cuidado e protagonismo dos sujeitos (PMSP, 2016b).

Instrumentos de pactuação para parcerias com governos

A **existência de mecanismos que permitam documentar oficialmente as pactuações**, de forma a institucionalizar os processos e deixar lastros e legados, possui um papel importante na articulação e continuidade de estratégias junto às gestões, especialmente em momentos de troca de governo (E09). A criação de processos pelos quais a sociedade civil pode responsabilizar os governos pelos investimentos feitos (ou não) depende do contexto cultural e político. Para governos menos abertos à influência da sociedade civil, o envolvimento de agências internacionais e o uso de incentivos financeiros e econômicos podem ser necessários para o avanço da saúde e do bem-estar dos adolescentes (PATTON *et al.*, 2016).

Intervenções estruturais para a saúde mental

As **intervenções estruturais ocorrem a longo prazo e são facilitadas por contextos em que haja arranjos sólidos de governança**, capacidade de implementação de ações pelos setores relevantes e bons sistemas de informação para monitorar a implementação e os resultados em saúde. Além disso, para que reformas na legislação sejam bem sucedidas, é necessário abordar os valores, conhecimentos, atitudes e comportamentos daqueles responsáveis por sua efetivação (PATTON *et al.*, 2016).



Exemplos de Intervenção

→ **Metodologia do Orçamento Criança e Adolescente (Metodologia do OCA)**²⁰ – trata-se de uma iniciativa de apoio a governantes para aprimorar a implementação de políticas públicas na defesa e na promoção dos direitos da infância e da adolescência. Esta metodologia destaca itens orçamentários voltados à população de interesse a partir da matriz orçamentária geral, permitindo visualizar (e agir sobre) o grave subfinanciamento das políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes (E07).

→ **Editais de financiamento de iniciativas locais** – os editais públicos para financiamento de iniciativas locais ajudam a viabilizar processos de promoção, prevenção e *recovery* diretamente nos municípios. Nesse sentido, é possível indicar as experiências do Ministério da Saúde de 2013 no apoio a iniciativas locais voltadas à *reabilitação psicossocial*²¹ e ao *protagonismo de usuários e familiares*²² (E14).

20 Para conhecer mais sobre a Metodologia do Orçamento Criança e Adolescente, acesse o link: <https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2019-03/de-olho-no-orcamento-crianca.pdf>

21 Para conhecer mais sobre a III Chamada para seleção de projetos de reabilitação psicossocial do Ministério da Saúde, acesse o link: <https://drive.google.com/file/d/1i4gLiB3qTUvq7RbQKNsTxg2K-C5HUrQ02/view>

22 Para conhecer mais sobre a II Chamada para seleção de projetos de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares da RAPS do Ministério da Saúde, acesse o link: <https://drive.google.com/file/d/1iFGPhmwK2Jlb6Buxb0Yo2iSC7DaYU7sR/view>



5. SISTEMAS DE SAÚDE

Descrição

Intervenções que buscam tornar os sistemas de saúde cada vez mais capazes de fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos para a saúde em nível comunitário, de forma a melhorar a qualidade do cuidado em respeito aos direitos humanos (OMS 2004; 2013; 2017; 2019a; OPAS, 2018). Para isso, é possível empreender diferentes tipos de ações:

- a. Mapeamento de necessidades** – é importante considerar as necessidades existentes em cada território para desenhar de maneira mais adequada os serviços oferecidos. Esse mapeamento deve considerar as desigualdades e particularidades existentes e pode ocorrer de forma compartilhada com outras organizações. Considerações técnicas e experiências locais podem ser insumos relevantes para um esforço desse tipo.
- b. Processos formativos em saúde** – contar com uma força de trabalho qualificada também é um elemento fundamental dos sistemas de saúde. Os processos formativos podem ser de diferentes tipos, incluindo programas de residência e cursos de curta duração, e devem considerar as atitudes, conhecimento e habilidades necessárias para o engajamento com adolescentes e mulheres (PATTON *et al.*, 2016).
- c. Fortalecimento da atuação intersetorial** – para serem efetivas, as estratégias de saúde mental devem ser integradas a outros programas, seja no que se refere ao cuidado com a saúde física e mental (OMS, 2012), seja na relação com os setores de educação, assistência social e justiça (OMS, 2017). Por meio desses esforços, se busca ampliar o alcance do cuidado em saúde mental, fortalecendo a corresponsabilidade e protagonismo de todos os atores.
- d. Atenção às famílias e à comunidade** – a literatura tem indicado que há interconexões entre o bem-estar dos adolescentes e mulheres e suas famílias, as quais precisam ser observadas. O mesmo se aplica aos territórios, que precisam ser vistos “*como lugar psicossocial do sujeito, onde a vida acontece*” (BRASIL, 2014b). Nesse sentido, considerando o recorte de gênero, as intervenções devem assegurar que mulheres e meninas não sejam discriminadas na busca por cuidados, tendo acesso também aos serviços de planejamento familiar e saúde reprodutiva (ONU MULHERES, 2016). Dessa forma, intervenções que buscam fortalecer redes de apoio, tanto familiares como comunitárias, incluindo a todas e todos no processo terapêutico, podem fortalecer a efetividade dos sistemas de saúde.



Mapeamento de prioridades e lacunas

A importância da atuação relacionada aos *sistemas de saúde* tem sido levantada em diferentes conferências de saúde mental e foi igualmente ressaltada nas entrevistas realizadas pelo projeto. A seguir são apresentadas as estratégias mais relevantes mapeadas nesse sentido.

As deliberações da *IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial* relacionadas aos *sistemas de saúde* indicam o seguinte (BRASIL, 2010):

301. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSMI) ratifica a necessidade de criação de políticas intersectoriais e de potencialização de ações que garantam: **o atendimento, a capacitação, a informação, o suporte às famílias e aos cuidadores dos usuários**, envolvendo todos os atores no processo terapêutico; e o acolhimento na rede de serviços de saúde mental e nos diferentes serviços que compõem a rede (...), **compartilhando e multiplicando o cuidado em saúde mental, fortalecendo a corresponsabilidade, o compromisso com o tratamento, e resgatando o protagonismo de todos os atores** (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

302. De modo especial, essas diretrizes implicam garantir, por um lado, a **democratização da gestão do processo de trabalho em saúde mental** com a participação dos trabalhadores, usuários e familiares; e, por outro, a criação de espaços regulares de encontro entre esses atores, **estimulando a realização de assembleias, buscando a participação contínua de todos nos espaços coletivos de discussão, com o objetivo de avaliar e planejar as ações dos serviços** (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

351. Para assegurar a qualidade da atenção, é imprescindível o desenvolvimento de processos de: **Educação Permanente para os trabalhadores de saúde mental e para os atores intersectoriais envolvidos; e de avaliação dos CAPS e da rede**, com base nos princípios e nas diretrizes do SUS, da reforma psiquiátrica, e da política nacional de saúde mental (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

487. Assume particular relevância **efetivar a política de redução de danos do SUS na rede de atenção psicossocial**, nos diferentes níveis de atenção, fortalecendo as práticas territoriais e a construção de redes sociais de redução de danos, em contraponto ao modelo predominante focado na abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);



533. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (CNSMI) ratifica a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, **o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, através da montagem de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental de base comunitária e fundamento intersetorial**, em consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada localidade, e sob a égide das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Lei 10.216, dos princípios da reforma psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

539. Do conjunto das deliberações para a saúde mental infantil e juvenil da IV CNSMI destacam-se, ainda, diretrizes relacionadas à importância de: a) expansão e qualificação das estratégias de **desinstitucionalização** para crianças e adolescentes; b) fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para a promoção de saúde e saúde mental e para a atenção integral; c) efetivação de **articulações intrasetoriais**, particularmente com a atenção básica e hospital geral; d) consolidação do **fundamento intersetorial** na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da **educação, assistência social, justiça/direitos**; e) **destinação financeira** compatível com as exigências da atenção psicossocial para infância e adolescência (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

551. Propor que a política pública intersetorial de saúde mental e de atenção aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, dirigida à população de crianças e adolescentes, **valorize e divulgue experiências exitosas de promoção da saúde**, aprovadas pelos diferentes conselhos de políticas públicas, que envolvam a família e a comunidade, e estejam em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e com as diretrizes da reforma psiquiátrica (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais).

As deliberações da *III Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo* relacionadas aos *sistemas de saúde* indicam o seguinte (PMSP, 2013):

→ Adoção do instrumento de avaliação **Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF** para laudo psicossocial (Eixo I: Seguridade Social e Direitos Humanos);

→ **Divulgar e implantar** serviços que fazem interface com saúde mental para atendimento a adolescentes na faixa etária de 12 a 21 anos, como CAPS, Centros de Convivência e Cooperativa - CECCO, em todas as regiões do município de São Paulo (Eixo II. Políticas de Álcool e outras Drogas, e em situação de rua);



→ Oferta de **residências médicas e multiprofissionais e estágios** na área de saúde mental e atenção a usuários de álcool e outras drogas e **educação permanente** em parceria com universidades para profissionais de saúde, para que a formação seja parte da **estrutura institucional** de todo serviço de saúde do SUS (Eixo II. Políticas de Álcool e outras Drogas, e em situação de rua).

O *I Plano Municipal de Políticas para Mulheres 2017-2020*, realizado a partir da 5ª Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres, indica a priorização das ações a seguir, relacionadas com os *sistemas de saúde* (PMSP, 2016a):

→ Fortalecer a implementação, na rede pública e conveniada do município, da **política nacional de atenção integral à saúde da mulher** (Eixo 4 - Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos);

→ **Reduzir a morbidade e mortalidade materna** no município de São Paulo, combatendo a violência obstétrica (Eixo 4 - Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos);

→ Fortalecer a **rede de enfrentamento à violência contra a mulher** na rede municipal de saúde (Eixo 4 - Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos);

→ Fortalecer as políticas para mulheres que considerem as particularidades de saúde de **recortes etários, étnico-raciais, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero e pessoas com deficiência** (Eixo 4 - Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos).

O *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil – CAPSIJ* traz como indicações relacionadas aos *sistemas de saúde* (PMSP, 2016b):

→ **Ampliação do número de CAPSij III**, de funcionamento 24 horas;

→ Inserção do olhar da **saúde mental na atenção básica**, por meio da ampliação de grupos e demais dispositivos já existentes nas ações das UBS.

A partir da perspectiva dos atores-chave entrevistados, são indicadas as ações prioritárias a seguir, relacionadas com os **sistemas de saúde**:

→ Orientação de sempre se trabalhar em **rede e com gestão intersetorial**, inclusive em situações que chegam aos Conselhos Tutelares, para se evitar o acolhimento institucional ou a judicialização dos casos (E02). O trabalho em saúde mental não se faz sem parcerias, o sucesso depende da construção do cuidado em rede (E08);



- No **contexto de pandemia** os problemas que mais impactam adolescentes e mulheres são os mesmos que já impactavam anteriormente, entretanto mais intensificados. Nesse sentido, é importante iniciar pelo cuidado com os adultos, que são a primeira peça que colapsa na estrutura e, portanto, interfere no cuidado dos demais, já que de alguma forma ancoram a rede da família. Instrumentalizar os adultos de forma a dar uma sensação de cuidado e pertença é uma estratégia fundamental (E06);
- As **estratégias de educação permanente** que propõem uma **ampla reflexão sobre o cotidiano da prática** são as mais potentes. Isso possibilita aprender na prática, aprender enquanto se transforma diretamente a realidade. Além disso, é importante considerar processos de formação em que os usuários possam ocupar o lugar de formadores, compartilhando seu conhecimento com profissionais e gestores (E14);
- Deve-se considerar a estratégia de fazer o **mapeamento das necessidades de cuidado a partir do que os atores das experiências práticas indicam precisar**. O resultado deste mapeamento pode se aproximar ou diferir daquilo que é apontado como prioridade por gestores ou financiadores, mas é fundamental incluir diretamente aqueles que atuam no campo da prática cotidiana (E14).





Aspectos de implementação

Ao implementar ações relacionadas aos *sistemas de saúde* é importante ter em mente que alguns aspectos podem atuar como barreiras, dificultando a efetividade das ações, enquanto outros podem ser facilitadores, favorecendo os esforços.

BARREIRAS

Baixo investimento de recursos para os serviços de saúde mental

O baixo investimento de recursos limita as possibilidades de aprimoramento dos sistemas de saúde. É interessante observar que muitas vezes o descuido com os serviços está associado à dependência que os governos têm em relação às organizações não-governamentais. Ao operar por meio de outras organizações, os governos negligenciam a necessidade de incorporar serviços de saúde mental infantil em seus orçamentos públicos (KIELING *et al.*, 2011). A sustentabilidade de um sistema de atenção à saúde dependerá em parte do nível de integração com os demais sistemas de atenção existentes. Nesse sentido, estratégias de cuidado que não estejam alinhadas aos sistemas existentes, comumente produzem fragmentação e desarticulação. Da mesma forma, sistemas de cuidado alternativos, concorrentes com os sistemas já implantados, podem dispersar os recursos financeiros e fragilizar o oferecimento de cuidado (JORDANS *et al.*, 2010).

Dificuldade de acesso e permanência nos serviços dos sistemas de saúde

Os adolescentes não costumam buscar espontaneamente às unidades básicas de saúde, exceto quando têm alguma questão clínica grave (E08). Mais do que um público difícil de ser acessado, há políticas ainda frágeis no sentido de abrir a rede de atendimento para que qualquer pessoa se sinta de fato acolhida, pertencente e livre para poder entrar e conhecer o serviço (E05).

No município de São Paulo há uma grande fragilidade no que diz respeito a opções de atendimento 24h para adolescentes, e muitas vezes os serviços recorrem a espaços de atendimento de adultos para oferecer esse tipo de acompanhamento. Da mesma forma, quando os CAPSij não oferecem atenção adequada para questões relacionadas ao uso prejudicial de drogas, é comum que os adolescentes sejam transferidos para os CAPS AD (voltados para adultos). Nesses cenários, os adolescentes têm dificuldades de se identificar com os serviços e seguir com seus projetos terapêuticos (PMSP, 2016b). Além das experiências práticas, estudos apontam que as deficiências do sistema de saúde geralmente incluem comunicação e planejamento inadequados para situações de transferência de cuidado entres serviços de saúde infantil e serviços para adultos, sendo que os últimos normalmente não atendem às necessidades dos jovens (PATTON *et al.*, 2016).



BARREIRAS

É necessário questionar quando o adolescente não cumpre o formato de atendimento e recebe “alta” dos serviços. Pode não se tratar de alta por ter melhorado e não precisar mais de acompanhamento, mas sim porque não conseguiu (ou não teve condições de) cumprir o que foi proposto como cuidado. É necessário diferenciar bem as duas situações (E10).

Condições de trabalho de profissionais

No município São Paulo há pelo menos duas formas de gestão dos serviços de saúde: a *gestão direta*, em que gerentes e profissionais dos serviços são servidores contratados por meio de concursos públicos; e a *gestão indireta* em que um agente privado (por exemplo Organizações Sociais da Saúde – OSS) faz um contrato com a prefeitura para administrar os serviços, ficando responsável pela contratação de profissionais e oferecimento de atendimentos à população.

A opção pela *gestão indireta* muitas vezes é avaliada como uma forma de precarização dos serviços, tendo consequências relevantes para as condições de trabalho dos profissionais, o que prejudica a efetividade dos sistemas de saúde. Entre as consequências geradas estão: diferenças de salários e carga horária das equipes; rotatividade no quadro de profissionais; além da promoção da lógica gerencial produtivista, mais preocupada com números do que com pessoas (PMSP, 2016b).

Lacunas nos processos formativos dos profissionais

Os trabalhadores que tiveram a oportunidade de um diálogo com o SUS e com a Reforma Psiquiátrica de forma a processar perspectivas teóricas, conceitos e compreensão das políticas públicas durante o ensino de graduação podem lidar de maneira mais efetiva com as questões que se apresentam. Aqueles que não tiveram essa oportunidade, são desafiados cotidianamente a dar respostas e ter responsabilidades em situações sobre as quais não tiveram a oportunidade de refletir. É fundamental olhar para essa lacuna ao pensar nas diferentes estratégias de educação permanente (E14).



FACILITADORES

Articulação das ações no território

A Unidade Básica de Saúde pode ser um espaço agregador, que mapeia as necessidades e ações voltadas para a infância e as articula no território (PMSP, 2016b). Programas de conscientização e mobilização de possíveis interessados devem ser considerados como parte de qualquer desenvolvimento de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes (KIELING *et al.*, 2011). Nesse sentido, as ações mais poderosas para a saúde e o bem-estar dos adolescentes são inter-setoriais, multinível e multicomponente. Para isso, as tecnologias de informação e banda larga apresentam uma oportunidade excepcional de capacitação dentro dos setores e para ações coordenadas entre eles (PATTON *et al.*, 2016).

Parceria com universidades e características dos processos de formação

Os cursos de formação voltados para trabalhadores da saúde devem considerar parceria com universidades, em especial aquelas que sejam referência para os temas buscados e que tenham boa estrutura de organização e capacidade de oferecer certificação (E03). Entre os conteúdos essenciais para o trabalho no território é possível indicar a formação em política, cidadania e direitos humanos (E04). Além disso, é fundamental que as estratégias de educação permanente considerem o cotidiano das práticas e a ênfase em poder processar, rever, repensar, pensar diferente, estudar e ler junto, por meio de aulas que funcionem como “diálogos” (E14).

Garantia de cuidado, em serviços infantojuvenis, a adolescentes que usam drogas

O atendimento a jovens e adolescentes que fazem uso prejudicial de drogas deve ser feito pelos CAPSij, não em serviços voltados para adultos (como os CAPS AD). Entretanto, são necessários avanços nesse sentido, pois nem todos os CAPSij de São Paulo se sentem capacitados para oferecer esse tipo de cuidado (E05).

Uso de instrumentos epidemiológicos

O conhecimento da prevalência de problemas de saúde mental costuma ser o primeiro passo para determinar a magnitude dos agravos coletivos, mas a identificação de fatores positivos e negativos que afetam a saúde mental também pode informar intervenções precoces²³ que podem reduzir a carga desses distúrbios (KIELING *et al.*, 2011). Ao estabelecer um sistema de atendimento hierarquizado, com múltiplos níveis, um mecanismo de triagem pode facilitar o processo de alocação de atendimento. Nesse sentido, o uso de ferramentas de triagem validadas, permite a detecção precoce de populações em risco e o planejamento subsequente do tratamento (JORDANS *et al.*, 2010).

23 As intervenções precoces em saúde mental são aquelas que acontecem de tal modo a prevenir maiores agravos, voltadas para pessoas em situação de risco ou em estágios iniciais de situações de sofrimento.



Exemplos de Intervenção

→ **Estratégias formativas para profissionais com possibilidade de se processar o conhecimento, aprender fazendo e transformando a realidade:** tais como as experiências de imersão na prática dos serviços de saúde mental oferecidas pelo *Departamento de Saúde Mental de Trieste* (reconhecido pela OMS como Centro Colaborador para Pesquisa e Treinamento em Saúde Mental)²⁴, do *Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde)*²⁵ e dos *Percursos Formativos*²⁶ do Ministério da Saúde. A possibilidade do deslocamento e confronto com outra realidade possibilita se despir de concepções enraizadas, para buscar compreender ideias e concepções de outros. Além disso, a formação dos usuários dos serviços é essencial. Nesse sentido, busca-se que todas as temáticas abordadas tenham sempre o ponto de vista dos usuários, nas mais diferentes formas: textos escritos por eles, narrativas, depoimentos, documentários e interação efetiva. Construir processos de formação no qual os usuários ocupem o lugar de formadores, a partir da perspectiva da experiência vivida, produz um saber distinto (E14).

→ **Atuação em rede dos CAPSij de São Paulo/SP:** na cidade, o cuidado em saúde mental para adolescentes é organizado e articulado a partir dos CAPSij, que estabelecem uma rede de apoio intersetorial junto a escolas, creches, abrigos, Unidades de Acolhimento Infantojuvenil, Consultórios na Rua e demais instituições do território que lidam com crianças e adolescentes (E08).

→ **Projetos de prevenção e promoção de saúde mental em São Paulo/SP** incluem os *Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOs)*²⁷, *Programa de Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS)*²⁸ e o *Programa Saúde na Escola*. Estas são estratégias ligadas à atenção básica em articulação com os CAPS. Anteriormente, os extintos projetos de prevenção de uso de álcool e drogas do Ministério da Saúde (*Jogo ELOS, #TamoJunto e Famílias Fortes*)²⁹, também construíram uma relação muito próxima entre as secretarias de saúde e educação, tendo bons resultados (E08).

²⁴ Para conhecer mais sobre o Departamento de Saúde Mental de Trieste, acesse o artigo: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v12n2/04.pdf>.

²⁵ Para conhecer mais sobre o Pró-Saúde, acesse o link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf.

²⁶ Para conhecer mais sobre os Percursos Formativos, acesse o link: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69438>.

²⁷ Para conhecer mais sobre os CECCOs, acesse o link: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_mental_ad/index.php?p=303568

²⁸ Para conhecer mais sobre o PAVS, acesse o link: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pavs/index.php?p=215712

²⁹ Para conhecer mais sobre os extintos programas de prevenção do Ministério da Saúde, acesse o link: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/APRESENTACAO-SAUDE-MENTAL-01.pdf>



6. AÇÕES DE SAÚDE MENTAL

Descrição

As intervenções neste caso consistem em estratégias que visam a **promoção, prevenção, atenção e reabilitação/recovery no campo da saúde mental** no âmbito individual e coletivo. As estratégias podem ser realizadas por **serviços específicos de saúde mental ou por serviços de saúde em geral** em seus diferentes níveis de atenção e podem ter um caráter intra ou intersectorial (OMS, 2004; 2013; 2017; 2019a; OPAS, 2018). Considerando os dois públicos de interesse para esse projeto, com frequência há três temas que recebem maior atenção no contexto dessas estratégias:

a. Humanização dos serviços de saúde mental – superando o paradigma manicomial que enfatizava a internação e a medicalização, diversas intervenções buscam tornar o cuidado com a saúde mental humanizado. Nesse sentido, busca-se promover uma assistência integral e multidisciplinar, que confere autonomia aos usuários, estimula a inserção na vida social e valoriza as relações entre quem sofre transtornos e suas famílias, cuidadores e a comunidade em geral. As intervenções nesse sentido podem se dar em diferentes contextos, como o ambiente escolar e espaços laborais e comunitários, e podem estar direcionados a indivíduos ou a grupos.

b. Ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva – abordando questões como prevenção da gravidez na adolescência, saúde sexual e reprodutiva, ainda que com maior frequência direcionada a mulheres e meninas, as intervenções podem estar direcionadas também a homens e a pessoas cis e trans. As estratégias podem incluir capacitação de profissionais, materiais educativos, ampla disseminação de informações, o estímulo ao uso de diferentes métodos contraceptivos, apoio psicológico e o acompanhamento de tratamentos hormonais.

c. Questões relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas - considerando tanto os desafios pessoais como o contexto e a complexidade em que os indivíduos se inserem, diferentes intervenções são promovidas para prevenir o uso prejudicial de álcool e outras drogas e minimizar os danos gerados. Estratégias nesse sentido também são essenciais para prevenir o contágio de vírus transmitidos pelo sangue a partir de drogas injetáveis (PATTON *et al.*, 2016).



Mapeamento de prioridades e lacunas

A importância de empreender *ações de saúde mental* tem sido levantada em diferentes conferências e foi igualmente ressaltada nas entrevistas realizadas pelo projeto. A seguir são apresentadas as indicações mapeadas nesse sentido.

As deliberações da *IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial* relacionadas às *ações de saúde mental em âmbito individual e coletivo* indicam o seguinte (BRASIL, 2010):

299. O processo de superação do modelo asilar e de efetivação da reforma psiquiátrica requer a **promoção de relações** entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no **acolhimento e no vínculo**, no sentido de evitar que se reproduza, dentro dos serviços substitutivos, a lógica do manicômio (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

300. Para tanto, é necessário adotar um **modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos**, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o **“protagonismo social”**, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

328. Trata-se, ainda, de: promover e estimular o **trabalho em rede com equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar**; **ampliar o apoio matricial**; **potencializar a missão dos CAPS no território**; e de fortalecer as ações e o cuidado no território, através de espaços, estratégias, e dispositivos diversos, valorizando as potencialidades dos usuários e considerando a cultura local, para **viabilizar o acompanhamento dos usuários de forma itinerante** (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

349. Os CAPS, serviços na comunidade, **devem operar com atenção integral, de forma interdisciplinar e intersectorial, realizar apoio matricial, atuar de modo articulado com as demais políticas públicas, e não reproduzir práticas manicomialis**. É fundamental, também, que os CAPS **garantam o acesso, com horário estendido e porta aberta, o acolhimento e cuidado à crise, a ambiência, a dispensação de medicação, e a realização de visitas domiciliares** (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

538. Em relação ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), a IV CNSMI reafirma sua função de dispositivo estratégico da política pública, indicando que o **CAPSi potencialize seu mandato de ordenador**



da demanda em saúde mental infantil e juvenil, opere permanentemente sob fundamento intersetorial e seja capaz de agenciar, no seu território de referência, condições efetivas para que na construção da rede e nas ações de cuidado haja o envolvimento e a corresponsabilidade de todos os setores historicamente implicados na assistência a crianças e adolescentes: o da saúde geral/atenção básica, da educação, da assistência social, da justiça e direitos (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

555. Garantir, no processo de desinstitucionalização da criança ou do adolescente com sofrimento psíquico, a assistência integral e multidisciplinar do seu cuidador, com a finalidade de prepará-lo para a recepção e integração da criança ou adolescente na família e na sociedade (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

559. Enfrentar a prescrição indiscriminada de psicofármacos para crianças e adolescentes, através de ampla discussão sobre os riscos de medicalização dessa população (Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais);

932. Estabelecer parcerias com os movimentos sociais (Associações, Centros Comunitários, Pastorais, ONGs e outros) **a fim de ampliar o atendimento à comunidade e usuários**, sensibilizando-os, através das diversas estratégias de comunicação, sobre a importância da promoção e prevenção em saúde mental, e divulgando os serviços à sociedade civil (Eixo III Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial).

As deliberações da *III Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo* relacionadas às *ações de saúde mental em âmbito individual e coletivo* indicam o seguinte (PMSP, 2013):

→ **Garantir e reafirmar os Centros de Convivência e Cooperativa - CECCO como equipamento da rede de atenção à saúde e como espaço privilegiado para o desenvolvimento de atividades**. Que os mesmos possuam verba destinada à compra de materiais, para a manutenção das oficinas, com o objetivo promover a reinserção social e a integração no mercado de trabalho de pessoas que apresentam sofrimento mental, pessoas com deficiência física e intelectual, idosos, crianças e adolescentes em situação de risco social e pessoal e para a população em geral, em espaços públicos e intersecretariais (Eixo III - Acesso, Qualidade, e Humanização nos equipamentos de Saúde).



As propostas priorizadas na *4ª Conferência Municipal da Juventude* e relacionadas às *ações de saúde mental em âmbito individual e coletivo* indicam o seguinte (PMSP, 2019):

- Garantia de acesso a **transição hormonal** para pessoas trans, visando a inclusão na área de esportes e cultura, bem como **apoio psicológico e acompanhamento parental** (Eixo I - Saúde e Bem-Estar);
- Programa de **apoio psicológico aos jovens nas escolas**. Atendimento individualizado e coletivo com profissionais e estudantes da área da saúde, sob supervisão e sistematização das diretrizes anteriores no programa “Viva Jovem”, visando assegurar o pleno desenvolvimento da criança e adolescente, oferecendo alternativa de plano de vida e autoestima plena (Eixo I - Saúde e Bem-Estar);
- **Treinamento de equipes de saúde** para o cuidado especializado com a saúde das mulheres cis e trans, como o acompanhamento de **tratamentos hormonais para prevenção de possíveis complicações e prevenção de gravidez na adolescência** (Eixo III - Igualdade de Gênero).

Os posicionamentos do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil* relacionadas às *ações de saúde mental em âmbito individual e coletivo* indicam o seguinte (BRASIL, 2014b):

- As noções centrais que orientaram a discussão foram a vulnerabilidade, a iniquidade social, a **complexidade implicada no consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes** e a necessidade de considerar os contextos socioculturais e econômicos na abordagem do problema e na construção das alternativas para enfrentá-lo.

O *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil – CAPSIJ* traz como indicações relacionadas às *ações de saúde mental em âmbito individual e coletivo* o imperativo de que **o CAPSij deve ser o lugar prioritário de acolhimento às situações de crise**, para a superação definitiva do modelo asilar (PMSP, 2016b).

A partir da perspectiva dos atores-chave entrevistados, são indicadas as ações prioritárias a seguir, relacionadas com a *saúde mental em âmbito individual e coletivo*:



→ **Medicalização e sofrimento de meninas:** as meninas não podem ter o mesmo destino psiquiátrico que as gerações das suas mães e avós sofreram, o destino da medicalização e da internação. As automutilações, tão comuns em adolescentes, são marcas/códigos de sofrimento deste tempo (E01);

→ **O trabalho dos CAPSij no território,** a partir da diretriz do ECA de *incompletude institucional*, indica que não há uma única instituição que dê conta de toda a complexidade das experiências de sofrimento e demais vulnerabilidades. Para cumprir com esse mandato, é necessário colocar todos juntos – CAPS, UBS, escolas, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), equipamentos de cultura, entre outros – de tal modo a articular a garantia de direitos (E01, E14);

→ **Linguagem:** É preciso abandonar a ideia de que exista a linguagem do profissional e a linguagem do usuário. Ao trabalhar com adolescentes, é necessário conhecer os signos e fazer parte deles, do contrário fica-se apenas na tradução, na imitação, como algo artificial ou alternativo. **Utilizar linguagem mais próxima dos adolescentes, respeitar e valorizar a linguagem “da quebrada”** é fundamental para que o vínculo aconteça e se viabilize a presença deles nos serviços e atividades (E05);

→ **Abordar o sofrimento a partir de uma atitude de cuidado de si:** o *cuidado de si* envolve uma atitude consigo em que a responsabilidade em lidar com sofrimento é daquele que sofre. Essa atitude se desenvolve a partir de relações afetivas, a partir da capacidade de contar a própria história, de reconhecer os próprios sonhos, medos e afetos, de decompor grandes problemas em problemas menores. A outra forma de abordar o sofrimento se dá pelo *conhecimento de si*, que supõe a possibilidade de prever e controlar os processos a partir de entendimentos sobre o próprio funcionamento, a partir de representações. Em suma, o cuidado é uma prática, não é uma representação de si. O cuidado engloba o conhecimento, mas o conhecimento não engloba o cuidado (E15).



Aspectos de implementação

Ao implementar *ações de saúde mental* é importante ter em mente que alguns aspectos podem atuar como barreiras, dificultando a efetividade das ações, enquanto outros podem ser facilitadores, favorecendo os esforços. Nesta seção, as barreiras e os facilitadores são agrupados em duas dimensões, separando as questões relacionadas mais diretamente aos usuários e familiares daquelas associadas aos profissionais e serviços.

BARREIRAS - DIMENSÃO: USUÁRIOS E FAMILIARES

Impactos nos atendimentos em saúde mental no contexto da pandemia de COVID-19

No contexto da pandemia, os cuidados necessários para evitar a propagação do novo coronavírus, como o distanciamento físico e o isolamento social, tiveram um grande impacto no funcionamento dos serviços e, conseqüentemente, nos atendimentos aos usuários. Os CAPS, serviços de saúde mental estratégicos, têm como principais ferramentas de trabalho o contato direto, a criação de vínculos, os trabalhos em grupo, a inserção na comunidade. Durante a pandemia, ocorreu uma diminuição dos espaços de encontro nos CAPS, tornando o trabalho mais difícil e solitário (E04, E05).

Os serviços precisaram se adaptar à pandemia, criando alternativas a partir de recursos online. No entanto, há um limite do que se pode realizar com as crianças e adolescentes nos meios virtuais, sendo importante que também existam estratégias presenciais, como visitas domiciliares de acompanhamento (E08). Além disso, há uma crise significativa em como a experiência da pandemia se expressa na periferia, ao escancarar as desigualdades sociais, seja pela impossibilidade de isolamento social por necessidades financeiras (como a ida ao trabalho), seja pela falta de acesso à internet de qualidade para o acesso aos recursos de cuidado virtuais (E04, E05).

Sobrecarga e responsabilidade de familiares

As dificuldades de subsistência das famílias e a frequência com que os responsáveis podem subestimar, negar ou desconhecer as dificuldades que as crianças e jovens estão enfrentando se somam e podem contribuir indiretamente para seus transtornos (JORDANS *et al.*, 2010). Muitas vezes as mães não têm oportunidades de trabalho devido ao tempo de dedicação aos tratamentos dos filhos e filhas. Por outra parte, há pais que não aceitam a condição dos filhos, culpabilizam as mães e abandonam os lares. Com isso, tipicamente há sobrecarga das mães, visto que na grande maioria dos casos é a mãe quem assume o tratamento (PMSP, 2016b).



BARREIRAS - DIMENSÃO: USUÁRIOS E FAMILIARES

Aspectos da relação das famílias com os CAPSij

É necessário desconstruir a patologização de crianças e adolescentes e o uso desnecessário da medicação, que ocorre também a partir da demanda da família. Muitas vezes as famílias preferem o atendimento ambulatorial, apresentando maior dificuldade de sustentar o Projeto Terapêutico Singular³⁰ nos CAPSij. Para remediar essa situação, os serviços precisam estar alinhados, trabalhando em rede e orientando as famílias, para que o adolescente que necessita do acompanhamento psicossocial tenha garantido o acesso ao melhor atendimento (PMSP, 2016b).

Da parte dos adolescentes, há um desejo crescente de privacidade e confidencialidade que também pode se tornar uma barreira. O constrangimento, a vergonha e o medo de ser julgado, restringem o acesso aos cuidados de saúde. Uma preocupação particular é que os pais sejam informados sobre questões sensíveis, como uso de substâncias, questões de saúde mental e comportamentos sexuais (PATTON *et al.*, 2016).

Transformação do sofrimento para mulheres e adolescentes

No estudo da história da psicopatologia e da transformação dos modos de sofrimento, há dificuldade de se pensar de maneira transgeracional, o que pode ser atribuído ao fato de que as condições etárias, de gênero e de raça mudam muito entre culturas. Para as mulheres, isso está ligado à expansão do neoliberalismo, à transformação dos vínculos laborais e às formas de produção. Hoje, por exemplo, a transformação da adolescência tem a ver com os nativos digitais nascidos depois de 1995, que têm outra expectativa de realização sobre o que é a adolescência. São adolescências que não produzem um futuro para si mesmas, faltam narrativas por se perceberem em uma posição muito desvantajosa no mundo que agora é mais perceptível e acessível (E15).

Linguagem digital e adolescência

Com a linguagem digital, a experiência oral da linguagem tem diminuído na adolescência contemporânea, o que afeta a capacidade de produzir laços sociais, que são uma função protetiva em termos de saúde mental. Aqueles que não conseguem transitar os afetos, ou seja, reconhecê-los, partilhá-los, e construir uma espécie de comunidade de afeto em comum, estão mais vulneráveis para que o sofrimento evolua para sintomas e formas mais graves (E15).

³⁰ O Projeto Terapêutico Singular pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido. A noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo. (BRASIL, 2013)



BARREIRAS - DIMENSÃO: PROFISSIONAIS E SERVIÇOS

Serviços rígidos, proibicionistas e medicalizantes

Há CAPSij muito rígidos, proibicionistas e que medicalizam demais. Por exemplo, adolescentes podem ser diagnosticados com Transtorno Opositor Desafiador (TOD), enquanto o que existe na realidade é a pulsão de vida, são situações em que o indivíduo está reagindo ao invés de se submeter. Ao “dar trabalho”, ele é medicado (E01, E03). Há preconceito, falta de experiência e lacunas de formação entre os profissionais da área da saúde e assistência em relação a crianças e adolescentes **usuários de drogas** (PMSP, 2016b). Esse cenário também é descrito por diversos estudos que indicam que mesmo quando a legislação permite uma resposta particular à saúde, as atitudes e crenças dos profissionais sobre a adequação de uma ação podem afetar sua resposta a um adolescente (PATTON *et al.*, 2016).

Serviços sobrecarregados, sem infraestrutura e apoio

A alta demanda por atendimentos nos CAPSij, associada a equipes com poucos profissionais, deixa os serviços sobrecarregados. Nesses cenários, é possível que algumas necessidades sejam privilegiadas em detrimento de outras, como o foco em atendimentos de crianças e jovens com transtorno do espectro do autismo, além da ausência de recursos para aqueles com uso prejudicial de drogas ou situações de autolesão (PMSP, 2016b).

Outro ponto relevante no município de São Paulo, até dezembro de 2020, entre os 32 CAPSij existentes, apenas sete tinham funcionamento 24h (os quais funcionam como serviço de referência para os demais CAPSij de sua região). Nesse sentido, há dificuldades na operacionalização logística do compartilhamento do cuidado entre os serviços, devido à falta de veículos disponíveis para o transporte de usuários, agravando as dificuldades em lidar com situações de crise que exigem acompanhamento permanente (PMSP, 2016b).

CAPS menos voltados à adolescência e juventude

Serviços com estética infantil dificultam a aproximação dos adolescentes (PMSP, 2016b). É importante que os CAPSij não estejam focados apenas em ferramentas mais voltadas para o público infantil e incluam atividades mais festivas, voltadas para os jovens e seus desejos (E01).



FACILITADORES - DIMENSÃO: USUÁRIOS E FAMILIARES

Avaliação positiva de CAPSij

Os usuários com frequência têm uma avaliação positiva do acolhimento integral no CAPSij. Eles indicam que os serviços são muito melhores em comparação com o hospital geral, onde, quando internados, se permanece apenas “em um quarto branco, aguardando a comida e o horário de tomar banho”. (PMSP, 2016b)

Criação de relações de confiança entre profissionais, usuários e familiares

Ao se elaborar o Projeto Terapêutico Singular dos adolescentes, é imprescindível a participação dos pais, dada a importância de que esse Projeto faça sentido não só para o jovem, mas também para sua família. O trabalho dos profissionais de saúde auxilia os responsáveis a enfrentarem os obstáculos do tratamento e proporciona às famílias um novo olhar para as potencialidades e capacidades das crianças e jovens, rompendo preconceitos e possibilitando que cresçam, estudem, trabalhem e tenham autonomia e independência (PMSP, 2016b).

Uma tarefa importante dos profissionais de saúde é ajudar a definir expectativas de adolescentes e seus familiares sobre a responsabilidade maior que precisam ter com seus cuidados de saúde. **Envolver os adolescentes de forma amigável, respeitosa e sem julgamentos os ajuda a ganhar confiança e habilidades para tomar cada vez mais decisões sobre sua saúde e bem-estar** (PATTON *et al.*, 2016). Nesse sentido, a estabilidade, a segurança e o bem-estar dos responsáveis, além da sensibilidade emocional da família como um todo, são fatores cruciais para o equilíbrio socioemocional de adolescentes (JORDANS *et al.*, 2010).



FACILITADORES - DIMENSÃO: PROFISSIONAIS E SERVIÇOS

Aproximação e vínculo com adolescentes

É importante criar um vínculo com os adolescentes, pensar em como se aproximar deles. Para isso, é preciso se reinventar, se desvestir de mitos e preconceitos, fazendo com que eles entendam que os profissionais podem ser figuras de identificação e cuidado, não de punição (E08). O trabalho deve ser produzido junto com o outro, a partir das escolhas que os usuários trazem (E05).

A oferta de estratégias interessantes para adolescentes nos CAPSij também contribui para a adesão aos serviços. Assim, na elaboração de atividades de engajamento, é importante considerar que as pesquisas apontam que os adolescentes são frequentemente mais influenciados por desfechos de curto prazo do que de longo prazo (PATTON *et al.*, 2016). Alguns exemplos nesse sentido são rodas de música, oficinas mistas, saídas para atividades de lazer e cultura, assistir a clipes, conversas sobre a vida e violência. As atividades podem ocorrer a partir de recursos pessoais dos profissionais e o grande engajamento dos adolescentes nessas oportunidades reforça que eles querem sair mais, conhecer lugares, não permanecer dentro dos serviços (PMSP, 2016b). Nesse sentido, são facilitadoras as práticas que transformem a experiência dos jovens, não que a incluam ou a subordinem a uma certa maneira de falar de si, reforçando os estereótipos negativos (E15). Além disso, o uso da tecnologia em atendimentos remotos de saúde pode ser um aliado para lidar com as preocupações a respeito de sigilo e privacidade.

Profissionais de apoio e oficinairos da própria comunidade

Os trabalhadores de apoio (como cozinheiros, vigilantes, faxineiros, secretários, recepcionistas, entre outros) são fundamentais para o funcionamento dos serviços de saúde mental, não só pelas atividades específicas que desempenham, mas também pela qualidade de contato que podem desenvolver com os usuários. A experiência, os recursos e o repertório que os trabalhadores de apoio oferecem são muitas vezes mais próximos das realidades dos usuários, permitindo ações diferentes daquelas desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Nessa linha, outra figura central nos CAPS são os oficinairos, principalmente os que vivem no território de atuação do serviço, pois complementam o trabalho da equipe técnica e permitem diferentes ações na comunidade (E04).



FACILITADORES - DIMENSÃO: PROFISSIONAIS E SERVIÇOS

Ênfase na integração à vida social

Os adolescentes atendidos nos serviços de saúde mental são beneficiados por estratégias que enfatizem a relação com a comunidade, com o “fora” do serviço. O CAPS pode ser pensado como um recurso, não um lugar. Dessa forma, é possível estar mais próximo nos momentos em que o adolescente precisa de apoio. Além disso, há também benefícios e desafios para a equipe, ao sair do espaço protegido do serviço e desenvolver ações que façam a diferença na vida cotidiana dos usuários (E05).

Nesse sentido, em relação aos adolescentes que fazem uso prejudicial de drogas, o trabalho é facilitado quando a equipe se permite estar com os adolescentes nas praças, em teatros, em espaços de convivência, valorizando outras formas de estar no mundo e não reforçando o uso das drogas (PMSP, 2016b).

Ações articuladas com a comunidade

Para as ações que acontecem na comunidade, estudos indicam que as intervenções escolares mais eficazes se baseiam nas estruturas comunitárias disponíveis, utilizam boas informações sobre saúde e bem-estar dos adolescentes, adotam uma estratégia multicomponente, monitoram o progresso e promovem o engajamento das famílias e comunidade (PATTON *et al.*, 2016). Intervenções preventivas integrando escolas, cuidados de saúde e serviços comunitários são importantes para a ampliação e sustentabilidade das intervenções (KIELING *et al.*, 2011). Além disso, as escolas podem funcionar como ponto de entrada para o sistema de atendimento comunitário, com apoio e envolvimento das estruturas governamentais locais. (JORDANS *et al.*, 2010).

Nesse sentido, a colaboração integrada e intersetorial para intervenções comunitárias levanta desafios organizacionais e operacionais, que podem ser abordados por meio de reuniões de supervisão ou fóruns temáticos (JORDANS *et al.*, 2010).

A articulação comunitária também pode ocorrer entre dois CAPS. Na impossibilidade de que o CAPSij de referência possa acolher um usuário que precise de atenção 24h por exemplo, uma estratégia é que o Projeto Terapêutico Singular seja compartilhado com outro serviço. Nesse caso, os dois CAPSij em conjunto têm a possibilidade de proporcionar uma discussão rica, com olhares diversos e a construção de estratégias e cuidados complementares que compõem o projeto do usuário (PMSP, 2016b).



FACILITADORES - DIMENSÃO: PROFISSIONAIS E SERVIÇOS

Abordagens em grupo

As abordagens em grupo são mais viáveis em contextos de restrições econômicas e disponibilidade limitada de profissionais da saúde mental. Elas permitem que os membros reconheçam que não estão sozinhos com seus problemas, podem aprender novas estratégias e habilidades de enfrentamento entre si, além de poder funcionar como um espaço para experimentar novas soluções de problemas (JORDANS *et al.*, 2010).

Mídias digitais

Embora o uso excessivo de mídias digitais e sociais possa ser indicado como fator de risco, intervenções online e de telefonia móvel podem desempenhar um papel positivo na prevenção e promoção do acesso aos serviços de saúde. As mídias sociais e intervenções online oferecem a possibilidade de alcançar diversos grupos, incluindo adolescentes geograficamente e socialmente marginalizados. Trata-se de uma plataforma de grande promessa, mas ainda há pouco consenso sobre as estratégias mais eficazes com adolescentes (PATTON *et al.*, 2016).

Exemplos de Intervenção

→ **Experiência de trabalho compartilhado entre serviços:** trata-se de uma articulação feita entre UBSs e CAPSij de um mesmo território a partir da percepção de que as profissionais da unidade básica (terapeuta ocupacional e psicóloga) realizavam atendimentos individuais voltados para saúde mental e perceberam que a fila de espera aumentava cada vez mais, havendo poucos resultados positivos para as pessoas atendidas. Assim, a partir da parceria com o CAPSij, a UBS criou um grupo de avaliação de crianças, adolescentes e suas famílias que dura cinco encontros e tem como objetivo a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) das famílias. Nesse exemplo descrito, foi possível observar um duplo efeito na postura da equipe da UBS, havendo maior reflexão e escuta qualificada, além de maior busca de aproximação com outros recursos da comunidade, resultando em uma reunião quinzenal (com CAPSij, escolas, Centros de Referência da Assistência Social, entre outros) para compartilhar, avaliar e monitorar os PTS elaborados (PMSP, 2016b).



→ **Os Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOs)** do município de São Paulo/SP contam com uma equipe multidisciplinar e são dispositivos de promoção de saúde aos usuários interessados em desenvolver atividades voltadas para a convivência, como oficinas de geração de renda ou expressão artística (PMSP, 2016b). Atualmente têm sido desenvolvidas oficinas transgeracionais, com atividades que permitem a interação entre mulheres idosas, crianças e adolescentes a partir do *Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS)*, no desenvolvimento de consciência ambiental a partir do trabalho em hortas e jardins. Durante a pandemia, as atividades presenciais foram substituídas por *lives* de Tai Chi Chuan e rodas de conversa nas redes sociais (E08).

→ **As atividades promovidas com recortes específicos, como gênero, permitem a abordagem de temas de interesse e ajudam a aumentar o engajamento.** Nas atividades do grupo de meninas adolescentes de um CAPSij são abordados temas de interesse e que são fontes de sofrimento como situações de estupro, violência e exploração sexual, além de trocas sobre a conscientização corporal e relações afetivas. No exemplo descrito, a partir de um movimento de contestação promovido pelo grupo de meninas, por serem vistas como objetos sexuais pela sociedade em sua condição feminina, desenharam na parte de fora do CAPS uma grande vagina na parede. Isso suscitou muitas discussões sobre liberdade, sexualidade e condição da mulher para todo o serviço, inclusive com a participação dos meninos. Em **outra experiência de CAPSij, o grupo de meninas** possibilita que falem sobre suas experiências de serem reconhecidas como meninas na periferia e as particularidades dessa condição (E04, E05).

→ **CAPS na Rua:** os CAPSij têm utilizado estratégias interessantes de abordagem de adolescentes, como fazer atendimentos nos espaços públicos de circulação, praças e parques. Assim, os profissionais se aproximam da realidade cotidiana dos jovens de forma positiva, o que permite construir vínculos de confiança para abordar questões mais delicadas como o uso prejudicial de drogas. As equipes das UBS também fazem esse trabalho de reconhecimento do território e aproximação, usando de artifícios como jogar bola no campo de futebol do bairro. Atuar nos espaços públicos também é uma responsabilidade dos CAPS, não só das equipes de *Consultório na Rua*³¹ (E08).

31 As equipes de *Consultório na Rua* são multiprofissionais e desenvolvem ações de saúde frente às necessidades da população em situação de rua. Elas realizam suas atividades de forma itinerante e podem desenvolver ações em parceria com outros serviços. Para conhecer mais, acesse o link: <https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>



→ **Acampadentro**³²: quando adolescentes provocam os profissionais do CAPS a estarem nos espaços de vida, de estarem à noite no território, é uma confirmação de maior horizontalidade na relação. O *Acampadentro* se criou em uma lógica de virada de noite, em que o profissional sai da rotina do serviço e a produção de cuidado se dá em outra ordem. Nessa experiência, adolescentes e profissionais passam a noite no CAPS e participaram de oficinas (de grafite, capoeira, rap, funk, pintura, entre outras) como forma de promover a saúde mental de maneira mais lúdica. Mesmo que o profissional continue sendo a referência responsável pelo espaço, a relação com os adolescentes se transforma nessa situação mais horizontal (E05).

→ **O Grupo Crise e Sofrimento**³³ trabalha com atendimento em vários territórios da grande São Paulo, com familiares de crianças que estão em acolhimento institucional, grupos de militantes de direitos humanos, mães em luto e contextos de violência de maneira geral. Além disso, organiza cursos de extensão universitária para profissionais por meio da *Cátedra Edward-Said* da Universidade Federal de São Paulo (E03).

→ **Tecnologias de programas digitais** voltados à saúde mental, como chats de apoio e meditação online são razoáveis, mas enfrentam uma dificuldade intrínseca de que boa parte da solidão, do temor à diferença, da esquiva de conflitos tem a ver com o mundo funcionar de maneira mais impessoal, mais administrado e mais racionalizado. É difícil imaginar que a tecnologia, que faz parte das estruturas de racionalização e impessoalidade, possa afetar processos de sofrimento. **As formas mais interessantes são as híbridas, com alguma multiplicação de tecnologia combinada com presença pessoal, escuta direta e partilha de afetos corporizados** (E15).

³² Para conhecer mais sobre o Acampadentro, acesse link: <https://www.youtube.com/watch?v=p-VqSH6RsA7g>

³³ Para conhecer mais sobre o Grupo Crise e Sofrimento, acesse o link: <https://www.facebook.com/grupocriseesofrimento/>





7. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, DADOS CIENTÍFICOS E PESQUISAS PARA A SAÚDE MENTAL

Descrição

As estratégias elencadas nesta categoria envolvem a geração de dados e informações que permitam qualificar a atuação no campo da saúde mental (OMS 2004; 2013; 2019a; OPAS, 2018). As intervenções neste eixo podem se dar em três frentes inter-relacionadas:

a. Melhoria de sistemas de informação – é importante que a atuação em saúde mental possa ser acompanhada por um conjunto de indicadores, definidos em consenso com outros atores, para facilitar o seu monitoramento e avaliação (OMS, 2012). A criação de sistemas de informação pode se beneficiar de parcerias com a comunidade acadêmica e deve oferecer dados transparentes, acessíveis, que permitam a desagregação por idade e sexo e que evidenciem problemas negligenciados (PATTON *et al.*, 2016). Além disso, é importante que os sistemas definidos abarquem os diversos temas relevantes para a saúde mental e considerem o seu caráter intersetorial.

b. Monitoramento e avaliação dos serviços – com base em sistemas de informação, também é possível incluir mecanismos de prestação de contas (*accountability*) e de monitoramento e avaliação de serviços, tanto do campo da saúde mental como de outros serviços sociais. Por meio desses tipos de avaliação, é possível observar mudanças a longo prazo, compreender melhor os determinantes sociais dos problemas de saúde mental e obter insumos importantes para o planejamento adequado das ações. A avaliação pode contar com a participação social e ser utilizada em discussões com as diferentes partes interessadas.

c. Desenvolvimento de pesquisas – os dados existentes também podem indicar prioridades de pesquisas. O desenvolvimento de pesquisas rigorosas permite que a atuação no campo da saúde mental se dê com base em evidências. As pesquisas podem estar direcionadas a diferentes temas e envolver estudos de prevalência, análises de custo-efetividade, estudos sobre a eficácia de intervenções e evidências sobre as possibilidades de dar escala a intervenções (PATTON *et al.*, 2016; KIELING *et al.*, 2011).



Mapeamento de prioridades e lacunas

As estratégias mais relevantes que devem ser priorizadas são elencadas a partir dos registros das instâncias de controle social e participação, nacional e locais.

As deliberações da *IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial* relacionadas aos *sistemas de informação, dados e pesquisas* indicam o seguinte (BRASIL, 2010):

148. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial indica que o aprofundamento do processo de desinstitucionalização da loucura na Reforma Psiquiátrica brasileira requer a **implementação de novos mecanismos de sistematização, monitoramento e avaliação das informações da rede de saúde mental** para viabilizar um planejamento adequado das ações nessa área. **A participação do controle social no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas cotidianas de trabalho e do funcionamento dos serviços de saúde mental, dando visibilidade aos indicadores, de forma a democratizar as informações a todos os agentes sociais da saúde, é a reivindicação central das propostas neste subeixo.** (...) Assim como faz-se necessária a **criação, desenvolvimento e implantação de instrumentos e sistemas de informação em saúde mental dinâmicos, com infraestrutura que contemple a transversalidade, a intersectorialidade e o georeferenciamento** (Eixo I Políticas Sociais e Políticas de Estado);

149. A **qualificação dos mecanismos de planejamento e gestão do trabalho, definindo e pactuando indicadores e metas claras de avaliação, produção e qualidade para a assistência à Saúde Mental, nos seus vários níveis, depende, em boa medida, da qualidade das informações que os setores responsáveis pela execução de Políticas Públicas disponham.** Por isso, a **necessidade de se fomentar estudos do perfil epidemiológico da demanda em saúde mental** é amplamente referida, a fim de que permitam estabelecer indicadores e parâmetros que fundamentem as três esferas de governo nas suas estratégias de planejamento, vigilância, acompanhamento e implementação das ações nos serviços de saúde mental no SUS. Um **sistema integrado e informatizado, com acesso via web integrando as redes de atenção** (garantindo sigilo de informações de prontuários), é ainda, uma forma de viabilizar uma política de monitoramento e avaliação permanente dos serviços de Saúde Mental que contaria com a participação de todos os atores que fazem o acolhimento dessa demanda (Eixo I Políticas Sociais e Políticas de Estado);





150. A adequada provisão de meios como aquisição de computadores e acesso à internet em todas as unidades de saúde mental – com disponibilização de recursos midiáticos por parte do Ministério da Saúde é, também, aventada como estratégia de promoção do conhecimento e efetiva divulgação dos direitos dos atores da saúde mental, da Política de Saúde Mental e dos Princípios da Reforma Psiquiátrica. Um completo banco de dados informatizado para avaliação dos indicadores de resultados da saúde mental do país é, além de tudo, uma ferramenta importante para efetivação da intersetorialidade, devendo permitir cruzar dados dos sistemas de informação das Secretarias de Educação, Assistência Social, Secretaria de Justiça, Segurança Pública, Conselho Tutelar e outros, para troca de informações entre serviços (Eixo I Políticas Sociais e Políticas de Estado);

163. Criar e monitorar os indicadores pactuados referente às ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas e saúde mental (Eixo I Políticas Sociais e Políticas de Estado);

165. Criar mecanismos online de acompanhamento da utilização dos recursos financeiros do município no que refere a Saúde Mental, para monitorar e avaliar os serviços conforme previsto em lei, de forma transparente e simplificada para a comunidade (Eixo I Políticas Sociais e Políticas de Estado).

As deliberações da *III Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo* relacionadas aos sistemas de informação, dados e pesquisas indicam o seguinte (PMSP, 2013):

→ Garantir transparência, monitoramento e avaliação de todos os serviços públicos, próprios, conveniados e organização social otimizando o acesso à informação, discussão local e processos educativos de esclarecimentos, bem como a participação dos usuários e familiares nestas políticas, por meio do controle social e do diálogo com os movimentos sociais (Eixo I - Seguridade Social e Direitos Humanos).

O *I Plano Municipal de Políticas para Mulheres 2017-2020*, realizado a partir da 5ª Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres, indica a priorização das ações a seguir, relacionadas aos sistemas de informação, dados e pesquisas (PMSP, 2016a):

→ Implementar o Observatório de Gênero da Cidade de São Paulo, de maneira a produzir, sistematizar, conservar e divulgar dados estatísticos referentes a questões de gênero e ao atendimento às mulheres nos serviços da Prefeitura; a fim de garantir a transparência das políticas públicas para as mulheres, bem como de subsidiar seu monitoramento e a formulação de novas práticas (Eixo 1 - Participação Política, Poder Público, Democracia e Transparência);



- **Mapear, sistematizar e publicizar dados sobre igualdade de gênero e serviços de atendimento**, aprimorar serviços de monitoramento e produzir relatórios, estudos e diagnósticos sobre as mulheres da cidade, considerando as perspectivas étnico-raciais, geracionais, de nacionalidade, pessoas com deficiência e orientação sexual e identidade de gênero (Eixo 1 - Participação Política, Poder Público, Democracia e Transparência);
- **Aprimorar a abordagem e a produção de informações no âmbito do atendimento em saúde prestado às mulheres jovens (15 a 29 anos)** visando ao protagonismo no exercício de sua sexualidade, acesso à prevenção e direitos reprodutivos (Eixo 4 - Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos).

Os posicionamentos do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil* relacionados aos *sistemas de informação, dados e pesquisas* indicam o seguinte (BRASIL, 2014b):

- **Desenvolver pesquisas científicas na área da saúde mental infantojuvenil**, com permanente avaliação crítica em termos éticos e metodológicos, evitando a patologização de problemas sociais complexos.





Aspectos de implementação

Ao implementar ações desta categoria é importante ter em mente que alguns aspectos podem atuar como barreiras, dificultando a efetividade das ações, enquanto outros podem ser facilitadores, favorecendo os esforços.

BARREIRAS

Sistemas de informações fracos e insuficientes

Atualmente o município de São Paulo/SP tem dificuldades para disponibilizar informações sistematizadas sobre as **principais violações** que chegam aos Conselhos Tutelares, o que torna mais difícil o trabalho com a política pública de enfrentamento à violência. A prefeitura tem feito tentativas de adequar a operacionalização do sistema de recepção e transmissão de denúncias, de tal modo a sistematizar as informações de interesse (E08).

Esse contexto é corroborado por estudos da *Comissão Lancet* sobre saúde e bem-estar de adolescentes, que indicam um cenário geral de descoordenação, inconsistência e falta de dados sobre adolescentes em sistemas de dados globais, além da ausência de uma agência com responsabilidade pelo processamento de dados sobre esse público a nível global ou nacional (PATTON *et al.*, 2016).

Postura epistemológica que desconsidera mulheres que sofrem

Apesar dos avanços empreendidos nos últimos anos, para que as pesquisas científicas ressaltem os desafios enfrentados pelas mulheres, ainda há uma distância considerável no que se refere ao cotidiano vivido por mulheres nas áreas de periferia, sejam jovens ou adultas. Essa postura epistemológica é uma expressão do racismo científico. É fundamental, assim, que os movimentos e pesquisas levem em conta esse recorte nos estudos que envolvam mulheres, sejam elas jovens ou mais velhas (E01).

Dificuldade de acesso a dados, indicadores e informações

Os principais dados dos sistemas de informação do município de São Paulo sobre saúde mental concentram-se nos atendimentos realizados pelos CAPS, seja para adolescentes ou para mulheres. Há dificuldade de acesso às informações de atendimentos em saúde mental realizados pela Atenção Básica (E08).



BARREIRAS

O SUS tem poucos indicadores de sofrimento psíquico. O que se encontra são informações de adoecimento, quando já há um diagnóstico e um CID. Para atuar de forma preventiva, em relação às pessoas que têm o potencial de adoecer, mas ainda não adoeceram, é necessário ter outros indicadores. É difícil realizar esse mapeamento no Brasil, ainda mais sobre adolescentes, que dificilmente chegam nos serviços de saúde.

O sofrimento psíquico gerado no contexto da pandemia também ganhou novos significados, como não ter garantias se haverá o que comer, se haverá aulas na escola, se haverá computador disponível para estudar, se haverá internet estável - estes passaram a ser indicadores emergenciais. Há necessidade de se pensar em como mapeá-los, visto que não são tradicionalmente incluídos na saúde mental (E06).

A Organização Mundial da Saúde indica que a ausência de informações dificulta a implementação de avaliações de projetos, a disseminação de melhores práticas e a geração de novas evidências científicas no campo da saúde mental para adolescentes e mulheres (OMS, 2012).

Equívocos de pesquisas em contextos de pandemias e eventos extremos

É importante ter cautela com as pesquisas sobre impactos da pandemia sobre a saúde mental, pois as informações são muito recentes e ainda não foi possível acompanhar efeitos em médio e longo prazo. Muitos pesquisadores sem experiência na área se confundem ao trabalhar com eventos extremos e medem o sofrimento como se fosse depressão ou ansiedade, correndo o risco de tirar conclusões irreais. É importante ter cuidado e ponderação ao buscar dados referentes ao Brasil, pois há pesquisas publicadas, por exemplo sobre os desastres de Brumadinho ou Mariana, que chegaram à prevalência de 100% de ansiedade e depressão entre a população, um grande equívoco (E06).



FACILITADORES

Inclusão de adolescentes em pesquisas e processos de avaliação

A **inclusão de jovens como pesquisadores** em estudos, por exemplo sobre violência em seus territórios, possibilita um processo interessante de reconhecimento e formulação de perguntas inovadoras no campo (E13).

De forma semelhante, estudos da *Comissão Lancet* sobre saúde e bem-estar de adolescentes, indicam que o envolvimento significativo de jovens em processos de comunicação pode garantir uma compreensão mais adequada sobre o que os dados significam, favorecer a avaliação e análise da viabilidade e da adequação de ações potenciais e apoiar uma aceitação mais ampla de tais ações (PATTON *et al.*, 2016).

Lições aprendidas de pesquisas sobre pandemia e eventos extremos

As pesquisas sobre o impacto de emergências humanitárias na saúde mental podem apoiar a tomada de decisão a respeito de ações no contexto da pandemia por COVID-19. Nesse sentido, é possível prever a quantidade de pessoas afetadas pela pandemia, em termos de saúde mental e atenção psicossocial, ao utilizar as estimativas da Pirâmide IASC³⁴, mesmo que ela tenha mais precisão a respeito de desastres e ainda não haja uma adaptação que considere a pandemia no Brasil. As estimativas apontam que: até 80% da população pode desenvolver sofrimento psíquico, automutilação, conflito interpessoal e tentativa de suicídio, mas a própria rede socioafetiva pode ser suficiente para oferecer suporte; entre 15% e 25% da população poderá se encontrar em maior risco, com sua estrutura psíquica mais fragilizada, e precisar de suporte mais imediato para evitar colapsos maiores; e entre 1% e 4% da população diz respeito a pessoas que poderão precisar de ajuda mais especializada, uma atenção diferenciada (E06).

34 Para conhecer mais sobre a Pirâmide IASC e orientações para atuação em emergências humanitárias, acesse o link: https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf



Exemplos de Intervenção

- Na cidade de São Paulo/SP, no ano de 2019, a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social realizou a *Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua*³⁵, revelando que o número de pessoas em situação de rua praticamente duplicou nos últimos 5 anos, com um perfil de mais mulheres e famílias do que registrado em pesquisas anteriores. Essas informações são fundamentais para prestar assistência a essa população (E08).
- Um dos principais indicadores utilizados pela prefeitura municipal de São Paulo para avaliar os impactos das políticas públicas de saúde mental é o registro de ações de matriciamento³⁶ pelos CAPS, nos sistemas de informação. A partir dele é possível avaliar a capacidade dos serviços de saúde mental para atuação em rede, em especial a partir de parcerias com a atenção básica no atendimento às demandas da população (E08).
- Durante a pandemia por COVID-19, a Prefeitura de São Paulo/SP realiza monitoramento semanal com serviços de saúde mental para verificar como estão sendo enfrentados os desafios e alinhar estratégias de intervenção nesse contexto, em um trabalho conjunto com interlocutores de saúde mental das diferentes regiões de saúde do município (E08).
- Entre as estratégias de organização e utilização de dados dos sistemas de informação para orientar a construção de políticas e intervenções, é possível indicar como exemplo o *Dossiê sobre Saúde Mental em Sapopemba*, elaborado a partir de conversas entre os diversos serviços da região. O documento buscou apresentar os dados de maneira acessível e explicitar as lacunas das políticas públicas através de exercícios de cartografia dos espaços de atuação em saúde mental do território (E13).
- O *Observatório Ecos e Reflexos*, ligado ao CEDECA Sapopemba e composto também por adolescentes, realizou processo formativo com jovens de diversas regiões do território em parceria com o *Centro Brasileiro de Análise e Planejamento* (CEBRAP), para elaboração de questionário e aplicação de pesquisa sobre violência, tráfico de droga e trabalho infantil³⁷(E13).

³⁵ Para conhecer mais sobre a *Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua* (2019), acesse o link: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209-SMADS_SP.pdf.

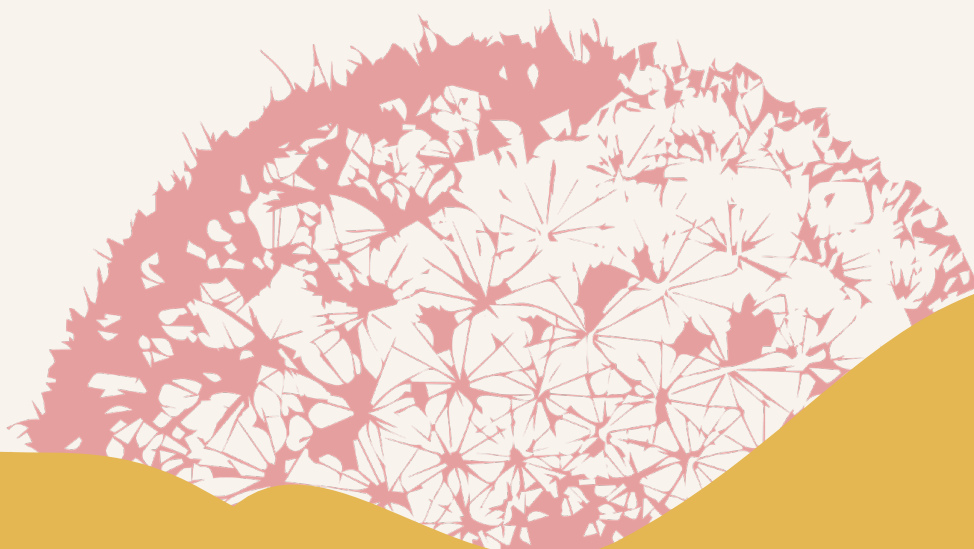
³⁶ O *matriciamento* pode ser definido como um processo de apoio entre equipes diferentes, para a construção compartilhada de propostas de intervenção. Para conhecer mais, acesse o link: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.

³⁷ Para conhecer a pesquisa *Tráfico de drogas entre as piores formas de trabalho infantil* (CEBRAP, 2018) acesse o link: https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Tr%C3%A1fico-de-Drogas-Trabalho-Infantil_ebook.pdf.



→ Considerando que a saúde mental de uma pessoa é um tipo de acumulação de resultados de diversos aspectos de sua forma de viver (alimentação, saneamento básico, educação, transporte, direitos humanos, família, relações afetivas), a construção de métricas para avaliar a saúde mental é um grande desafio. Nesse sentido, o **Atlas da Violência**³⁸ pode oferecer pistas metodológicas para a elaboração de algo similar para o campo da saúde mental, a partir de um mapeamento das condições de vulnerabilidade para a saúde mental, indicando situações e eventualmente regiões com altíssima vulnerabilidade ou situação de perigo iminente. Isso seria uma grande ajuda para as políticas públicas, permitindo indicar lacunas, localizar recursos, ver como os recursos se capilarizam ou não na comunidade e se tornam acessíveis de fato para a população (E15).

38 Para conhecer mais sobre o *Atlas da Violência* (IPEA), acesse o link: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>.



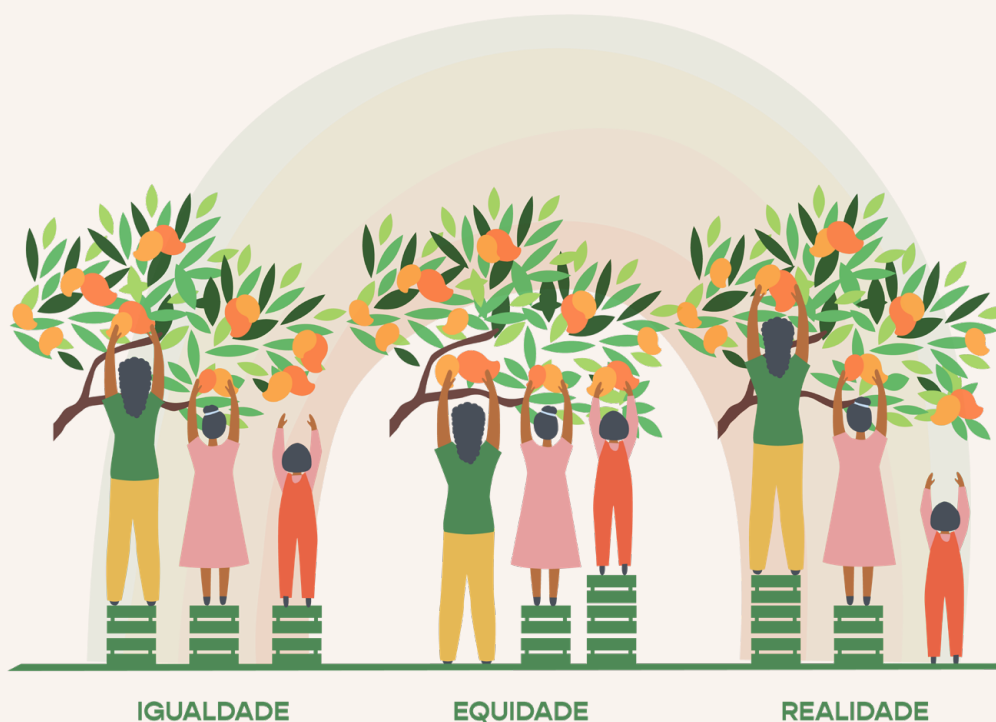


3 CONSIDERAÇÕES SOBRE EQUIDADE

Quando se pensa em implementar qualquer intervenção social, em especial no contexto brasileiro, é essencial considerar formas de superar as desigualdades. As *desigualdades* podem ser definidas como “diferenças que são tanto **desnecessárias e evitáveis** quanto consideradas **injustas e indevidas**” (OXMAN *et al.*, 2009). Indivíduos em situação de vulnerabilidade e de desigualdade social podem ter piores desfechos e diferentes experiências em relação a outros grupos que acessam as mesmas políticas e programas (WHITEHEAD, 1992).

Assim, o conceito de equidade considera que é preciso compreender quais são as diferenças evitáveis ou reparáveis entre grupos de pessoas, sejam esses grupos definidos por razões sociais, econômicas, demográficas ou geográficas, e oferecer soluções adaptadas para que essas diferenças não se ampliem em desigualdades³⁹. Nesse sentido, a equidade em saúde significa que, idealmente, todos têm uma oportunidade justa de atingir seu pleno potencial de saúde e ninguém está em desvantagem para alcançar esse potencial (OPAS, 2018). A figura a seguir ilustra o conceito de equidade, diferenciando-o da noção de “igualdade” e estabelecendo um contraste com a realidade desigual.

Figura 1 - O conceito de equidade



Fonte: Ilustração/ Manuela Abdala

³⁹ Para conhecer mais sobre o conceito de *Equidade*, a partir do Ministério da Saúde, acesse link: <http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus/50111-voce-sabe-o-que-e-equidade.html>.



A pergunta que deve orientar as ações é: *Há alguma característica de determinado grupo que pode dificultar o acesso ou o aproveitamento pleno da intervenção que está sendo oferecida?* Caso a resposta seja SIM, é essencial incluir, no desenho e na implementação dessa intervenção, estratégias para mitigar qualquer impacto negativo dessas diferenças. O box a seguir apresenta as ações sugeridas pela OPAS para promover a equidade em saúde.

BOX 2

AÇÕES PARA PROMOVER A EQUIDADE

- **Conhecer quem são os grupos vulneráveis e quais suas demandas:** é importante considerar quais subpopulações sofrem maior exposição e vulnerabilidade aos riscos para a saúde, menor acesso aos serviços de saúde, piores resultados de saúde e maiores consequências sociais em decorrência da saúde precária. Desigualdades por gênero, renda, escolaridade e residência (rural ou urbana) são comumente observadas.
- **Estipular quais são os componentes essenciais de cada intervenção e quais são as adaptações possíveis:** um pacote de serviços de informação, orientação, diagnóstico, tratamento e atenção deve ser disponibilizado.
- **Propor legislações, programas e políticas atentas à questão da equidade:** pode ser importante analisar e reivindicar modificações em leis e políticas para assegurar que sejam sensíveis às dimensões de equidade, tais como gênero e raça, e que levem em consideração sua interação com outros fatores que influenciam o acesso e o aproveitamento das intervenções sociais.
- **Cobrar o cumprimento de normativas voltadas a corrigir as desigualdades e práticas discriminatórias (tanto reais como percebidas):** para isso, é essencial garantir que pessoas com deficiência, LGBTI e outros grupos vulneráveis não enfrentem barreiras no acesso aos serviços dos quais necessitam.

Fonte: OPAS (2018)



Existem esforços do governo brasileiro que buscam dar atenção à questão da equidade para os adolescentes. O manual do Ministério da Saúde intitulado *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica* é um exemplo nesse sentido. O documento traz orientações sobre como pesquisar fatores de proteção e de risco existentes na vida dos adolescentes, conforme apresentado na figura a seguir. Por meio desses fatores, é possível identificar resiliências e vulnerabilidades singulares desses sujeitos, criando de forma colaborativa o melhor caminho a seguir. O Ministério também reforça que desenhar e oferecer intervenções atentas à equidade envolve a participação ativa dos sujeitos ou grupos beneficiários, compreendendo suas percepções e necessidades (BRASIL, 2018).

Tabela 2 - Orientações para pesquisar fatores de risco e proteção entre adolescentes

<p style="text-align: center;">Pesquisar: FORÇA DE RESILIÊNCIA</p>	<p style="text-align: center;">Pesquisar: FATORES DE RISCO</p>
<p>1. ACEITAÇÃO INCONDICIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quem é a pessoa de referência afetiva mais importante para o(a) adolescente? Como é a relação com esta pessoa? ● Houve mudança nessa relação na adolescência? <p>2. SENTIDOS NA VIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quais são seus desejos, expectativas e objetivos a curto, médio e longo prazos? Como enfrenta os desafios colocados pela vida? Sente-se desafiado? ● Tem alguma crença religiosa? Qual? <p>3. REPERTÓRIO DE ESTRATÉGIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Utiliza diferentes estratégias para lidar com problemas semelhantes em diferentes situações? <p>4. REDE DE APOIO SIGNIFICATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quem são as pessoas mais significativas de sua vida? Em suas relações mais íntimas? Nas relações de amizade e companheirismo? As pessoas que deseja se aproximar? E aquelas que já foram próximas e atualmente estão distantes? <p>5. HUMOR e TEMPERAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Como lida com suas dificuldades pessoais e precariedades? Como avalia seu humor de base? Alegre? Triste? Variável? E o temperamento: tranquilo? Nervoso e tenso? Explosivo? Retraído? 	<p>1. INSTABILIDADE FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sua família está passando por dificuldades? Pais se separando? Está se reestruturando após separação ou divórcio? Doença grave ou morte de familiar significativo? Conflitos sérios? Violência doméstica? Dificuldades econômicas? Desemprego de provedores? etc. <p>2. DOENÇA CRÔNICA/ SOFRIMENTO CRÔNICO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sofre de alguma doença crônica? E na família? Encontra dificuldades para cuidar de si mesmo? Sente muita dependência da família no cuidado de si e seus problemas de saúde? Faltam serviços de saúde e acesso a exames e tratamentos que lhes são necessários? <p>3. DIFICULDADES ESCOLARES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Como avalia sua escola? E seu aprendizado? Sente pouco empenho da escola em melhorar o ensino? A escola é inclusiva e permite a participação dos alunos e familiares nas decisões pedagógicas? Sente discriminação ou maus tratos por seus pares (colegas)? E pelos professores e funcionários? <p>4. FALTA OU FALHA NA IDENTIDADE DE GRUPO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sente-se com dificuldade para pertencer a algum grupo? Qual? Seu grupo chega a expor você em alguma situação de risco?



<p style="text-align: center;">Pesquisar: FORÇA DE RESILIÊNCIA</p>	<p style="text-align: center;">Pesquisar: FATORES DE RISCO</p>
<p>6. IDENTIDADE DE GRUPO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifica-se e é aceito em algum grupo de adolescentes e jovens? Qual? Sente que pode ser você no grupo? <p>7. CRIATIVIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quais são seus talentos? Consegue desenvolvê-los? <p>8. AUTOESTIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Como é a satisfação com seu corpo, seu jeito de ser e de se relacionar? ● Autoconceito em diferentes áreas: <ul style="list-style-type: none"> a) Aprendizado escolar? b) Esportes? c) Artes? d) Capacidade de se relacionar com amigos? e) Sexualidade? ● Autocuidado: procura serviços de saúde para prevenção e acompanhamento de seus problemas e dúvidas de saúde? ● Preserva-se em relações sexuais? Cuida de sua saúde? <p>9. AUTONOMIA E CRITICIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Em que momentos percebe-se como autor de suas próprias decisões? Depende de alguém? De quem? Acredita que pode tornar-se mais autônomo? ● Tem maturidade e crítica diante suas escolhas? 	<p>5. SOLIDÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sente-se muito só? Sem a quem recorrer em momentos difíceis? Na família? Na escola? Sem amigos de confiança? <p>6. IMPULSIVIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sente que age muito sem pensar? Sem querer está sempre envolvido em situações de conflito e no centro destes conflitos? Perde a cabeça facilmente? Chega a agredir pessoas fisicamente ou com palavras? <p>7. COMUNIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Como avalia sua comunidade? Sente-se em comunidade? Com possibilidade de pertencer a algo comum? Ou, sente seu bairro violento e de risco para si e sua família? <p>8. TRABALHO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sente que é obrigado a trabalhar? Sente-se explorado? Sem futuro? Como são suas condições de trabalho? Sente prejuízo nos estudos por ter que trabalhar?

Para contribuir com a reflexão sobre equidade entre adolescentes e mulheres, é apresentada a seguir uma análise a partir do *framework* PROGRESS. Essa ferramenta considera diferentes dimensões de equidade no desenho e implementação de intervenções sociais. O acrônimo que dá nome à ferramenta é traduzido da seguinte forma: **P** - Local de residência; **R** - Raça/etnia/cultura/linguagem; **O** - Ocupação e trabalho; **G** - Gênero; **R** - Religião; **E** - Educação; **SS** - Status socioeconômico e capital social (O'NEIL *et al.*, 2014).

As dimensões do *framework* não necessariamente esgotam todas as dimensões de equidade. Além das indicadas, podem ser agregadas reflexões sobre outras características pessoais comumente alvos de preconceito ou estigma (por exemplo, faixa etária, preferência sexual, pessoas com deficiências) e características da rede familiar e de apoio (KAVANAGH *et al.*, 2008).

A seguir são apresentadas as considerações de equidade a partir do *framework* PROGRESS.



P - LOCAL DE RESIDÊNCIA

Há uma tendência de concentrar a oferta de intervenções sociais em regiões centrais, muitas vezes dificultando o acesso de pessoas que residem em locais mais distantes. Não sendo possível descentralizar as ofertas, é relevante combiná-las com apoios para transporte (PMSP, 2016b), viabilizando a participação pontual ou continuada nas ações.

- **Periferias urbanas:** especialmente nas periferias mais pobres, onde há pouco amparo dos serviços públicos (OPAS, 2018), pode ser que o engajamento em intervenções sociais esteja condicionado à oferta de apoios variados, como lanches, auxílios para transporte ou diárias.
- **Meio rural:** além das dificuldades de acesso já mencionadas, o meio rural pode experimentar maiores desafios em relação à inclusão digital, caso as intervenções sejam virtuais. Além disso, é mais comum que jovens do meio rural comecem a trabalhar precocemente e sem a proteção de leis trabalhistas (BRASIL, 2018), tendo menos períodos protegidos para se dedicar a atividades de autocuidado e lazer. Também pode haver diferenças no tempo das transições para o casamento e paternidade entre adolescentes em ambientes urbanos mais ricos em comparação com aqueles em ambientes rurais mais pobres, especialmente em países de baixa e média renda (PATTON *et al.*, 2016), o que demarca outras necessidades e interesses.
- **Situação de rua:** crianças e adolescentes em situação de rua realizam intensa circulação pela cidade. As intervenções voltadas a esse público devem considerar o trabalho em rede e a articulação entre serviços, a realização de ações itinerantes (busca ativa, circulação pelo território) e a criação de espaços de acolhimento com linguagens diferentes para garantir o acesso dos adolescentes (para além do CAPSij) (PMSP, 2016b).
- **Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa:** esse grupo pode sofrer importante estigma, tanto durante o cumprimento da medida quanto após o retorno ao meio aberto. Em especial para as meninas, o período de reclusão pode representar um rompimento de vínculos sociais e familiares, sendo relevante promover ações que favoreçam as relações sociais e sejam atendidas por profissionais de sua confiança.
- **Ausência de convívio familiar:** para adolescentes que vivem fora do convívio familiar, os ambientes urbanos podem trazer riscos adicionais de exploração sexual, emprego inseguro e tráfico humano (PATTON *et al.*, 2016).



R - RAÇA/ETNIA/CULTURA/LINGUAGEM

- **Racismo:** o racismo estrutural existente no país impõe formas diretas e indiretas de discriminação à população negra, que também impactam os adolescentes. Além de, com frequência, serem sobre representados entre as camadas mais pobres da população e enfrentarem os desafios associados, também são alvo de estigma, reduzindo o seu valor perante a sociedade, criando uma hipersexualização do corpo das mulheres negras e atribuindo agressividade aos homens negros. No Brasil, jovens negros também são vítimas frequentes da agressão policial. Nesse contexto, é útil que as intervenções incorporem estratégias para lidar com o estigma e que estabeleçam mecanismos que privilegiem a participação do grupo (por exemplo, por meio da definição de cotas).
- **Indígenas e povos e comunidades tradicionais:** além de muitas vezes viverem em áreas mais isoladas, adolescentes indígenas, quilombolas e pertencentes a outras comunidades tradicionais com frequência possuem hábitos, desejos e frustrações relacionados ao seu contexto cultural específico. Em alguns grupos, por exemplo, durante o período da adolescência também ocorrem ritos de passagem que marcam o processo de crescimento e desenvolvimento. A lacuna de conhecimento existente sobre essas especificidades e a falta de uma abordagem intercultural podem dificultar a comunicação com os adolescentes e limitar os resultados alcançados. Para abordar esses desafios é importante elaborar programas que considerem as especificidades existentes e pode ser interessante contar com agentes de saúde ou profissionais dos próprios grupos (BRASIL, 2018).
- **Migrantes:** adolescentes de famílias migrantes têm de enfrentar desafios relevantes na adaptação a um novo contexto. Em alguns casos precisam superar a barreira do idioma, os apoios de sua família extensa podem já não existir, suas identidades podem ser desafiadas e podem ser alvo de xenofobia. Além disso, a depender da situação de migração podem estar submetidos a diferentes tipos de sofrimento psíquico associados a detenções, a separação de seus pais e o sofrimento deles, e a interrupção de sua educação.



O - OCUPAÇÃO

Dependendo do trabalho em que a pessoa está engajada, pode ser inviável participar de ações ofertadas apenas em horário comercial. Dessa forma, o planejamento de intervenções que envolvam horários alternativos e contato prévio/sensibilização de empregadores podem ser uma forma de ampliar a possibilidade de participação.

- **Exploração do trabalho:** pessoas em condições precárias de trabalho, além de mais vulneráveis em termos de saúde mental, podem não ter margem de negociação para reservarem um tempo à participação em intervenções sociais.
- **Desemprego:** pessoas desempregadas ou sem salário podem ter maior dificuldade em participar de atividades que exijam qualquer custo (de inscrição ou de deslocamento, por exemplo). Já jovens que não possuem emprego, não estão em treinamento e não frequentam a escola (OPAS, 2018) são um público muito relevante para ações em saúde mental, mas que pode ser difícil de mapear - para tanto, o contato com serviços da assistência social pode ser estratégico.
- **Trabalho no lar:** mulheres que trabalham no lar podem não ter como se ausentar por longos períodos. Ofertas que envolvam componentes presenciais e virtuais em horários flexíveis podem viabilizar a participação delas.

G - GÊNERO

As barreiras à participação de meninas em intervenções sociais podem ser maiores do que para os meninos, incluindo sensibilidades culturais ou de imagem corporal (PATTON *et al.*, 2016). Por outro lado, meninos podem ter maior dificuldade de pedir ajuda ou buscar informações sobre apoio psicossocial.

- **Relações familiares:** as normas familiares podem promover a desigualdade de gênero, atribuindo às meninas uma série de regras e demandas que os meninos não precisam observar (PATTON *et al.*, 2016).
- **Casamento:** para muitas mulheres jovens, a transição para o casamento é acompanhada pelo aumento dos riscos à saúde sexual e reprodutiva, incluindo HIV e infecções sexualmente transmissíveis, violência interpessoal e transtornos mentais (PATTON *et al.*, 2016). É relevante capacitar as equipes de saúde para identificar tais situações, bem como desenvolver e divulgar mecanismos onde denúncias e pedidos de ajuda possam ser feitos via telefone ou internet, de forma simplificada e segura.



- **Cuidados domésticos, com filhos e familiares:** as funções de cuidado doméstico, com filhos e familiares, não raro, recaem sobre as mulheres. Para adolescentes que têm filhos, isso pode implicar o afastamento das redes de convívio social e da escola (no Brasil, 75% das adolescentes entre 15 e 17 anos que têm filhos estão fora da escola⁴⁰). Nesse sentido, além da sobrecarga de trabalho, há uma sobrecarga emocional que pode afetar a saúde mental e dificultar o acesso a serviços e iniciativas que promovam bem-estar. Pode ser útil estruturar mecanismos de cuidado compartilhado de crianças durante o período em que são ofertadas as intervenções, bem como a busca ativa e a adoção de um modelo de entrega das intervenções em domicílio.
- **Pessoas que sofrem estigma e violências por causa de sua identidade de gênero ou orientação sexual:** gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais são alguns dos grupos que sofrem violências motivadas pelo preconceito (OPAS, 2018). Criar espaços protegidos que celebrem a diversidade e não reproduzam ou aceitem qualquer forma de discriminação é um importante passo para que esse público se sinta acolhido e possa melhor aproveitar as intervenções sociais. Produzir materiais com linguagem inclusiva de gênero e que não pressuponham uma orientação heterossexual também auxilia a comunicação atenta à equidade.

R - RELIGIÃO

Diferentes crenças podem situar questões de saúde mental no âmbito religioso, dificultando a busca por apoio ou inibindo a participação em atividades oferecidas fora do ambiente de exercício da fé. Aliar-se aos representantes religiosos, promovendo conscientização sobre questões de saúde mental, tirando dúvidas e utilizando os espaços religiosos para a promoção de saúde mental pode ser um recurso interessante. Por outro lado, é importante perceber que há um grande nível de intolerância religiosa no Brasil, sendo essencial não fomentar discriminações de qualquer forma e não situar as intervenções em locais de prática religiosa que não possam ser frequentados por diferentes grupos.

⁴⁰ Notícia - *No Brasil, 75% das adolescentes que têm filhos estão fora da escola*. Disponível em: <http://g1.globo.com/educacao/noticia/2015/03/no-brasil-75-das-adolescentes-que-tem-filhos-estao-fora-da-escola.html>.



E - EDUCAÇÃO

- **Analfabetismo e nível educacional:** dadas as marcantes diferenças de alfabetização e conclusão de níveis escolares no Brasil, pode ser relevante a adoção de linguagem simples (PMSP, 2016b) e de diferentes formatos (vídeos, áudios, textos, comunicação oral, comunicação artística) nas entregas das intervenções.
- **Abandono escolar:** muitas forças operam para excluir ou desviar adolescentes do ensino médio, entre elas estão os custos para as famílias devido a perda do trabalho adolescente, especialmente nas áreas rurais. Em muitos países de baixa e média renda, adolescentes pobres são menos propensos a frequentar o ensino médio (PATTON *et al.*, 2016). Se as escolas forem o ponto de entrada para a intervenção, aquelas pessoas que não as frequentam podem ser perdidas (KIELING *et al.*, 2011), sendo importante criar estratégias para acessar esse público.
- **As intervenções em saúde mental podem agregar estímulos para manter adolescentes na escola.** Isso pode ser feito ao abordar as disparidades de gênero no acesso à educação, em ações de prevenção de violências nas escolas e no direcionamento de recursos para as regiões mais pobres, bem como para estudantes desfavorecidos (PATTON *et al.*, 2016).
- **Pessoas com deficiências:** esse grupo pode ser alvo de ações de exclusão e segregação, sendo necessário moldar as ofertas para que sejam inclusivas e respeitem as necessidades de acesso e apoio que pessoas com deficiências podem apresentar (por exemplo, oferta de material em braile, realização de atividades em locais com acessibilidade e presença de tradutores de LIBRAS).

SS - STATUS SOCIOECONÔMICO E CAPITAL SOCIAL

- **Dificuldades de acesso à renda e ao emprego:** devido às dificuldades de contar com os recursos necessários para a subsistência familiar, os adolescentes podem ser levados a abandonar programas educativos para se dedicar a uma ocupação, tipicamente de baixa qualidade, o que prejudica o seu desenvolvimento (PATTON *et al.*, 2016). A necessidade de trabalhar para apoiar a família também pode dificultar a participação em programas e, por isso, o oferecimento de bolsas pode se mostrar relevante.





- **Redes sociais fragilizadas:** seja por aspectos individuais, como timidez, seja por questões relacionadas ao local onde residem, algumas pessoas podem possuir redes sociais fragilizadas ou restritas, de forma que se sintam oprimidas frente a intervenções que exijam atividades em grupos e extroversão. Modelar ofertas para que haja opções individuais, em pequenos e em grandes grupos, pode favorecer a aproximação dessas pessoas.





4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do documento foi possível identificar estratégias relacionadas à saúde mental sempre alinhadas com o preconizado por organismos internacionais em relação à defesa de direitos de adolescentes e mulheres. As condições de desigualdade em que se encontram essas populações não permitem seu pleno desenvolvimento e participação efetiva na sociedade, o que leva à necessidade de sua priorização em políticas públicas, planos e projetos que busquem promover saúde mental e reduzir violências. As considerações sobre equidade puderam indicar como minimizar as barreiras de acesso a quem se encontra em situação de ainda maior vulnerabilidade nesses grupos.

Ao considerar as discussões apresentadas também é possível identificar dois pontos amplamente recorrentes nas informações encontradas, sendo o primeiro a relevância dos trabalhos estarem articulados em rede. As redes compostas por usuários, familiares, entidades comunitárias e da sociedade civil, gestores e profissionais das políticas públicas de saúde, educação, assistência social, habitação, cultura, entre outros, são formadas a partir da realidade de cada território. As estratégias das categorias *Suporte Social*, *Sistemas de Saúde*, *Ações de Saúde Mental* e *Sistemas de Informação* exigem essa articulação para abarcar a multiplicidade de fatores relacionados à saúde mental, como um processo permanente de diálogo intersetorial a partir das necessidades enfrentadas na prática, onde a vida acontece.

O segundo elemento, decorrente do primeiro e fundamental para resultados mais duradouros, é a garantia de exercício do protagonismo dos maiores interessados, adolescentes e mulheres. As estratégias categorizadas como *Advocacy* e *Empoderamento* indicam como fortalecer a participação direta de usuários em seu próprio cuidado psicossocial, além de modos de incidir politicamente em melhorias estruturais. As propostas encontradas em registros de Conferências, Fóruns e Planos construídos com participação efetiva desses atores, mostram não só um alinhamento às mais avançadas legislações e consensos internacionais, mas também estratégias que podem ser colocadas em prática. Muitas delas já foram parcialmente implementadas pelas políticas públicas do município de São Paulo/SP, devendo ser fortalecidas e retomadas.

A realização das entrevistas enriqueceu a discussão apresentada neste capítulo e é interessante notar que houve tanto perspectivas coincidentes como divergentes entre os entrevistados. Muitos temas foram recorrentes, como o horizonte da garantia de direitos preconizado pela legislação e os imensos desafios a serem trabalhados para esse exercício em uma sociedade tão violenta e desigual com adolescentes negros e negras, meninas, mulheres, pessoas com desabilidades psicossociais e famílias em situação



de rua. Todas as entrevistas reforçaram a necessidade do **direito à participação** desses grupos, de serem considerados sujeitos de direitos, com voz e capacidade próprias, protagonistas fundamentais quando abordamos a saúde mental. Além disso, foi uníssono o reconhecimento da relevância do **trabalho articulado em rede**, elencado por todos e todas como fundamental para o fazer em saúde mental, e o quanto isso é dificultado pelo sucateamento de serviços e desmonte das políticas públicas de acesso à saúde, educação, assistência social, moradia, cultura e lazer.

Dentre as divergências encontradas, destaca-se o desconhecimento de alguns informantes sobre experiências relativas à saúde mental de adolescentes e mulheres na cidade de São Paulo. Enquanto alguns informantes desconhecem essas experiências, outros relembram histórias exitosas e marcantes de um passado não tão distante. Da mesma forma, enquanto uma informante indica a inexistência de atividades ou grupos só para mulheres na rede de serviços de saúde paulistana, os trabalhadores que executam a política identificaram grupos formados por meninas nos CAPSij, que refletem sobre as violências sobre seus corpos e as possibilidades de enfrentá-las coletivamente. Essa diferença de percepção reforça que as ações voltadas para esses grupos muitas vezes não recebem o grau de visibilidade que necessitam.

As agendas de trabalho que se apresentam são grandiosas e requerem a construção de pontes que concretizem as orientações e diretrizes internacionais e nacionais na realidade local do município de São Paulo/SP, com sua complexa diversidade regional. Organizações do terceiro setor que atuem nesta área têm o potencial de preencher a lacuna nacional de organizações que tenham a dupla função de fazer *ressonância lateral* entre os pares locais e também *ressonância vertical* com os organismos internacionais. Além disso, ao se propor a atuar no campo da saúde mental de mulheres, apoiando intervenções que promovam a interrupção da produção de uma cultura patriarcal, que promovam outros valores e ações a partir do fortalecimento de experiências locais, as organizações poderão oferecer inspirações para políticas públicas inovadoras. Podem também desempenhar o papel de ponte para que as experiências locais se reforcem mutuamente, possibilitem atuações coletivas que favoreçam conexões, multiplicação e sororidade. Tanto as estratégias mais estruturais quanto as que buscam remediar situações urgentes, ao terem como visão um horizonte de transformação, fazem ressonância para um mundo diferente, com outro modo de funcionar, que garanta direitos para todas e todos.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em 21 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n.34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em 21 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direito**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 60 p.: il. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-37306>. Acesso em 21 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 64 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf. Acesso em 21 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 233 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2ed.pdf. Acesso em 21 jul 2020.

ENTIDADE DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A IGUALDADE DE GÊNERO E O EMPODERAMENTO DAS MULHERES (ONU MULHERES). **Convention on the elimination of all forms of discrimination against women (CEDAW) for youth**. 2016. Disponível em: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2016/cedaw-for-youth.pdf?la=en&vs=657>. Acesso em 21 jul 2020.

JORDANS, M. J. *et al.* Development of a multi-layered psychosocial care system for children in areas of political violence. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 4, n. 1, p. 15, 16 jun. 2010. Disponível em: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-4-15>. Acesso em 21 jul 2020.

KAVANAGH, J. *et al.* Reflections on developing and using PROGRESS-Plus. **Equity Update**. v. 2, p. 3. 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/285979865_Reflections_on_developing_and_using_PROGRESS-Plus. Acesso em 21 jul 2020.



KIELING, C. *et al.* Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **The Lancet**, v. 378, n. 9801, p. 1515–1525, 22 out. 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60827-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60827-1/fulltext). Acesso em 21 jul 2020.

NAKAMURA, C. R. Criança e adolescente: sujeito ou objeto da adoção? Reflexões sobre menorismo e proteção integral. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 134, p. 179-197, abr. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282019000100179&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02 out. 2020.

O'NEILL, J. *et al.* Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, n. 1, p. 56–64, jan. 2014. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(13\)00334-X/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(13)00334-X/fulltext). Acesso em 21 jul 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report**. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. 2004. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf. Acesso em 21 jul 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Adolescent mental health: mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations**. 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44875/9789241503648_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 21 jul 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020**. Genebra: OMS; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf. Acesso em 21 jul 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief**. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259575>. Acesso em 21 jul 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas: WHO QualityRights guidance module**. Geneva: World Health Organization. 2019a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329589>. Acesso em 21 jul 2020.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **RESPECT women: Preventing violence against women**. Geneva: World Health Organization; 2019b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf>. Acesso em 21 jul 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países**. Resumo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49095/OPASBRA180024-por.pdf>. Acesso em 21 jul 2020.

OXMAN, A. D. *et al.* Support tools for evidence-informed health policymaking (STP) 10: taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. **Health Research Policy and Systems**, [s.l.], v. 7, n. 10, p. 1-9, 2009. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S10>. Acesso em 21 jul 2020.

PATTON, G. C. *et al.* Our Future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing. **The Lancet**, vol. 387, no. 10036, June 2016, pp. 2423–78. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00579-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00579-1/fulltext). Acesso em 21 jul 2020.

PEREIRA, I. *et al.* Trabalho do adolescente: mitos e dilemas. Série Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Caderno n 2**. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP, 1994.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO (PMSP). **Relatório Final III Conferência Municipal de Saúde Mental de 02 a 05/10/2013**. Prefeitura Municipal de São Paulo, Conselho Municipal de Saúde. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Relat%C3%B3rio%20Final%20da%20III%20Confer%C3%Aancia%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental.pdf>. Acesso em 27 jul 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO (PMSP). **I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres 2017-2020**. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres. São Paulo, 2016a. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/politicas_para_as_mulheres/arquivos/1_PlanoSMPM-pdf.pdf. Acesso em 27 jul 2020.


PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO (PMSP). **I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil – CAPS IJ: Relatos das Rodas de Conversa**. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres. São Paulo, 2016b. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/anaisiencontromunicipaldesaudementalinfantojuvenil22122016_1482430629.pdf. Acesso em 27 jul 2020.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO (PMSP). 4ª Conferência Municipal de Juventude de São Paulo. “Novas Perspectivas para a Juventude: Cidadania e Desenvolvimento Sustentável na cidade de São Paulo” 1, 2 e 3 de novembro de 2019. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, São Paulo, 2019. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/participacao_social/CONSELHOS/CONSELHO%20JUVENTUDE/CONFERENCIA/A%20CONFERENCIA/Diretrizes%20e%20Mocoes%20CMJ.pdf. Acesso em 27 jul 2020.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1644507/>. Acesso em 27 jul 2020.



The background features a stylized, abstract design with large, organic shapes in shades of green and orange. The green shapes are layered over the orange background, creating a sense of depth and movement. The overall aesthetic is clean and modern.

CAPÍTULO 5
**Lacunas
de pesquisa**

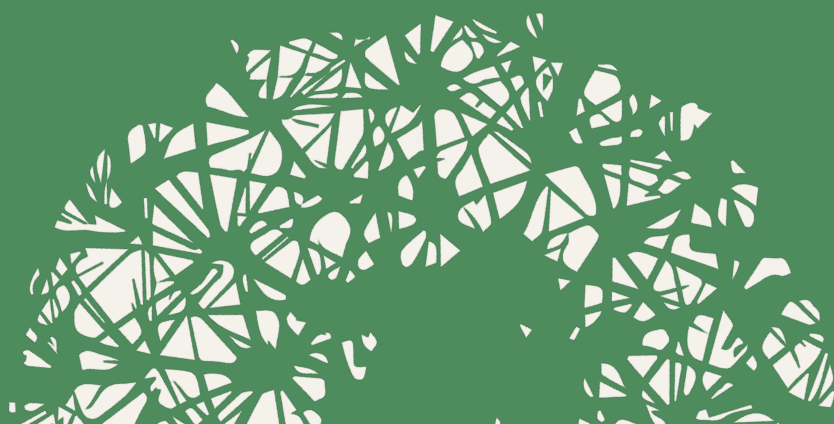
As discussões apresentadas nos capítulos anteriores ofereceram percepções valiosas sobre o campo da saúde mental e mais especificamente para a atuação junto a mulheres e adolescentes. No entanto, esta publicação não é suficiente para cobrir todas as questões importantes dessas áreas. Existem lacunas de conhecimento relevantes que ainda precisam ser abordadas, para que novos caminhos sejam abertos.

Assim, esse capítulo tem como objetivo duplo **organizar as referências e bases de dados identificadas durante o projeto** que sejam potencialmente relevantes para futuros esforços e **mapear perguntas promissoras e com carência de estudos**. Com isso, espera-se apoiar futuros investimentos em pesquisas no campo da saúde mental no Brasil, levando em consideração a produção já existente.

Para avançar nesse sentido, foi elaborado um **mapa de evidências** com base nas referências utilizadas durante o projeto, como uma ferramenta para organizar a discussão. É importante ressaltar que não foi realizada uma busca específica por referências com vistas à construção

desse mapa de evidências, de forma que o universo de publicações considerado é aquele que serviu às demandas do projeto nas suas discussões anteriores, apresentadas nos capítulos 1 a 4. O objetivo nesse momento é, a partir da literatura previamente levantada, abordar quais parecem ser suas lacunas e necessidades de aprofundamento. Em complemento à elaboração do mapa de evidências, foi realizada uma **revisão dos capítulos anteriores** para levantar as lacunas que foram mencionadas ao longo das discussões realizadas, além de reuniões com o supervisor do projeto, de modo a também considerar suas perspectivas.

A seguir, é apresentada a visão geral do mapa de evidências e em seguida são discutidas **cinco grandes temáticas que merecem maior atenção** dos esforços de pesquisa e levantamento de informações. Para maiores detalhes sobre a metodologia, é possível consultar o Anexo A, ao fim da publicação. O que fica claro é que o campo da saúde mental é um terreno ainda amplo para ser explorado e que pode se beneficiar de esforços de pesquisa.





1 MAPA DE EVIDÊNCIAS

Ao longo do projeto *Caminhos em Saúde Mental*, foram levantadas referências que apoiaram a elaboração dos capítulos anteriores. Para organizar a produção mapeada, foram selecionadas e categorizadas as 196 publicações de maior interesse para os esforços do Instituto Cactus, considerando seu foco de trabalho com adolescentes e mulheres. Assim, para a categorização das publicações, a primeira característica considerada foi justamente a de público-alvo, sendo definidas quatro possibilidades: adolescentes, mulheres, outros grupos específicos¹ e população em geral. Uma segunda característica está relacionada ao próprio conteúdo, sendo definidos cinco tipos, os quais são brevemente descritos a seguir:

→ **Diagnósticos, panoramas e tendências** - Publicações que apoiem a construção de diagnósticos (individuais, locais, nacionais e globais), apresentem panoramas ou discutam tendências sociais no campo da saúde mental.

→ **Intervenções** - Publicações que indicam O QUE deve/pode ser feito no campo da saúde mental, porém *sem discutir efetividade* de intervenções.

→ **Efetividade de Intervenções** - Publicações que indicam O QUE deve/pode ser feito no campo da saúde mental e cujo foco seja *discutir efetividade* das intervenções.

→ **Implementação** - Publicações que indicam COMO colocar em prática determinadas intervenções no campo da saúde mental.

→ **Reflexão Teórica/Conceitual** - Publicações que apoiem o entendimento de CONCEITOS importantes no campo da saúde mental, podendo apresentar também teorias.

Por fim, as publicações do Brasil também foram diferenciadas daquelas produzidas fora do país. A **Figura 1** apresenta uma visão geral do mapa elaborado.

¹ Inclui, por exemplo, pessoas com habilidades psicossociais, indígenas, migrantes e refugiados, crianças, entre outros.



Figura 1 - Mapa de evidências das publicações levantadas ao longo do projeto *Caminhos em Saúde Mental*.

		TIPO DE CONTEUDO												Total		
		Diagnósticos, panoramas e tendências		Intervenções		Efetividade das intervenções		Implementação		Reflexão teórica/conceitual						
		Nac	Int	Nac	Int	Nac	Int	Nac	Int	Nac	Int	Nac	Int	Geral		
PÚBLICO-ALVO	ADOLESCENTES	21	8	13	5		26	13	5	6	4	28	37	65		
	MULHERES	29	2	4	5	3	9	1	3	10		35	15	50		
	OUTROS GRUPOS ESPECÍFICOS	3	4	4	11		3	3	12	3	3	7	17	24		
	POPULAÇÃO EM GERAL	12	18	5	15		5	6	14	8	16	17	40	57		
TOTAL DE PUBLICAÇÕES		97		62		46		57		50		87	109	196		

Fonte: Elaboração própria.

Os números em cada célula indicam o número de publicações que se encaixam na categoria indicada. Por exemplo, para o grupo de mulheres, há 10 publicações produzidas no Brasil que ofereciam uma reflexão teórica ou conceitual e 9 publicações internacionais que discutiam a efetividade de intervenções, e assim por diante. Vale ressaltar que, como algumas publicações apresentam mais de um tipo de conteúdo, elas podem ser contadas mais de uma vez ao longo de uma mesma linha (ou público-alvo). Nas colunas da direita, que apresentam os números totais, evitou-se a dupla contagem.



2 DISCUSSÃO DAS LACUNAS EXISTENTES

A partir do mapa apresentado acima e da revisão das discussões anteriores do projeto, foram identificadas cinco temáticas amplas que merecem maior atenção de futuros esforços de pesquisa. As temáticas são: 1) Diagnósticos amplos, atualizados e de maior qualidade; 2) Intervenções; 3) Adoção de um enfoque de gênero; 4) Adoção de um enfoque de raça; e 5) Impacto da pandemia e a sociabilidade no pós-pandemia. A seguir, são apresentadas considerações sobre cada um desses temas.

DIAGNÓSTICOS AMPLOS, ATUALIZADOS E DE MAIOR QUALIDADE

Como é possível observar no mapa de evidências, o tipo de conteúdo identificado com maior frequência pelo projeto foram os *Diagnósticos, panoramas e tendências*, com um total de 97 publicações. No entanto, apesar do grande número de estudos, há lacunas importantes a se considerar neste âmbito.

Uma primeira questão está relacionada ao olhar restrito que é conferido à saúde mental em muitos dos estudos realizados. Logo no início do *Capítulo 1*, foi discutido que, ao se caracterizar o campo da saúde mental a partir da psiquiatria como ciência, havia uma tendência de se identificar doenças que precisavam de tratamento, excluindo-se assim as dimensões mais subjetivas relacionadas a esses fenômenos. Partindo desse enfoque mais psiquiátrico, muitos dos panoramas e diagnósticos não apresentam informações ou

indicadores de sofrimento psíquico, se restringindo principalmente às classificações de doenças, ou seja, quando já foi feito um diagnóstico de transtorno mental, o que também dificulta uma atuação mais preventiva.

Assim, existe uma necessidade de se criar formas de mapear o sofrimento psíquico, para além do que tradicionalmente tem sido incluído nas pesquisas de saúde mental. Apesar dos esforços e mudanças de critérios diagnósticos ao longo do tempo para se classificar fenômenos mentais, estes permanecem sendo realizados a partir de consensos de uma noção de normalidade e de saúde de cada época da sociedade, descolados do fenômeno concreto vivido. Os desafios de se obter métodos diagnósticos relacionais, não categóricos e tratamentos farmacológicos confiáveis e válidos para entender e definir os transtornos ou distúrbios mentais permanecem.

Há dois desafios adicionais derivados do olhar restrito para os diagnósticos. Primeiro, está a dificuldade de estimar a real prevalência de transtornos mentais em uma determinada localidade ou região. Essa dificuldade também está relacionada à subnotificação de casos e às controvérsias existentes nas tentativas de se validar e padronizar instrumentos diagnósticos para a distinção entre transtornos mentais e reações normais frente a contextos estressores, como por exemplo, em contextos de emergências humanitárias.



Um segundo desafio é a ausência da discussão sobre saúde mental em âmbitos de grande relevância para além do campo da saúde. Nesse sentido, houve dificuldade em acessar publicações que contivessem os termos “saúde mental”, “psicossocial” ou “desabilidade” nos repositórios de organismos internacionais como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Ainda que possam existir limitações nas ferramentas de buscas de seus acervos documentais, isso indica uma possível lacuna de discussões realizadas por organismos de grande interesse para o campo da saúde mental, como o trabalho realizado pelo PNUD, voltado para a erradicação da pobreza e redução de desigualdades e exclusão social.

Mais especificamente no que se refere ao Brasil, há um desafio expressivo no acesso a informações atualizadas e de qualidade. Os dados mais recentes, consolidados e publicizados da política de saúde mental do Ministério da Saúde datam de 2015. Apesar da existência de um *Sistema de Informação do SUS*, os dados que caracterizam fidedignamente os transtornos mentais a nível nacional são de difícil acesso. Também é preciso incluir recortes de gênero, faixa etária, orientação sexual e a perspectiva étnico-racial. Além disso, é preciso aprimorar os tipos de dados registrados sobre os atendimentos de saúde mental realizados pela atenção primária, assim como o seu acesso público e transparente, para que se possa obter uma compreensão mais sistêmica dos processos de sofrimento.

Ainda sobre a realidade brasileira, o investimento em pesquisas no campo da saúde mental é tímido quando comparado a outras áreas do conhecimento. Segundo informações do Ministério da Saúde², no período de 2002 a 2020 foram financiados 6.461 projetos de pesquisa em saúde que totalizaram o investimento de R\$1,4 bilhão. Entretanto, para o campo específico da saúde mental, no mesmo período houve o financiamento de apenas 249 projetos, totalizando R\$27 milhões de reais (apenas 1,87% do total investido).

A falta de dados atualizados e de qualidade dificulta o acompanhamento de processos importantes no campo da saúde mental no país. Um exemplo nesse sentido é a falta de dados recentes do número de pessoas em internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no Brasil, o que complica o planejamento dos necessários processos de desinstitucionalização. O último censo de moradores de hospitais psiquiátricos realizado no estado de São Paulo data de 2014, e não há registros da realização de um censo de abrangência nacional. Além disso, a insuficiência de informações sistematizadas sobre as principais violações que chegam aos Conselhos Tutelares de São Paulo/SP também é um desafio.

² Para mais informações sobre financiamento de pesquisas pelo Ministério da Saúde, acesse o link: <http://pesquisasaude.saude.gov.br/pesquisas.xhtml>.



Quando forem realizados estudos que avancem em entender as necessidades existentes no campo da saúde mental no Brasil também é importante levar em consideração as particularidades e desigualdades existentes em cada território. Reconhecer esses aspectos é fundamental para o desenho adequado dos serviços ofertados por sistemas de saúde. Para avançar nesse sentido, o mapeamento das necessidades de cuidado deve ser realizado a partir da indicação de experiências práticas de atores do território, de quem atua diretamente na prática cotidiana, e não só a partir de prioridades elencadas por entes gestores ou financiadores.

Um último desafio a ser mencionado é a impossibilidade de acompanhar com transparência a utilização de recursos financeiros pelo poder público no campo da saúde mental. Ter a possibilidade de acompanhar esses dados é essencial para qualificar a capacidade técnica, a alocação de recursos, o monitoramento e a avaliação das políticas de forma transparente e simplificada para a comunidade, profissionais e gestores. Na ausência desses dados, tornam-se limitadas as possibilidades de se exercer o controle social sobre o poder público.

INTERVENÇÕES

Ao analisar as informações do mapa de evidências relacionadas a *Intervenções, Efetividade das intervenções e Implementação*, é possível observar duas questões relevantes. Primeiro, na comparação entre adolescentes e mulheres, há uma maior produção sobre o primeiro grupo. Considerando em conjunto as publicações nacionais e internacionais, o número de publicações identificadas é superior para *Adolescentes* nos três tipos de conteúdo. Essa diferença indica um maior amadurecimento das discussões sobre esse grupo e, por conseguinte, a necessidade de se dar maior atenção a estes aspectos relacionados às mulheres.

Uma segunda questão a ser observada, é a escassa discussão sobre efetividade de intervenções a partir de pesquisas nacionais no campo da saúde mental. No caso de adolescentes, não foi identificada nenhuma publicação nacional sobre efetividade das intervenções. Com relação às mulheres, foram encontradas apenas três, sendo duas sobre os efeitos do *Programa Bolsa Família* para autonomia e empoderamento das mulheres e uma sobre cuidados de mulheres queimadas. Ou seja, para ambos os públicos-alvo a discussão sobre a efetividade de intervenções no campo da saúde mental é em grande medida ausente no país, o que também se vê refletido para os casos de *Outros grupos específicos e População em geral*, como se pode observar no mapa. Este é um aspecto relevante na medida em que um maior volume de estudos nacionais poderia apoiar o entendimento sobre aspectos culturais e contextuais de intervenções, produzindo evidências sensíveis à cultura brasileira.





Na análise das intervenções no campo da saúde mental, também há duas fragilidades que precisam ser levadas em consideração. Primeiro, há um olhar excessivamente focado nos indivíduos e pouca atenção às dimensões estruturais. Enquanto há um reconhecimento crescente de que as intervenções psicossociais precisam abordar as dimensões sociais como melhoria da qualidade de vida, do funcionamento e da inclusão social, as pesquisas pouco consideram em suas análises a redução de desigualdades sociais e o fortalecimento do acesso a direitos para o exercício pleno da cidadania.

Essa fragilidade é encontrada na análise das intervenções junto aos diferentes públicos-alvo. Boa parte das pesquisas científicas que tratam de determinantes sociais permanecem focadas em *descrever fenômenos*, sem explicar como eles são gerados, de onde surgem e quais suas causas. A seguir são apresentados alguns exemplos nesse sentido:

- Para **pessoas com desabilidades psicossociais**, dificilmente são encontradas intervenções e pesquisas da dimensão de *recovery*, orientadas para a manutenção de vínculos sociais desse grupo, para sua inclusão econômica ou no mercado de trabalho. Similarmente, mais estudos precisam ser desenvolvidos sobre intervenções familiares para aprimorar a qualidade de vida de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, bem como para pessoas com depressão cujos sintomas não diminuem com tratamentos medicamentosos. São escassas as avaliações que abordem programas de moradia, transferência de renda, acesso à cultura e sociabilidade para pessoas com desabilidades psicossociais.
- O mesmo ocorre ao verificarmos as pesquisas sobre intervenções psicossociais para **adolescentes**, com foco majoritário na dimensão individual e remissão de sintomas. Falta investimento em estudos que avaliem intervenções que apoiam a sociabilidade entre jovens e o fortalecimento de seus vínculos comunitários, além de analisarem as experiências exitosas de políticas públicas existentes que contribuam para a saúde mental dessa população.
- Também ficou explícita a lacuna de estudos sobre a efetividade de intervenções, voltadas a **mulheres**, que abarquem transformações de suas condições sociais, com enfoque para as questões estruturais da sociedade, o que requer análises mais complexas no campo da saúde mental. São destacadas as recomendações de futuras pesquisas e desenhos de intervenções que considerem a dimensão ampliada da saúde mental e sua relação com as diversas condições históricas e sociais de gênero. Questões relacionadas a mudanças culturais das regras, condutas e processos que levam à discriminação e naturalização da violência do patriarcado, enraizadas na sociedade, muitas vezes são apenas tangenciadas.



→ Faltam ainda pesquisas sobre os métodos ou técnicas de cuidados que descrevam e expliquem o que se faz na “saúde mental reformada”, ou seja, aquelas realizadas a partir do paradigma da Reforma Psiquiátrica. Já existem estudos que buscam compreender as práticas a partir dos paradigmas mais estabelecidos como a psicanálise, psiquiatria ou análise comportamental, em que a doença é vista como algo preciso, específico. No entanto, há dificuldades para se analisar as intervenções pela perspectiva de acesso a direitos e não-discriminação. Nesse sentido, são urgentes novas explicações e conhecimentos frente às práticas estabelecidas nas últimas décadas.

A segunda fragilidade que grande parte dos estudos de intervenções apresenta é a pouca atenção dada à superação da medicalização e da patologização da vida. A medicalização no ambiente escolar e nos processos educativos de crianças e adolescentes impacta negativamente em seu desenvolvimento, enquanto a patologização tende a reduzir problemas sociais complexos a questões individuais. A divulgação dos efeitos nocivos dessas práticas entre crianças e adolescentes é essencial para que a população se conscientize e possa proteger as novas gerações. Situações similares de medicalização excessiva também ocorrem entre mulheres e pessoas diagnosticadas com transtornos mentais de modo geral, o que pode causar diversos problemas de saúde e está em oposição à perspectiva de *recovery* - a qual raramente é abordada em pesquisas.

Ao mesmo tempo, há também esforços que buscam superar essa fragilidade no campo da saúde mental. Um portal de grande relevância sobre esta temática é o *Mad In Brasil*³, que traz informações e pesquisas recentes sobre o uso de medicamentos de forma indiscriminada a partir de critérios diagnósticos também indiscriminados, o que leva ao fenômeno de patologização da vida. Um desafio para este tipo de pesquisa é a falta de financiamento, uma vez que a maior parte dos estudos publicados é financiada pela indústria farmacêutica. Outra iniciativa relevante nesse sentido são as pesquisas baseadas na experiência das *casas de Soteria*, em que não se administravam medicamentos para pessoas que experienciavam os primeiros episódios de psicose⁴. No entanto, pesquisas desse tipo exigem um maior tempo de duração (de 3 a 4 anos), o que dificulta a sua realização devido aos altos custos de financiamento, tornando esse desenho de estudo raro no mundo inteiro.

³ Para maiores informações a respeito do *Mad in Brasil*, acesse o link: <https://madinbrasil.org/>.

⁴ Mais informações sobre o *Projeto Soteria* podem ser encontradas no site: <https://imhcn.org/bibliography/recent-innovations-and-good-practices/soteria-programme/>





Por fim, uma última lacuna observada entre os estudos de efetividade produzidos fora do país é a falta de pesquisas de viés econômico, como de custo-efetividade. Faltam estudos que quantifiquem os ganhos sociais gerados a partir de um determinado investimento realizado em intervenções na rede de saúde e/ou de maneira intersetorial. Nesse sentido, seria interessante contar com estudos de coorte mais longa, que possibilitem análises e avaliações dessas intervenções ao longo dos anos. Por exemplo, um estudo com foco em meninas adolescentes poderia discutir: *qual o efeito gerado nesse grupo quando elas têm o apoio de uma intervenção, instituição ou política pública específica, em termos de acesso a serviços, renda, desenvolvimento e aumento de capital cultural e social?* Apesar da complexidade deste tipo de estudo, as percepções que podem ser obtidas a partir de dados transparentes e concretos são de enorme valor para a sociedade como um todo.

ADOÇÃO DE UM ENFOQUE DE GÊNERO

Considerando as publicações sobre o público-alvo de mulheres, apresentadas no mapa de evidências, é possível observar a predominância de diagnósticos e reflexões teórico-conceituais no âmbito nacional. Isso sugere que o país ainda está no início da sua exploração sobre o tema, com uma atenção ainda incipiente na definição de intervenções e na discussão sobre a sua efetividade e formas de implementação. Essa constatação reforça a importância de mais organizações atuarem nessa área.

Além da discussão sobre diferentes orientações sexuais, é preciso fortalecer a reflexão sobre a vulnerabilidade da mulher no contexto do patriarcado. Com frequência, os estudos adotam uma postura epistemológica que desconsidera o sofrimento de mulheres, o que é especialmente relevante para aquelas que moram em áreas periféricas. O que se promove com essa postura é o silenciamento das mulheres frente às violências de gênero e o estereótipo de “poliqueixosas”, quando intensificam a procura por serviços de saúde e o que lhes é oferecido se restringe ao simples registro de sintomas e prescrições biomédicas.

Com isso, muitas vezes os desafios específicos vividos pelas mulheres são negligenciados, o que pode limitar o olhar para a realidade e a efetividade das intervenções. Um exemplo nesse sentido é a expressiva lacuna de estudos sobre o cuidado que mulheres necessitam frente ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Como a maior parte da população atendida pelos CAPS AD é formada por homens, essa constatação poderia levar à suposição de que as mulheres usam menos drogas e por isso requerem menor atenção. No entanto, é justamente a inadequação dos serviços oferecidos frente às suas necessidades que pode fazer com que as mulheres optem por não acessá-los.



Assim, são necessários mais estudos e informações que levem em consideração os contextos de vida e fatores sociais das mulheres. Esses estudos precisam analisar os efeitos do patriarcado sobre a subjetividade das mulheres e a desnaturalização do seu sofrimento. Perspectivas como a de Humberto Maturana, que discutem uma nova sociabilidade possível de ser desenvolvida a partir de uma cultura matrística (de cooperação entre homens e mulheres), podem servir de referência para essas discussões. Similamente, avaliações de impacto que abordem os efeitos de intervenções educacionais, do fortalecimento de vínculos comunitários, de programas de transferência de renda, de mudanças legislativas e estímulo à participação política, podem se somar para aprimorar o empoderamento e qualidade de vida de mulheres. O desenvolvimento desses tipos de pesquisas enfrenta desafios das estruturas acadêmicas e de financiamento, que não costumam privilegiar esse olhar.

ADOÇÃO DE UM ENFOQUE RACIAL

Ainda que as populações negra e indígena não tenham recebido atenção concentrada durante o projeto, também foi constatada uma grande lacuna relacionada a esses grupos. A maioria da população brasileira é negra, no entanto raramente são discutidas as circunstâncias específicas enfrentadas por este grupo no campo da saúde mental, sendo a literatura ainda incipiente em todo o mundo. Com relação aos povos originários e comunidades indígenas, a produção de estudos vem aumentando sistematicamente no âmbito internacional – o que ainda não se observa no país. Há, por exemplo, uma discussão crescente sobre os determinantes sociais que contribuem para as altas taxas de suicídio e consumo de substâncias psicoativas, principalmente na juventude indígena. No entanto, ainda há muito a se explorar especialmente em um país marcado pelo racismo estrutural.

O preconceito e a discriminação de grupos que são alvo de racismo vêm sendo reconhecidos como fatores importantes para o sofrimento mental. Há indicações na literatura internacional de que certas formas de discriminação são mais danosas que outras, apesar das poucas investigações nessa linha. O que as discussões atuais indicam é que as discriminações mais veladas e sutis causam mais danos do que aquelas que se dão de maneira explícita, visto que a pessoa não consegue reagir às causas ou mesmo identificá-las. Do ponto de vista da subjetividade, essas formas discriminatórias ambíguas geram submissão e sofrimento.

Assim, são necessários mais estudos sobre os efeitos do racismo e da discriminação na saúde mental da população negra e indígena no Brasil. Estudos com foco em atos e processos discriminatórios e os efeitos psíquicos na subjetividade ainda são raríssimos. É preciso conduzir pesquisas sobre esses fenômenos e seus impactos, de forma a oferecer melhores





subsídios para as intervenções e favorecer mudanças de paradigmas e de preconceitos. Nesse sentido, também parece interessante investir em estudos que abordem a comunicação para profissionais, além de terapias e métodos culturalmente adaptados e racialmente sensíveis para o cuidado de pessoas com desabilidades psicossociais.

IMPACTO DA PANDEMIA E A SOCIABILIDADE NO PÓS-PANDEMIA

A pandemia do novo coronavírus tem impactado profundamente a sociabilidade dos diferentes grupos da população, no entanto seus efeitos para a saúde mental ainda não são claros. Ainda é cedo para estimar seus impactos e diferenciar o que são reações normais frente a situações de estresse e o que pode ser considerado um transtorno. Frente a isso, por uma parte é preciso ter cautela ao observar as pesquisas que discutem o tema, por outra é justamente por meio do acúmulo de estudos ao longo do tempo que será possível um melhor entendimento das consequências para a sociedade.

Durante a pandemia, os atendimentos *online* ganharam relevância e precisam ser melhor avaliados. Intervenções relacionadas a atendimentos à distância, terapias e intervenções online, de telefonia móvel, programas de saúde eletrônica e o uso de mídias sociais, apesar de se mostrarem promissores para alcançar diversos grupos, ainda possuem pouco consenso sobre a sua eficácia. É preciso conduzir mais estudos para a compreensão de seus efeitos.

Por fim, para além dos desafios mais imediatos, permanece em aberto uma discussão mais ampla sobre a sociabilidade no pós-pandemia. São muitas as perguntas que precisarão ser respondidas com o tempo, tais como: *De que maneira as mudanças introduzidas na vida da sociedade vão impactar a forma como as pessoas se relacionam e as suas trocas de afeto? Que tipo de possibilidades serão criadas e quais serão eliminadas por conta de um maior uso da tecnologia? Especialmente com relação aos adolescentes, que tipo de lugar eles ocuparão no futuro da sociedade, em um contexto de precarização do acesso à sua educação e de redução das oportunidades de emprego? De que maneira a atuação no campo da saúde mental terá de se adaptar a esse novo contexto?*



Assim, após o esforço de pesquisa empreendido ao longo do projeto, e também da identificação das principais lacunas da literatura disponível, foi possível apresentar novos caminhos a serem explorados neste vasto campo que compreende a saúde mental, considerando aspectos diagnósticos, de intervenção, além de recortes específicos de raça e gênero, e do contexto da pandemia por Covid-19⁵.

Na medida em que o grau de desenvolvimento de uma civilização pode ser avaliado com base na forma como trata os seus membros mais vulneráveis, espera-se com essa publicação contribuir para o avanço das políticas públicas e intervenções sociais no sentido da garantia dos direitos e do pleno exercício de cidadania para todos, em especial para os mais desfavorecidos.

⁵ Vale indicar que uma discussão mais extensa sobre a saúde mental no contexto da pandemia também pode ser encontrada no *Anexo B*, que compõe essa publicação.



ANEXOS

A, B e C



ANEXO A: METODOLOGIA

Esse anexo apresenta uma descrição mais detalhada da metodologia utilizada nos capítulos desta publicação. Primeiramente são apresentadas algumas considerações gerais sobre a ferramenta SUPPORT que serviu de referência para toda a publicação e em seguida são detalhadas as estratégias de busca utilizadas em cada um dos capítulos.

■ Considerações gerais - A ferramenta SUPPORT

Todo o processo de busca desta publicação foi conduzido **a partir de uma adaptação da Ferramenta SUPPORT** (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*)¹, a qual dá suporte ao processo de formulação e implementação de intervenções sociais informadas por evidências. Escolheu-se trabalhar com esta metodologia pois ela consolida os principais recursos e debates do campo de Políticas Informadas por Evidências, tendo sido desenvolvida por algumas das maiores lideranças na área e validada em diversos contextos.

Tal metodologia surge a partir da ideia de que o conhecimento técnico e científico tem um papel fundamental na formulação de intervenções sociais, mas ainda é um grande desafio identificar, compreender, avaliar, sintetizar e usar esse conhecimento. Dessa forma, a ferramenta SUPPORT descreve uma série de recursos para traduzir o saber científico, de modo que este se torne acessível e utilizável por tomadores de decisão.

Para tanto, o processo de identificar as evidências deve ter duas características fundamentais: ser sistemático e transparente. *Sistemático* para assegurar que o conjunto de evidências relevantes tenha sido identificado, avaliado, ponderado e utilizado apropriadamente, de modo a reconhecer os possíveis vieses de pesquisa existentes ou evitando que a decisão seja influenciada por apenas parte das reflexões existentes sobre o tema. *Transparente* de maneira que seja possível a qualquer um compreender, escrutinar, questionar, complementar ou replicar o esforço de pesquisa realizado.

Nesse sentido, sempre que possível deve ser priorizado o conhecimento publicado *em revisões sistemáticas*. Estes são estudos secundários (revisão de outros estudos), que, de forma também sistemática e transparente, mapeiam, avaliam, interpretam e sintetizam a literatura disponível para responder a determinada pergunta de pesquisa. Assim, quando havia revisões sistemáticas disponíveis que respondessem às perguntas abordadas ao longo dos capítulos, estas foram utilizadas.

¹ Mais informações sobre as Ferramentas SUPPORT estão disponíveis no link: <http://sintese.evip-net.net/livro/>



Além disso, e em maior medida, foi realizado um esforço de *revisão crítica rápida de literatura*. Nele, quando necessário, fez-se uso de outros tipos de produção documental. Tratou-se de uma revisão *rápida*, pois não houve tempo de mapear, analisar, avaliar, ponderar e sintetizar toda a literatura primária disponível. E tratou-se de uma revisão *crítica* pois, na ausência de revisões sistemáticas que atendessem diretamente às perguntas levantadas, foi necessário um esforço de análise-crítica para organizar elementos de diferentes fontes que permitissem construir as respostas necessárias.

*

Os elementos comuns apresentados acima ganharam expressão diferenciada em cada um dos capítulos desta publicação. A seguir são apresentados mais detalhes sobre as estratégias de busca utilizadas em cada uma das discussões.

■ Capítulo 1 - O campo da saúde mental

A busca por evidências neste capítulo foi realizada em **três tipos de repositórios de informações**: portais dos organismos internacionais, bibliotecas acadêmicas e portais especializados em tradução de conhecimento (*policy briefs*, revisões sistemáticas etc.).

Em cada uma das bases foi feita uma pesquisa preliminar exploratória para verificar os temas e áreas de conhecimento que mais tinham relação com o objeto de estudo. O segundo passo foi a utilização de palavras-chave ou combinações de palavras-chave que permitissem chegar aos documentos que tinham mais aderência ao tema de interesse.

A seguir, é apresentada uma descrição mais detalhada do processo de busca em cada uma das bases de pesquisa e o número de documentos selecionados.

1. Organismos internacionais

Um grande esforço de pesquisa empreendido nesta fase inicial do projeto foi verificar a existência de consenso sobre o tema da “saúde mental” a partir dos organismos internacionais relacionados.

Para selecionar as instituições a serem pesquisadas, em primeiro lugar, foi feito um exercício de *brainstorm* com a equipe (pesquisadores, coordenação de pesquisa e supervisor técnico) para identificar as organizações que poderiam ter atuação na área de saúde mental. Foram selecionadas: Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).



A seguir são apresentadas as estratégias de pesquisa em cada organismo internacional:

a. Organização Mundial da Saúde: a busca por “*mental health*” no repositório correspondente encontrou 27.265 resultados. Selecionamos os documentos disponíveis online, cujo título contivesse “*mental health*”, entre os anos 2010 e 2020, escritos em inglês, português ou espanhol, que apresentassem experiências de abrangência não restrita a países ou regiões específicas, chegando a 88 resultados. A partir das leituras dos títulos, foram descartados documentos anteriores a 2015 e que estivessem fora do escopo definido, além dos repetidos ou com temáticas semelhantes, resultando em 18 documentos escolhidos.

b. Organização Pan-Americana da Saúde: a busca por “*mental health*” no repositório correspondente encontrou 9.133 resultados. Selecionamos os documentos disponíveis online, cujo título contivesse “*mental*”, entre os anos de 2010 e 2020, o que resultou em 51 publicações após a exclusão das versões duplicadas. Os títulos foram lidos e organizados em temas comuns, resultando em 12 publicações escolhidas.

c. Fundo das Nações Unidas para Infância: foi feita a busca pelo termo “*mental health*” em dois repositórios ligados ao organismo: i) no primeiro encontramos 27.484 resultados, sendo aplicados os filtros para publicações entre os anos de 2010 e 2020, de documentos ou relatórios não restritos a países ou regiões específicas, que contivessem os termos “*mental*” ou “*psychosocial*” no título, sendo selecionadas 02 publicações; no segundo repositório, a busca por “*mental health*” apresentou 07 registros, sendo 03 descartados (um por não estar acessível, um por não estar em formato de publicação escrita e outro por estar fora do escopo), restando 04 documentos escolhidos.

d. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: não foram encontradas publicações que contivessem os termos “*mental health*” ou “*psychosocial*” no repositório.

e. Organização Internacional do Trabalho: na busca pelo termo “*mental health*” no repositório, restringindo para publicações entre os anos 2015 e 2020, foram encontrados 94 resultados. A partir da leitura dos títulos, foram descartados os que não continham no título os termos “*mental health*” ou “*psychosocial*” em inglês ou espanhol, as versões duplicadas, sem disponibilidade de consulta online, que tratavam de países ou regiões específicas ou estivessem fora do escopo delimitado, restando 03 publicações escolhidas.



f. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados: foi realizada busca pelo termo “*mental health*” no repositório correspondente, chegando a 76 resultados. Foram descartados os documentos que não continham “*mental health*” ou “*psychosocial*” no título, as versões duplicadas, que não estivessem em inglês ou espanhol, que estivessem fora do escopo delimitado, restando 03 documentos escolhidos.

g. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime: na busca pelos termos “*mental*”, “*psychosocial*” e “*disability*” foi encontrado 01 documento no repositório correspondente, entretanto seu conteúdo estava fora do escopo. Assim, foram selecionadas mais 02 publicações gerais e recentes desta organização a partir de busca livre em seu repositório.

h. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura: foi realizada busca pelo termo “*mental health*” no repositório correspondente, utilizando os filtros de documentos disponíveis online com acesso livre, publicados entre 2015 e 2020 e nos idiomas inglês, espanhol ou português, foram encontrados 05 resultados. Após a leitura de títulos e resumos, foram descartadas versões duplicadas e publicações que estivessem fora do escopo, restando 01 documento escolhido.

Entre os 45 documentos selecionados para leitura aprofundada, 04 foram descartados por se repetirem entre os diferentes organismos. A partir da leitura e extração de informações, foi necessária a inclusão de mais 02 documentos mencionados reiteradamente nas publicações: o Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020 e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, totalizando finalmente 43 documentos dos repositórios de organismos internacionais.

Cabe ressaltar a magnitude dos resultados encontrados em uma primeira busca mais geral de “saúde mental” nos repositórios do Fundo das Nações Unidas para Infância e da Organização Mundial da Saúde, com mais de 27 mil publicações, seguida pela Organização Pan-Americana com mais de 9 mil. Mesmo considerando possíveis entradas duplicadas ou que não tratem especificamente do tema, isto informa a amplitude ou variedade de publicações que ao menos mencionam a saúde mental.

É surpreendente verificar maior ocorrência de resultados pela UNICEF, visto o tema ser historicamente associado à Organização Mundial da Saúde. De forma semelhante, a quantidade de resultados de OIT e ACNUR (mesmo que numericamente muito reduzidas em comparação às primeiras) reforçam o aparente interesse dessas organizações em fornecer orientações e diretrizes que incluam a dimensão da saúde mental para alcançar suas missões de proteção dos direitos de crianças e refugiados, e para o trabalho decente. Por outro lado, o baixíssimo número de publicações encontrado no UNODC pode ser explicado pela limitada ferramenta de busca de seu acervo documental.



2. Bibliotecas Acadêmicas

As principais Bibliotecas Acadêmicas pesquisadas foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Cochrane Reviews Library*, selecionadas por sua relevância para o campo da saúde e por apresentarem variados tipos de publicações (como revisões sistemáticas, *overviews* e estudos primários).

As palavras-chave em inglês que se mostraram interessantes para identificar referências nos mecanismos de busca foram “*mental health*”, “*meaning*”, “*definition*”, “*concept*” (em português as buscas foram orientadas pelas palavras-chave “saúde mental”, “significado”, “definição” e “conceito”). A seguir apresentamos as estratégias de pesquisa para cada Biblioteca:

a. Scientific Electronic Library Online - a busca por “*mental health*” encontrou 9.558 resultados. Foram selecionados os documentos disponíveis online, cujo título contivesse “*mental health*” e os resumos contivessem “*concept*” ou “*definition*” ou “*meaning*”, entre os anos 2010 e 2020, escritos em inglês, português ou espanhol, chegando a 204 resultados. A partir da leitura dos títulos e resumos, foram descartadas publicações que estivessem fora do escopo definido, resultando em 27 documentos escolhidos.

b. Biblioteca Virtual em Saúde – a busca por “*mental health*” encontrou 789.110 resultados. Foram selecionados os documentos disponíveis online, cujo título contivesse “*mental health*” e os resumos contivessem “*concept*” ou “*definition*” ou “*meaning*”, entre os anos 2010 e 2020, escritos em inglês, português ou espanhol, chegando a 153 resultados. A partir da leitura dos títulos e resumos, foram descartadas publicações que estivessem fora do escopo definido ou repetidos, resultando em 16 documentos escolhidos.

c. Cochrane Reviews Library - a busca por “*mental health*” encontrou 12.270 resultados. Foram selecionados os documentos disponíveis online, cujo título contivesse “*mental health*” e os resumos contivessem “*concept*” ou “*definition*” ou “*meaning*”, entre os anos 2015 e 2020, escritos em inglês, português ou espanhol, chegando a 321 resultados. Foi utilizado um filtro para localização de revisões sistemáticas, chegando a 16 documentos. A partir da leitura dos títulos e resumos, foram descartadas publicações que estivessem fora do escopo definido ou repetidos, resultando em 2 documentos escolhidos.



Os 45 documentos selecionados para leitura aprofundada passaram por um processo de priorização que considerou principalmente a saturação de conteúdos já levantados pelos repositórios dos organismos internacionais, totalizando 29 artigos que passaram pelo processo de fichamento e extração de informações relevantes. Estes documentos trouxeram informações relevantes sobre a evolução do conceito de saúde mental, suas diferentes definições e abordagens, além das principais áreas de atuação.

3. Plataformas de tradução do conhecimento

Para buscas nas plataformas de tradução do conhecimento, especializadas em apoio à tomada de decisão a partir de evidências científicas, foram consideradas as seguintes bases de dados: *Health Systems Evidence*, *Health Evidence*, *Rx for Change* e *PDQ Evidence*.

Assim como para as bibliotecas acadêmicas, as palavras-chave em inglês que se mostraram mais interessantes para identificar referências nos mecanismos de busca foram “*mental health*”, “*meaning*”, “*definition*”, “*concept*”. A seguir apresentamos as estratégias de pesquisa para cada Plataforma:

a. Health Systems Evidence - a busca por “*mental health*” encontrou 3.027 resultados. Foram selecionados os documentos disponíveis online, com os filtros de “tema = *mental health*” e “domínio = organização dos sistemas de saúde”, chegando a 41 documentos. A partir da leitura dos títulos e resumos, foram descartadas publicações que estivessem fora do escopo definido ou repetidos, resultando em 01 documento escolhido.

b. Health Evidence - a busca por “*mental health*” encontrou 908 resultados. Foram selecionados os documentos disponíveis online, com o filtro de “*topic area = mental health*”, chegando a 44 documentos. A partir da leitura dos títulos e resumos, nenhuma publicação foi selecionada.

c. Rx for Change - a busca por “*mental health*” encontrou 632 resultados. Foram selecionados os documentos disponíveis online, cujo título contivesse “*mental health*” e os resumos contivessem “*concept*” ou “*definition*” ou “*meaning*”, entre os anos 2015 e 2020, escritos em inglês, português ou espanhol, chegando a 06 resultados. A partir da leitura dos títulos e resumos, nenhuma publicação foi selecionada.

d. PDQ Evidence - a busca por “*mental health*” encontrou 596 resultados. Foram selecionados os documentos disponíveis online, cujo título contivesse “*mental health*” e os resumos contivessem “*concept*” ou “*definition*” ou “*meaning*”, escritos em inglês, português ou espanhol, chegando a 13 resultados. A partir da leitura dos títulos e resumos, foram selecionadas 02 publicações.



Assim, como resultado final das buscas nas plataformas de tradução de conhecimento, 03 artigos foram selecionados, sendo focados principalmente em áreas de atuação. Inicialmente um número tão baixo de resultados promissores pode chamar atenção, entretanto este cenário já era esperado. As plataformas de tradução de conhecimento são extremamente especializadas, focando muitas vezes na comparação entre intervenções ou modelos de implementação de políticas, temas fora do escopo da discussão do *Capítulo 1*.

Ao todo, a construção deste capítulo demandou a leitura completa com fichamento e extração de informações relevantes de 75 publicações.

■ Capítulo 2 - Saúde mental no Brasil: Histórico e Estruturas

A literatura empregada neste capítulo está relacionada às pessoas com habilidades psicossociais e o histórico da saúde mental no país. As referências utilizadas foram selecionadas por meio de buscas exploratórias na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e por indicações do supervisor e dos membros da equipe de projeto que já acumulavam experiência no campo.

Um limite enfrentado para caracterizar a situação da saúde mental no país foi a indisponibilidade de dados recentes sobre a Política Nacional de Saúde Mental, cuja última atualização é de outubro de 2015. Os Sistemas de Informação do SUS permitem algumas buscas direcionadas, todavia não apoiam uma fidedigna caracterização quantitativa dos transtornos mentais a nível nacional. Dessa forma, boa parte dos dados quantitativos são oriundos de pesquisas científicas que tomam, em geral, algum ou alguns municípios como recorte geográfico.

■ Capítulo 3 - Os públicos-alvo selecionados: Adolescentes e Mulheres

Para levantar as evidências necessárias para a discussão dos públicos-alvo de adolescentes e mulheres frente às dimensões propostas no método ITN, foram utilizadas duas estratégias de busca complementares.

Para a identificação de dados e evidências sobre **Importância e Negligência**, foram realizadas buscas exploratórias na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), em páginas de instituições de saúde e de associações e conselhos profissionais, nas legislações federais e em repositórios de notícias (Google Notícias).

Já para a identificação de evidências sobre **Tratabilidade**, foram construídas estratégias de busca customizadas para cada público-alvo, de



modo a garantir que o máximo de evidências com alto grau de confiabilidade fossem incluídas. Foi privilegiada a inclusão de revisões sistemáticas como tipo de estudo selecionado, conforme determinam as Ferramentas SUPPORT para políticas informadas por evidências.

A palavra-chave que guiou todas as buscas estruturadas foi *saúde mental (mental health)*. Todos os estudos com achados inconclusivos foram excluídos do relatório final, de forma que apenas evidências de efeito positivo para **Tratabilidade** foram apresentadas.

A seguir são apresentadas algumas definições mais específicas relacionadas a cada um dos públicos-alvo para a dimensão de **Tratabilidade**:

ADOLESCENTES

1. Repositório científico consultado: *Health Systems Evidence*.

Estratégia de busca adotada: “(adolescent OR youth) AND mental health”.

Filtros aplicados:

- Anos: 2015-2020;
- Tipos de Documento: Revisões Sistemáticas de Efeitos / Revisões Sistemáticas que tratam de outros temas / Visão geral sobre revisões sistemáticas
- AMSTAR²: acima de 7

Número de revisões sistemáticas incluídas após leitura de títulos e resumos: 11

2. Repositório científico consultado: *Cochrane Library*

Estratégia de busca adotada: “(adolescent OR youth) AND mental health”.

Filtros aplicados:

- Anos: 2015-2020;
- Tipos de Documento: Revisões Sistemáticas *Cochrane*
- AMSTAR: acima de 7

Número de revisões sistemáticas incluídas após leitura de títulos e resumos: 13

² AMSTAR é uma ferramenta utilizada para avaliar a qualidade de revisões sistemáticas. No inglês, o acrônimo se refere a *A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews*. A avaliação pode variar de 0 a 11, sendo o valor mais alto o que indica a maior qualidade, o que por sua vez sugere que é possível confiar mais nas conclusões obtidas pelo estudo. As revisões sistemáticas utilizadas neste projeto têm AMSTAR de pelo menos 7, o que indica revisões sistemáticas de boa e alta qualidade.



MULHERES

1. Repositório científico consultado: *Health Systems Evidence*

Estratégia de busca adotada: “*women AND mental health*”

Filtros aplicados:

- Anos: 2010-2020;
- Tipos de Documento: Revisões Sistemáticas de Efeitos
- AMSTAR: acima de 8

Número de revisões sistemáticas incluídas após leitura de títulos e resumos: 10

Os levantamentos realizados também enfrentaram algumas **limitações**. Para a seção de **Importância**, foram enfrentados desafios similares aos indicados no *Capítulo 2*, devido à falta de dados mais recentes sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Por essa razão, em alguns casos os dados são anteriores a 2015 ou levam em consideração um recorte geográfico que não abrange todo o país.

No que se refere à discussão de **Tratabilidade**, foi interessante observar que a perspectiva de saúde mental ampliada não parece estar refletida nos estudos. A maioria dos estudos está focada em intervenções no nível individual, propondo a análise de terapias ou medicamentos e seus efeitos nos sintomas de transtornos mentais. A avaliação de intervenções sociais e a inclusão de desfechos mais relacionados à qualidade de vida e inclusão social é uma lacuna do campo de pesquisa em saúde mental, especialmente quando se consideram recortes por faixa etária e gênero. É provável que haja evidências de impacto produzidas por outras áreas de conhecimento as quais não conseguiram ser capturadas pela estratégia de busca adotada.

No que tange à **Negligência**, houve uma opção pelo foco em políticas públicas em nível nacional. Além das restrições de tempo enfrentadas pelo projeto, a análise prévia dos estudos sobre **Importância** indicava que a maior parte das intervenções e dos equipamentos relacionados à saúde mental no Brasil eram financiados e legislados pelo poder público (excetuando serviços privados de atendimento psicológico e psiquiátrico). Com isso, não foi possível oferecer um olhar aprofundado para as iniciativas da sociedade civil.



■ Capítulo 4 - Estratégias de atuação em saúde mental

A caracterização de estratégias voltadas para adolescentes e mulheres no campo da saúde mental foi elaborada a partir da combinação de diferentes metodologias de pesquisa. Inicialmente foram feitas pesquisas em publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), voltadas para aspectos gerais de saúde mental e também para públicos específicos de interesse, sendo identificados os sete tipos de estratégias que estruturam o desenvolvimento do capítulo.

Em seguida, as análises apresentadas para cada uma das estratégias foram elaboradas a partir da revisão da literatura pertinente e dos insumos obtidos por meio da realização de entrevistas com atores-chave. A seguir são apresentados alguns detalhes sobre a aplicação de cada um desses métodos.

REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura para cada uma das estratégias discutidas foi feita a partir das referências que já haviam sido levantadas nos capítulos anteriores, as quais foram resultado de busca sistemática e transparente em repositórios de organismos internacionais e acadêmicos.

Essas referências foram complementadas por um mapeamento das prioridades de atuação sugeridas por instâncias de participação social que se relacionavam especialmente com os públicos-alvo em discussão. Os relatórios preparados por *Conferências* e seus correlatos foram utilizados para constituírem espaços amplos e democráticos para discussão e articulação coletivas sobre propostas, estratégias de organização e levantamento de prioridades. Assim, para essa pesquisa, foram consideradas as propostas e posicionamentos provenientes de:

- *IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (2010)*
- *III Conferência Municipal de Saúde Mental de São Paulo (2013)*
- *5ª Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres (2016)*
- *4ª Conferência Municipal da Juventude (2019)*
- *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (2014)*
- *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil – CAPSij (2016)*



ENTREVISTAS

Adicionalmente, para obter diferentes perspectivas sobre o campo da saúde mental e sua realização prática, com uma atenção especial à cidade de São Paulo, foram conduzidas entrevistas com atores-chave. No total foram realizadas 15 entrevistas com atores-chave, os quais foram selecionados por conta da sua ampla trajetória nas áreas de interesse, sua versatilidade para abordar diferentes temas e/ou devido ao tipo de trabalho desenvolvido no campo. Tanto a definição dos entrevistados como a elaboração dos roteiros de entrevista foram feitas conjuntamente com o **Instituto Cactus**.

Ao todo, o universo das entrevistas realizadas contemplou gestoras de políticas públicas municipais (das áreas de direitos humanos e saúde), uma técnica de organismo internacional, docentes e pesquisadores (considerando universidades públicas e privadas, além de Fundações), especialistas em aspectos históricos e sociológicos do campo da adolescência, além de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) e de Centro de Defesa de Crianças e Adolescentes (Cedeca).

O conteúdo das entrevistas foi registrado e analisado pelos pesquisadores do **Instituto Veredas** a fim de extrair as principais considerações sobre cada aspecto abordado na pesquisa. As percepções geradas enriqueceram o desenvolvimento de todo o trabalho, sendo especialmente relevantes para: o mapeamento de prioridades e lacunas, os aspectos de implementação e os exemplos de intervenções, além das considerações sobre equidade.

Ao longo do *Capítulo 4* há menções diretas ao conteúdo das entrevistas, por meio do código “(E XX)”, onde “XX” indica o número atribuído a cada entrevistado, variando de 01 a 15, de tal modo a manter sigilo sobre sua identidade, conforme estabelecido em cada encontro. A seguir é indicada a principal ocupação dos entrevistados:

- E01 – Docente e Pesquisadora
- E02 – Gestora Pública
- E03 – Pesquisador
- E04 – Trabalhador de CAPSij
- E05 – Trabalhador de CAPSij
- E06 – Docente e Pesquisadora
- E07 – Pesquisador e Analista Técnico
- E08 – Gestora Pública
- E09 – Técnica de Organismo Internacional
- E10 – Trabalhadora de Cedeca



- E11 – Trabalhador de Cedeca
- E12 – Trabalhadora de Cedeca
- E13 – Trabalhadora de Cedeca
- E14 – Docente e Pesquisadora
- E15 – Docente e Pesquisador

Os insumos obtidos por meio desses dois métodos de pesquisa apoiaram a elaboração das diferentes seções do capítulo, inclusive a discussão sobre equidade.

■ Capítulo 5: Lacunas de pesquisa

Para organizar a discussão de lacunas de pesquisa foi elaborado um mapa de evidências, o qual incluiu as três dimensões: público-alvo, local de publicação e tipo de conteúdo.

Os mapas de evidências são um método que permite sintetizar a evidência disponível sobre um tema específico e identificar lacunas no conhecimento. Na aplicação feita neste capítulo, não foi realizada uma nova busca sistemática na literatura. Foram utilizadas as referências previamente levantadas ao longo da publicação. No total, foram considerados 196 documentos.

As análises apresentadas no capítulo foram elaboradas a partir dos resultados do mapa de evidências e das lacunas de pesquisa identificadas ao longo dos outros quatro capítulos que compõem a publicação.



ANEXO B: SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA COVID-19¹

A pandemia expôs várias dimensões da vida contemporânea, colocando em questão o seu modo de funcionamento. A origem do vírus, por exemplo, levanta a questão do consumo de animais exóticos (CHENG *et al.*, 2007) e, por conseguinte, a questão da produção de gado e os desequilíbrios ecológicos, assim como a realização de intervenções genéticas. A crise gerada também expôs de maneira impressionante os efeitos da divisão da produção globalizada, que teve de ser paralisada, causando inúmeros efeitos econômicos e sociais. Ela também tornou mais clara a importância do Estado como ente coordenador das ações que envolvem a segurança da vida de bilhões de humanos de modo efetivo, após décadas de esforços na diminuição do seu papel nas sociedades². Nesse sentido, as estruturas de saúde existentes se mostraram um fator vital para o esforço de sobrevivência das populações, sendo altamente dependentes da ação do Estado. Além disso, a confiança nas instituições - a qual vinha sendo progressivamente deteriorada -, e a responsabilidade social de cada indivíduo, se provaram fundamentais para lidar efetivamente com a crise.

Ainda existem muitas incertezas sobre o impacto da pandemia nas sociedades, mas algumas consequências socioeconômicas já podem ser antecipadas. A paralisação da atividade econômica levará a uma recessão imediata da economia, a qual deve ser seguida de uma depressão econômica de proporções históricas. Como consequência, haverá um crescimento expressivo do desemprego sem perspectivas de saída a curto prazo³. Com a perda da renda, o modo de vida dos indivíduos e das famílias será impactado, com implicações não apenas para os seus padrões de consumo, mas para as condições de moradia e as relações sociais. Todas essas consequências devem trazer angústias para a vida social mais ampla.

As desigualdades sociais tornam as populações de baixa renda mais expostas à contaminação pela COVID-19. O projeto SoroEpi MSP, desenvolvido no município de São Paulo/SP com o objetivo de medir a proporção de pessoas que já tiveram contato com o coronavírus, revelou que o número de indivíduos que já foram infectados é 2,5 vezes maior entre a população de menor renda, quando comparada com a população de maior renda, e 4,5 vezes maior entre adultos que não completaram o primeiro grau na escola,

1 Este documento foi preparado entre os meses de julho e agosto de 2020.

2 Notícia - *Austeridade é a maior aliada do coronavírus no Brasil*. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/03/austeridade-e-a-maior-aliada-do-coronavirus-no-brasil/>

3 Notícia - *Durante crise do coronavírus, 1,5 milhão de brasileiros buscam o seguro-desemprego*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/05/crise-do-coronavirus-leva-15-milhao-de-brasileiros-ao-seguro-desemprego.shtml>



em comparação com aqueles que concluíram o ensino superior⁴. O Brasil tem grandes níveis de desigualdade de renda e de acesso a serviços, o que cria expectativas de efeitos desproporcionais da COVID-19 entre os mais vulneráveis.

Adicionalmente, é importante reconhecer que o período pós-pandemia deve exigir que fluxos fundamentais da vida da sociedade sejam reconfigurados. Ainda não há consenso sobre quanto tempo durarão as medidas que restringem a circulação de pessoas no país e não está descartada a possibilidade de que ao longo dos próximos anos haja períodos de quarentena que precisarão ser observados para conter o avanço do vírus (KISSLER *et al.*, 2020). No curto prazo, há ações imediatas que estão sendo tomadas para garantir a circulação de bens essenciais, como alimentos, por exemplo. No entanto, com a persistência da impossibilidade das pessoas circularem livremente, será necessário criar um “novo normal” para as trocas que fundamentam a vida da sociedade. Essenciais nesse sentido são os fluxos de mensagens, bens e afetos. Sem essas trocas, a insegurança é fomentada na vida das pessoas. A questão que se apresentará, portanto, será como estabelecer novos meios de interação social - provavelmente intermediados pela tecnologia - que permitam tais fluxos ao mesmo tempo em que se assegure o distanciamento físico necessário.

Em uma perspectiva mais imediata, diversos estudos têm buscado interpretar as consequências da pandemia para a saúde mental das pessoas. Independentemente da exposição ao vírus, argumenta-se que em um ambiente de pressão psicológica e estresse, os indivíduos podem sentir medo de adoecer ou morrer, vergonha, desamparo, sentimentos de culpa ou ainda culpabilizar os doentes. Nesse sentido, as pessoas podem manifestar desde episódios de ansiedade, depressão, ataques de pânico, sintomas somáticos, distúrbios do sono e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) até *delirium*, psicose e suicídio (HO; CHEE; HO, 2020; FIORILLO; GORWOOD, 2020; KHAN *et al.*, 2020). Além da angústia psicológica, os indivíduos em quarentena e isolamento social podem experimentar desconfiança em seu sistema de saúde e no governo. Tais sentimentos podem surgir como resposta a notícias falsas e teorias conspiratórias que circulam como resultado da “infodemia” da mídia social (GAO *et al.*, 2020), particularmente em áreas de baixo capital social e confiança pública (ASSARI; HABIBZADEH, 2020).

Estudos em diversos países indicam que a pandemia também provê um terreno fértil para o desenvolvimento de comportamentos que têm consequências nocivas. Entre esses comportamentos estão: beber demais, comer demais, fumar, utilizar drogas de forma abusiva e assumir comportamentos

⁴ Notícia - *A nova etapa do mapeamento da covid-19 em São Paulo mostra duas epidemias*. Disponível em: <https://luciahelena.blogosfera.uol.com.br/2020/07/01/a-nova-etapa-do-mapeamento-da-covid-19-em-sao-paulo-mostra-duas-epidemias/>



agressivos (ASSARI; HABIBZADEH, 2020). Estudos na Etiópia, Espanha, Itália, Canadá e Estados Unidos confirmam que esta realidade não se limita a um único país e que afeta tanto a população em geral como profissionais de saúde (OMS, 2020). Soma-se a isso, a falta de recursos e infraestrutura para os programas de saúde mental, o que torna limitadas as possibilidades de assistência à população (COSIC *et al.*, 2020).

As publicações que discutem a relação entre a pandemia e a saúde mental também identificam que alguns grupos da população inspiram maior atenção pelo risco de apresentarem maior impacto psicológico e níveis mais altos de estresse, de ansiedade e de depressão. Ainda que enfrentem desafios comuns, há condições específicas que afligem os diferentes grupos. A seguir são apresentados os grupos prioritários mencionados nos estudos analisados:

→ **Pessoas idosas (e aposentadas)** podem estar menos confortáveis com o uso de ferramentas eletrônicas ou virtuais no contexto da pandemia da COVID-19, vivenciando o isolamento de forma análoga ao abandono e à privação de direitos. A solidão já é uma questão importante em uma população mais velha, especialmente para aquelas pessoas do sexo feminino, que moram sozinhas, com situação socioeconômica mais precária, com nível educacional mais baixo, que vivem em bairros inseguros, com pouca rede de apoio e que apresentam problemas de saúde e funcionamento (BAKER; CLARK, 2020). Em alguns lugares, o isolamento social dos idosos tem sido ligado ao aumento da depressão e do suicídio (JAWAID, 2020) e à deterioração da sua saúde física e mental (IASC, 2020). Os idosos também podem ser vítimas de violência durante a pandemia devido ao aumento da convivência familiar.

→ **Profissionais de saúde na linha de frente** de atendimento a pessoas com COVID-19 podem se encontrar diante de dilemas éticos dada a escassez de recursos, o que pode levá-los a desenvolver um sofrimento moral relacionado às decisões tomadas no cuidado aos pacientes (GREENBERG *et al.*, 2020; SANTIAGO, 2020). A escassez de equipamentos de proteção individual, a falta de profissionais e a perda de colegas pela doença, também incidem no excesso de carga de estresse. Isso pode impactar negativamente a saúde mental desses profissionais no longo prazo (KANG *et al.*, 2020), inclusive se manifestando na forma de trauma secundário (ORNELL *et al.*, 2020). Eles também podem sentir medo de contágio e de espalhar o vírus para suas famílias, amigos ou colegas (XIANG *et al.*, 2020; ORNELL *et al.*, 2020) e experimentar o isolamento de forma mais extrema. Analisando a experiência de epidemias anteriores, como a da SARS (ocorrida em 2002), um estudo identificou que enfermeiros de diferentes países asiáticos apresentaram sofrimento psíquico,



hostilidade, estigma, transtornos psiquiátricos, medo e nervosismo (PARK *et al.*, 2018). Também se observa sintomas de *burnout* (ORNELL *et al.*, 2020), estresse pós-traumático (ASSARI; HABIBZADEH, 2020) e distúrbios do sono (LI *et al.*, 2020b). No caso da COVID-19, ter história pregressa de sofrimento mental, estressores socioeconômicos, crianças em casa, um membro da família infectado e uma menor renda familiar, foram associados a resultados adversos de saúde mental entre profissionais de saúde (GOLD, 2020).

→ **Crianças, adolescentes e estudantes** podem apresentar grande sofrimento vinculado ao afastamento das atividades de educação presencial, pois as escolas e universidades são espaços de circulação, recreação, exposição de sentimentos e, muitas vezes, fonte de alimentação diária (ARGENTINA, 2020a). Para crianças, há fantasias, temores e lutos a serem feitos, em especial caso precisem ser separadas dos seus cuidadores primários (LIU *et al.*, 2020). Para adolescentes e estudantes, além da privação de liberdade e da diminuição do contato social decorrente do isolamento, pode haver aumento de cobranças internas e externas de aprendizado e superexposição a notícias negativas (ARGENTINA, 2020a; CATTANEO, 2020). Segundo a pesquisa de comportamentos ConVid – conduzida pela Fiocruz entre 24 de abril e 8 de maio de 2020 –, na comparação entre os grupos etários 18-29, 30-39, 40-49, 50-59 e 60+, a faixa etária que com maior frequência se sentiu ansiosa ou nervosa e triste ou deprimida foram os jovens de 18 a 29 anos⁵. Além disso, a pesquisa “Juventudes e a pandemia do coronavírus”, uma iniciativa do Conselho Nacional da Juventude que contou com a participação de mais de 33 mil jovens, apontou que eles sentem que as suas condições física e emocional foram prejudicadas desde o início do isolamento social, sendo ansiedade, tédio e impaciência os sentimentos mais presentes⁶. Durante a pandemia, também aumenta o risco de crianças e adolescentes serem vítimas ou presenciarem atos de violência doméstica e familiar - e, embora no Brasil o registro das ocorrências contra crianças pareça ter diminuído, é possível que o mesmo ocorra por redução das oportunidades de detecção e de denúncia e não pela diminuição, de fato, de incidência da violência (BRASIL, 2020).

⁵ Resultados da ConVid Pesquisa de Comportamentos. Disponível em: https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=estado_animo.

⁶ O Relatório completo da pesquisa “Juventudes e a pandemia do coronavírus” está disponível em: <https://www.juventudeseapandemia.com/>.



→ **Mulheres** podem acumular carga de cuidado das crianças (com o fechamento das escolas) e dos idosos, além das tarefas domésticas e laborais (IASC, 2020). Essa sobrecarga, aliada a índices crescentes de violência doméstica em tempos de pandemia, torna o público feminino especialmente vulnerável (RENNÓ, 2020; BRASIL, 2020). Na China, os números da violência doméstica triplicaram; na França houve um aumento de 30% das denúncias e, no Brasil, estima-se que as denúncias tenham aumentado em até 50% (BRASIL, 2020).

→ **Pessoas com comorbidades de saúde física ou mental** podem apresentar sofrimento acrescido em razão da reconfiguração ou interrupção dos seus cuidados em saúde causadas pelo isolamento (ARGENTINA, 2020b; IASC, 2020). Ter um transtorno mental prévio também pode ser fator de risco para outras comorbidades físicas que colocam essas pessoas como grupo mais vulnerável à COVID-19 (NICOL *et al.*, 2020; CASTRO-DE-ARAUJO; MACHADO, 2020). Além disso, o aumento no consumo prejudicial de álcool e outras drogas, para lidar com os sentimentos negativos do isolamento, pode ser prejudicial para a população em geral e, especialmente, para pessoas que já praticavam o abuso dessas substâncias (OMS, 2020).

→ **Pessoas que foram infectadas ou enlutadas em decorrência da pandemia** também são um grupo especialmente vulnerável em termos de saúde mental. Aqueles que são isolados podem sofrer de ansiedade devido à incerteza sobre seu estado de saúde. Além disso, uma quarentena rigorosa e uma política obrigatória de rastreamento de contatos pelas autoridades de saúde podem causar rejeição social, perda financeira, discriminação e estigmatização (LIU *et al.*, 2020; IASC, 2020). A análise de pacientes em outras epidemias de SARS indica que pode haver manifestação de *delirium* e de transtornos mentais a longo prazo (ROGERS *et al.*, 2020). Já famílias enlutadas pela perda de algum ente querido podem apresentar sintomas psíquicos de longo prazo decorrentes da interrupção dos rituais de visita hospitalar e velórios.

→ **Pessoas que já se encontram em privação de liberdade** (em prisões ou hospitais psiquiátricos, por exemplo) e suas famílias, são outro público que pode ter problemas de saúde mental exacerbados durante a pandemia. Isso ocorre devido à redução da comunicação e potencial ampliação de violação de direitos básicos (PERÚ, 2020).

Apesar dos esforços de tentar descrever de maneira mais imediata o impacto da pandemia, ainda é prematuro fazer afirmações nesse sentido. Há dois cuidados importantes que se precisa tomar ao analisar as consequências da crise atual para a saúde mental da população. Primeiro, *é importante diferenciar situações de estresse da ocorrência de transtornos mentais.* Condições de isolamento e incerteza podem trazer angústias e sentimentos de



ansiedade para muitas pessoas. No entanto, essas são reações esperadas em situações extremas ou de catástrofe, em que as pessoas se adaptam às situações de estresse. Apresentar tais reações não é o mesmo que desenvolver um transtorno de saúde mental. Pessoas que já apresentavam um transtorno mental podem ter seu caso agravado, no entanto esse não é necessariamente o caso de qualquer pessoa que apresente alterações emocionais. Um segundo cuidado importante é que *os períodos de observação dos estudos ainda são muito curtos e a situação sob análise ainda está em curso*. Nesse sentido, pode ser precipitado tomar as conclusões dessas análises como definitivas para explicar as consequências da pandemia.

Tendo em vista essas ponderações, é importante considerar as indicações dos estudos anteriores com cautela. É apenas por meio do acúmulo de muitos estudos ao longo do tempo que será possível ter um entendimento mais claro das consequências que a pandemia gerou para a vida da sociedade.



REFERÊNCIAS

ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Recomendaciones sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes en contexto de pandemia**. 1 de abril de 2020a. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001886cnt-covid-19-recomendaciones-salud-mental-ninos-ninas-adolescentes-contexto-pandemia.pdf>. Acesso em 22 jul 2020.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Recomendaciones para la asistencia y continuidad de la atención ambulatoria en salud mental durante la pandemia**. 1 de abril de 2020b. Disponível em: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001885cnt-covid-19_recomendaciones-asistencia-acion-ambulatoria-salud-mental.pdf. Acesso em 22 jul 2020.

ASSARI, S.; HABIBZADEH, P. The COVID-19 Emergency Response Should Include a Mental Health Component. **Archives of Iranian Medicine**, v. 23, n. 4, p. 281–282, 2020. Disponível em: <http://www.aimjournal.ir/Article/aim-15550>. Acesso em 22 jul 2020.

BAKER, E.; CLARK, L. Biopsychopharmacosocial approach to assess impact of social distancing and isolation on mental health in older adults. **British Journal of Community Nursing**, v. 25, n. 5, p. 231–238, 2020. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjcn.2020.25.5.231>. Acesso em 22 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-violencia-domestica-e-familiar/>. Acesso em 22 jul 2020.

CASTRO-DE-ARAUJO, L. F. S., MACHADO, D. B. Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country (LMIC). **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2020/Abr). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/impact-of-covid19-on-mental-health-in-a-low-and-middle-income-country-lmic/17557?id=17557>. Acesso em 22 jul 2020.

CATTANEO, C. Saúde mental de alunos e experiências em meio à pandemia importam mais que recuperar conteúdos, dizem especialistas. **G1**, 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/05/12/saude-mental-de-alunos-e-experiencias-em-meio-a-pandemia-importam-mais-que-recuperar-conteudos-dizem-especialistas-do-rs.ghtml>. Acesso em 22 jul 2020.



CHENG, V. C. C. *et al.* Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus as an Agent of Emerging and Reemerging Infection. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 20, n. 4, p. 660–694, 1 out. 2007. Disponível em: <https://cmr.asm.org/content/20/4/660>. Acesso em 20 jul 2020.

COSIC, K.; POPOVIC, S.; *et al.* Impact of human disasters and Covid-19 pandemic on mental health: potential of digital psychiatry. **Psychiatria Danubina**, v. 32, n. 1, p. 25–31, 2020. Disponível em: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no1/dnb_vol32_no1_25.pdf. Acesso em 22 jul 2020.

FIORILLO, A.; GORWOOD, P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. **European Psychiatry**, v. 63, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/consequences-of-the-covid19-pandemic-on-mental-health-and-implications-for-clinical-practice/E2826D643255F9D-51896673F205ABF28>. Acesso em 22 jul 2020.

GAO, J.; ZHENG, P.; JIA, Y.; *et al.* Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. **PLOS ONE**, v. 15, n. 4, p. e0231924, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231924>. Acesso em 22 jul 2020.

GOLD, J.A. Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers. **BMJ**, p. m1815, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1815.full.pdf>. Acesso em 22 jul 2020.

GREENBERG, N.; DOCHERTY, M.; GNANAPRAGASAM, S.; *et al.* Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. **BMJ**, v. 368, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1211>. Acesso em 22 jul 2020.

HO, C.S.; CHEE, C.Y.; HO, R.C. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. **Annals of the Academy of Medicine**, Singapore, v. 49, n. 3, p. 155–160, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32200399/>. Acesso em 22 jul 2020.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de Covid-19: Guia preliminar**. Grupo de Referência IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, 2020. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>. Acesso em 27 jul 2020.



JAWAID, A. Protecting older adults during social distancing. *Science*, v. 368, n. 6487, p. 145–145, 2020. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/368/6487/145.1>. Acesso em 22 jul 2020.

KANG, L.; LI, Y.; HU, S.; *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, p. e14–e14, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-32035030>. Acesso em 22 jul 2020.

KHAN, S.; SIDDIQUE, R.; LI, H.; *et al.* Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *Journal of Global Health*, v. 10, n. 1, p. 010331, 2020. Disponível em: <http://jogh.org/documents/issue202001/jogh-10-010331.pdf>. Acesso em 22 jul 2020.

KISSELER, S. M. *et al.* Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*, v. 368, n. 6493, p. 860–868, 22 maio 2020. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/368/6493/860>. Acesso em 20 jul 2020.

LI, W.; YANG, Y.; LIU, Z.; *et al.* Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, v. 16, n. 10, p. 1732–1738, 2020b. Disponível em: <https://www.ijbs.com/v16p1732.htm>. Acesso em 22 jul 2020.

LIU, J.; BAO, Y.; HUANG, X.; *et al.* Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, v. 4, n. 5, p. 347–349, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanchi/PIIS2352-4642\(20\)30096-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanchi/PIIS2352-4642(20)30096-1.pdf). Acesso em 22 jul 2020.

NICOL, Ginger E.; KARP, Jordan F.; REIERSEN, Angela M.; *et al.* “What Were You Before the War?” Repurposing Psychiatry During the COVID-19 Pandemic. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 81, n. 3, p. 0–0, 2020. Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2020/v81/20com13373.aspx>. Acesso em 22 jul 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). ‘O impacto da pandemia na saúde mental das pessoas já é extremamente preocupante’. ONU, 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-o-impacto-da-pandemia-na-saude-mental-das-pessoas-ja-e-extremamente-preocupante/amp/>. Acesso em 23 jul 2020.

ORNELL, F.; SCHUCH, J.B.; SORDI, A.O.; *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 42, n. 3, p. 232–235, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462020005008201&script=sci_arttext&tIng=en. Acesso em 27 jul 2020.



PARK, J.; LEE, E.; PARK, N.; *et al.* Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, v. 32, n. 1, p. 2–6, 2018. Disponível em: [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(17\)30044-4/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(17)30044-4/fulltext). Acesso em 22 jul 2020.

PERÚ. Ministerio de Salud. **Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19.** Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponível em: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf>. Acesso em 22 jul 2020.

RENNÓ, J. COVID-19: impacto na saúde mental da mulher é pior. *Estadão*, 2020. Disponível em: <https://emails.estadao.com.br/blogs/joel-renno/covid-19-impacto-na-saude-mental-da-mulher-e-pior/>. Acesso em 22 jul 2020.

ROGERS, J. P.; CHESNEY, E.; OLIVER, D.; *et al.* *Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic.* *The Lancet Psychiatry*, v. 0, n. 0, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30203-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30203-0/fulltext). Acesso em 22 de jul 2020.

SANTIAGO, A. Enfermeiro chora por não ter UTI para pacientes: ‘me coloquei no lugar’. *UOL*, 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/21/enfermeiro-chora-por-nao-ter-uti-para-pacientes-me-coloquei-no-lugar.htm>. Acesso em 22 jul 2020.

XIANG, Y.; YANG, Y.; LI, W.; *et al.* Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 3, p. 228–229, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30046-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30046-8/fulltext). Acesso em 22 jul 2020.



ANEXO C: IMERSÃO VIRTUAL

Contexto

Na elaboração do projeto *Caminhos em Saúde Mental* foi previsto um período de visitas presenciais a serviços públicos e iniciativas do terceiro setor atuantes no campo da saúde mental. Essas visitas tinham o objetivo de propiciar uma aproximação não apenas teórica, mas também vivencial, com a temática de interesse da equipe do **Instituto Cactus**. Entretanto, por conta da pandemia de Covid-19 - e das medidas sanitárias para reduzir seu risco de transmissão - optou-se por uma estratégia alternativa, a partir de uma imersão virtual.

Dessa forma, foi feito um levantamento exploratório de vídeos disponíveis no Youtube e que fossem relacionados com a temática da saúde mental, seja a partir da apresentação do trabalho realizado pelos serviços públicos, das iniciativas de associações de usuários e familiares, da discussão de conceitos relevantes para o campo, ou a partir de denúncias de violações de direitos humanos. O resultado desse levantamento é apresentado na tabela a seguir.

Ao disponibilizar esse resultado, faz-se a ressalva de se tratar de um levantamento datado (realizado em julho de 2020) e sem pretensões de ser exaustivo ou sistemático, mas sim buscando servir como introdução a aspectos relevantes do campo da saúde mental.



Título do Vídeo	Tema principal	Observações	Tempo	Link de acesso
Residências Terapêuticas: o fim de um ciclo de internações	Serviços Residenciais Terapêuticos	Matéria jornalística sobre a vida de pessoas que saíram de hospitais psiquiátricos e passam a viver em uma residência terapêutica.	3 min	https://www.youtube.com/watch?v=JtEgnWCj_W4
Serviços Residenciais Terapêuticos: Documentário	Serviços Residenciais Terapêuticos	Este documentário registra memórias e histórias de vida narradas pelos próprios moradores de 11 SRTs localizados em 9 cidades do estado de São Paulo, documentando relatos sobre suas infâncias, o tempo em que viveram internados e, finalmente, o contexto de vida atual.	29 min	https://www.youtube.com/watch?v=TDBoWM5qXNo
Serviço Residencial Terapêutico – Mauá/SP	Serviços Residenciais Terapêuticos	Matéria jornalística sobre inauguração de SRT em Mauá/SP com o então Ministro da Saúde Arthur Chioro.	2 min	https://www.youtube.com/watch?v=9S_H-rS7mIU
Desinstitucionalização em Cerquilha - Serviço Residencial Terapêutico	Desinstitucionalização	Apresenta breve histórico da reforma psiquiátrica para contextualizar o Serviço Residencial Terapêutico de Cerquilha/SP. Conta com depoimentos de moradores e trabalhadores dos serviços de saúde mental.	6 min	https://www.youtube.com/watch?v=bGFm2HJ1sE
Geração POA - Geração de Trabalho e Renda na Reabilitação Psicossocial	Geração de renda e trabalho	Apresentação sobre o campo do trabalho e geração de renda em saúde mental e, em especial, a experiência da Geração POA em Porto Alegre/RS.	9 min	https://www.youtube.com/watch?v=Hd8kix284uo
Geração POA Oficina Saúde e Trabalho	Geração de renda e trabalho	Apresentação de oficina de geração de trabalho e renda da Geração POA em Porto Alegre/RS.	3 min	https://www.youtube.com/watch?v=Zma0jaZAmRo



Título do Vídeo	Tema principal	Observações	Tempo	Link de acesso
XVIII Copa da Inclusão Maio - 2019	XVIII Copa da Inclusão Maio - 2019	Registros do encontro de integração de serviços de saúde mental, realizado em maio de 2019 em São Paulo/SP.	8 min	https://www.youtube.com/watch?v=y0yOySnvegA
Ecolavagem CAPS Paranoá	Geração de renda e trabalho	Apresentação de projeto de geração de trabalho e renda de um CAPS II de Brasília/DF.	2 min	https://www.youtube.com/watch?v=cFDMX6y7yxQ
Apresentando o Maluco Voador	Inclusão e Cultura	Apresentação de projeto que une música, saúde mental e cultura popular em um CAPS II de Brasília/DF.	12 min	https://www.youtube.com/watch?v=0B6lJXu8vbg
Saúde Mental CAPS	Inclusão e Cultura	Apresentação do trabalho de inclusão do CAPS II de Barreiras/BA.	6 min	https://www.youtube.com/watch?v=KWc21DR9Kng
CAPS faz inserção de portadores de transtornos mentais na sociedade	Centro de Atenção Psicossocial	Apresentação do trabalho do CAPS Adulto Lapa em São Paulo/SP.	3 min	https://www.youtube.com/watch?v=-b6KsTkzw3A
Q'Sabor: Geração de Renda & Inclusão Social	Geração de renda e trabalho	Apresentação do Q'sabor, estratégia de geração de renda e trabalho para usuários de saúde mental em São Bernardo do Campo/SP.	6 min	https://www.youtube.com/watch?v=kEex_XLpQfo
Eu Não Sou Louco	Protagonismo pessoas com habilidades psicossociais	Documentário sobre a vida de pessoas com sofrimento psíquico e as estratégias de cuidado.	15 min	https://www.youtube.com/watch?v=14wnzV6eIDl



Título do Vídeo	Tema principal	Observações	Tempo	Link de acesso
Ala Loucos pela X aposta na integração	Geração de renda e trabalho; Cultura	Em atividade há 14 anos, a Ala Loucos pela X é um projeto de inclusão para usuários da rede de saúde mental. Dividida em duas frentes, ela trabalha na produção das fantasias da escola de samba X9 paulistana e desfila no carnaval de São Paulo.	3 min	https://www.youtube.com/watch?v=3oP9qIWXfqc
Carnaval da inclusão: Ala Loucos pela X tem história contada por universitárias!	Geração de renda e trabalho; Cultura	Apresentação da história da iniciativa da Ala Loucos pela X, da Escola de Samba X9 Paulistana.	7 min	https://www.youtube.com/watch?v=5z2MjJcKlNY
Conexão Repórter - 24/01/13 - A Casa dos Esquecidos - Completo	Violações de direitos humanos	Programa jornalístico que apresentou a situação de pessoas internadas no hospital psiquiátrico Vera Cruz, Sorocaba/SP.	40 min	https://www.youtube.com/watch?v=UZBMaKNxua0
Jornal TV RIO 15-05-13 - Semana antimanicomial com o CAPS Infantil	Inclusão de crianças e adolescentes	Matéria jornalística sobre atividades do CAPS infantojuvenil de Pirapora/MG.	4 min	https://www.youtube.com/watch?v=CGRvqiKBj2I
Crianças e adolescentes do CAPS Infantil têm dia de lazer	Inclusão de crianças e adolescentes	Matéria jornalística sobre atividades de lazer do CAPS infantojuvenil de Caxias/MA.	2 min	https://www.youtube.com/watch?v=I6eYYPICbZ0
Serviços oferecidos pelo CAPS IJ em Caxias para pessoas com Autismo	Atividades de CAPS infantojuvenil	Matéria jornalística sobre atividades de cuidado do CAPS infantojuvenil de Caxias/MA.	3 min	https://www.youtube.com/watch?v=SqGc0mvyNo94



Título do Vídeo	Tema principal	Observações	Tempo	Link de acesso
Caps Infantojuvenil III na Capela do Socorro	Espaço físico de CAPS infantojuvenil	Materia de divulgação da inauguração do CAPS Infantojuvenil do bairro Capela do Socorro, em São Paulo/SP.	1 min	https://www.youtube.com/watch?v=KRVRBUBSQA
CAPS i crescer	Atividades de CAPS infantojuvenil	Apresentação das atividades e do cotidiano do CAPS Infantojuvenil de Manhuaçu/MG.	8 min	https://www.youtube.com/watch?v=xICrNgNpVULU
2º Acampadentro - Caps Infanto-Juvenil	Atividades de CAPS infantojuvenil	Apresentação das atividades e do cotidiano do CAPS Infantojuvenil Mirim em São Paulo/SP.	2 min	https://www.youtube.com/watch?v=pYqSH6RsA7g
A arte como terapia CAPS Infantojuvenil Mirim	Atividades de CAPS infantojuvenil	Apresentação das atividades e do cotidiano do CAPS Infantojuvenil Assunção de São Bernardo do Campo/SP.	4 min	https://www.youtube.com/watch?v=xHEKALx2OKw
Primeiro Encontro Municipal de Caps Infantojuvenil	Saúde mental da infância e adolescência	Registros do Primeiro Encontro Municipal de Caps Infantojuvenis de São Paulo/SP em 2016.	5 min	https://www.youtube.com/watch?v=T60ckoBAXDA
Caps Infanto Juvenil realiza programação especial da Páscoa	Atividades de CAPS infantojuvenil	Materia jornalstica sobre as atividades e o cotidiano do CAPS Infantojuvenil de Porto Velho/RO.	3 min	https://www.youtube.com/watch?v=m8MlycoRIj4
São João do CAPS Infantojuvenil Cirandar	Atividades de CAPS infantojuvenil	Apresentação das atividades e do cotidiano do CAPS Infantojuvenil Cirandar de João Pessoa/PB.	3 min	https://www.youtube.com/watch?v=1LILUaY0G3s



Título do Vídeo	Tema principal	Observações	Tempo	Link de acesso
São Bernardo ganha novo CAPS AD Infantojuvenil	Saúde mental da infância e adolescência	Registros da inauguração do CAPS AD Infantojuvenil de São Bernardo do Campo/SP.	3 min	https://www.youtube.com/watch?v=1Ub-X2KAORF
Universo Infantil: Grupo "Hey-Ho" - CAPS Infantil Campo Limpo	Atividades de CAPS infantojuvenil	Matéria jornalística sobre as atividades e o cotidiano do CAPS Infantojuvenil do bairro de Campo Limpo em São Paulo/SP.	14 min	https://www.youtube.com/watch?v=Y9s8ToljSmk
CAPS Infantil realiza homenagem pelo dia das mães	Atividades de CAPS infantojuvenil	Matéria jornalística sobre as atividades e o cotidiano do CAPS Infantojuvenil de Altamira/PA.	3 min	https://www.youtube.com/watch?v=xu4KIDG2MzQ
Sessão Temática 9: Roberto Tykanori	Política Nacional de Saúde Mental	Gravação da apresentação da Política Nacional de Saúde Mental.	15 min	https://www.youtube.com/watch?v=I57o0UvIjvM
A Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização - Dr. Benedetto Saraceno	Desinstitucionalização e modelos de atenção	Entrevista com Dr. Benedetto Saraceno sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (2015). Saraceno foi Diretor da área de Saúde Mental da OMS entre 2000 e 2010.	12 min	https://www.youtube.com/watch?v=HuGVHEZ144
Roberto Tykanori fala sobre Redes	Redes de Atenção e Projeto Terapêutico Singular	Registro de aula sobre Redes de Atenção.	19 min	https://www.youtube.com/watch?v=P4fXHGjD-VA



Título do Vídeo	Tema principal	Observações	Tempo	Link de acesso
Live: Gestão e Resistência em Tempos Difíceis: Análise com ex-coordenadores nacionais de Saúde Mental	Política de Saúde Mental: história e desafios atuais	Debate organizado pelo CRP-RJ sobre Luta Antimanicomial com ex-coordenadores de Saúde Mental. Participam: Ana Pitta, Roberto Tykanori, Alfredo Schechtman, Pedro Gabriel Delgado, Domingos Savio.	120 min	https://www.youtube.com/watch?v=beUxZLV-oWk
Além dos muros - Um bar chamado Suricato	Geração de trabalho e renda	Na capital dos bares, esta iniciativa gera trabalho e renda para usuários da rede substitutiva de saúde mental de Belo Horizonte.	4 min	https://www.youtube.com/watch?v=aklRtr-vUDU
Encontro de Bauru - 30 anos e luta por uma sociedade sem manicômios	Luta Antimanicomial	Registro do Encontro de Bauru - 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios, realizado em 2018, que contou com a participação de mais de 2000 pessoas, entre usuários, familiares e profissionais de 23 estados da federação.	6 min	https://www.youtube.com/watch?v=wgF2qvbYJSM
Marcha da Luta Antimanicomial de São Paulo	Luta Antimanicomial	Registro da Marcha da Luta Antimanicomial de São Paulo de 2014.	4 min	https://www.youtube.com/watch?v=hkKkUt4wnoA0
18 de maio 2015 - Dia Nacional da Luta Antimanicomial	Luta Antimanicomial	Registros do Fórum Mineiro de Saúde Mental do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, 18 de maio de 2015, com homenagem ao pensamento de Franco Basaglia.	7 min	https://www.youtube.com/watch?v=LfHOKTqy4Zk



Título do Vídeo	Tema principal	Observações	Tempo	Link de acesso
Trajetórias de uma crise	Crise em saúde mental	Filme de 2015 produzido, encenado e roteirizado por trabalhadores e usuários da rede pública de saúde mental de Guarulhos/SP. Projeto financiado pelo Ministério da Saúde e executado pela Secretaria Municipal de Guarulhos.	19 min	https://www.youtube.com/watch?v=Sb3mErZ9b1c&t=9222s
Morar em Liberdade	Desinstitucionalização	O projeto Morar em Liberdade resgatou o cotidiano de beneficiários do Programa De Volta para Casa.	5 min	https://www.facebook.com/watch/?v=206032329978076
Práticas Integrativas em Saúde no Centro de Atenção Psicossocial	Atividades de CAPS	Vídeo apresenta atividades de Reiki e Yoga em CAPS do Distrito Federal.	8 min	https://www.youtube.com/watch?v=vI54yhEIPmA

