
SAÚDE MENTAL E OS DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES



O QUE É SAÚDE MENTAL E POR QUE É IMPORTANTE FALAR SOBRE ISSO?

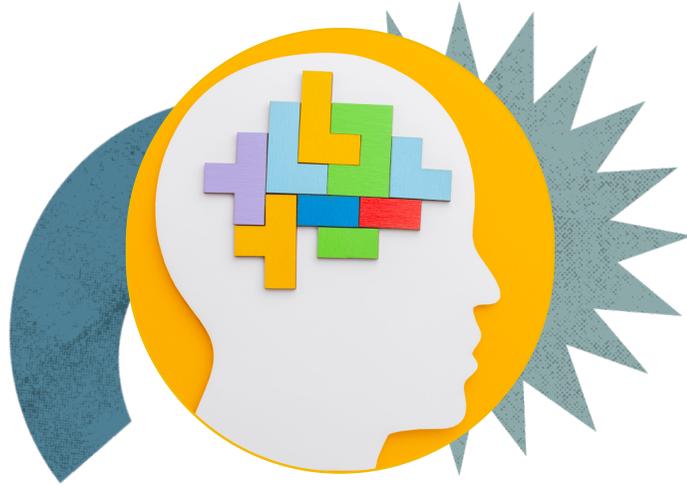
De acordo com a [Organização Mundial da Saúde \(OMS\)](#), a saúde mental pode ser entendida como um **estado de bem-estar** no qual a pessoa pode exercer as capacidades de pensar, sentir, construir relações, trabalhar e colaborar socialmente.

A **saúde mental** inclui períodos de bem-estar e outros de angústia ou conflitos. Estes momentos podem contribuir para ampliação do repertório de competências, habilidades e resiliência. Isso é fundamental para que dificuldades, conflitos e outros problemas cotidianos não se tornem um sofrimento incapacitante e não evoluam para um transtorno diagnosticável.

A definição internacional da OMS, além de refletir os esforços para o estabelecimento de um consenso sobre o tema, promove uma visão positiva sobre saúde mental, alinhada a **questões estruturais** e à promoção de qualidade de vida para todos. Melhorar a saúde mental significa abordar os contextos que criam angústia, evitar a incompreensão e o estigma que fazem com que pessoas deixem de buscar ajuda.

Já o **transtorno mental** pode interferir na qualidade de vida e dificultar a inserção social. A prevenção deve minimizar situações de riscos e promover condições de segurança e bem-estar, especialmente na fase de desenvolvimento de crianças e adolescentes.





O que são transtornos mentais?

▶ Os **transtornos mentais**, também referidos de modo mais abrangente como condições de saúde mental, são diagnósticos caracterizados por perturbações significativas na cognição, regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, sendo os mais comuns: Transtornos de ansiedade, Depressão, Transtorno bipolar, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtorno alimentar, Transtorno disruptivo, Transtorno de neurodesenvolvimento, Esquizofrenia.

Fonte: Classificação Internacional de Doenças - Cid 11

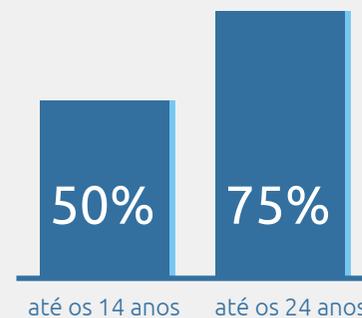
▶ O **sofrimento psíquico**, por sua vez, está relacionado aos desafios cotidianos. Ele pode se mostrar a partir de sintomas como insônia, ansiedade, esquecimento, dores físicas, fadiga e dificuldade de concentração e tomada de decisões (ANDRADE ET AL., 2016)

Segundo o relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) *On my mind: The State of the world's children*, publicado em 2021:



▶ **13%** da população mundial entre **10 e 19 anos** vivem com algum diagnóstico de transtorno mental definido pela OMS, sendo que ansiedade e depressão representam 40% desse quadro.

▶ **17%** é a taxa brasileira na mesma faixa etária, o que corresponde a aproximadamente **5,6 milhões de meninos e meninas**.



▶ De acordo com Kesstler et al. (2005), 50% dos possíveis transtornos mentais se iniciam **até os 14 anos** de idade e 75% **até os 24**.

▶ **80%** dos casos, no entanto, **não** são diagnosticados ou tratados de forma adequada. (KESSTLER et al., 2005)

As escolas podem ser ambientes de reforço ou risco para o bem-estar (quando há presença de bullying, racismo ou pressões excessivas), e não frequentar a escola é um fator de risco para a saúde mental das crianças, pois intensifica o isolamento social, que está relacionado à maior probabilidade de autolesão, pensamentos suicidas, depressão, ansiedade e uso de substâncias (UNICEF, 2021).

As situações mais graves são aquelas que atingem sobretudo a população de países em desenvolvimento, pois fatores que determinam as **condições e qualidade de vida** devem ser considerados quando se fala em saúde mental.

No mundo, a **extrema pobreza** afeta cerca de 20% das crianças menores de 5 anos. Traumas de crises humanitárias, condição de trabalho infantil e **normas de gênero** associadas a experiências de violência e menores oportunidades de educação e mercado de trabalho acometem especialmente as **meninas e mulheres** de acordo com dados da UNICEF (2021).

O tema da saúde mental ganhou outro enfoque devido à pandemia de Covid-19 que afetou toda a população. No Brasil, houve um aumento da **insegurança alimentar** que **duplicou nas famílias com crianças de até 10 anos de idade, entre 2020 e abril de 2021**.

A falta de redes de apoio e as mudanças bruscas de rotina impostas pelo isolamento social também foram percebidas. Durante os dois primeiros anos da pandemia, 40.830 crianças e adolescentes perderam suas mães por Covid-19, conforme apontam **dados divulgados pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - em 2022**.

Ao considerar também pais e avós com guarda, um **estudo** do Imperial College estima que **184.200** crianças brasileiras perderam seus cuidadores principais.

A urgência em priorizar a saúde mental foi materializada em dois compromissos da Agenda 2030 para os próximos anos:

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

- ▶ Intervir na saúde mental de crianças e adolescentes vai ao encontro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da Agenda 2030 das Nações Unidas.

SAÚDE E BEM-ESTAR



ODS 3

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

IGUALDADE DE GÊNERO



ODS 5

Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.

Fonte: UNICEF

A meta 3.4 chama atenção para a redução “em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”.

Cuidar de crianças e adolescentes é também uma forma de construir uma sociedade que possa lidar com as adversidades da vida. Mas é importante reforçar que esse cuidado não depende de escolhas individuais, mas sim de **políticas públicas eficientes**, principalmente em atenção à saúde mental da população infanto-juvenil.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: COMO FUNCIONA E COMO CHEGAMOS ATÉ AQUI?

No Brasil, as políticas públicas no campo da saúde mental passaram por profundas transformações desde o final da década de 1980. A partir da crítica aos tratamentos oferecidos em hospitais psiquiátricos, que culminou na **Lei da Reforma Psiquiátrica** (lei nº 10.2016/2001), passou-se a investir na criação de uma rede de serviços comunitária (INSTITUTO CACTUS, 2021).

O **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, no art. 3º, destaca que crianças e adolescentes devem ter por lei e outros meios todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

A Lei da Reforma Psiquiátrica junto com o direcionamento do ECA, construiu o arcabouço central das políticas públicas voltadas para a saúde mental de crianças e adolescentes, tendo como principal propulsor a **intersetorialidade**, como um trabalho articulado e integrador de sujeitos, práticas e diversos setores da sociedade.

Principais Marcos

- **1990 ECA (lei nº 8.069)**

Estabelece a saúde integral como direito fundamental de crianças e adolescentes.

- **2001 Lei da Reforma Psiquiátrica (lei nº 10.216)**

Quebra de paradigma da institucionalização, instituindo uma rede comunitária de cuidado.

- **2001 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)**

Apresenta dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese democrática das principais diretrizes políticas e de medidas operacionais de saúde mental no país. Surgem os Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi).

- **2011 Portaria 3.088 do Ministério da Saúde**

Diretrizes e recomendações são consensuadas como política pública que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde.



Atualmente, a **Política Nacional de Saúde Mental**, administrada pelo Ministério da Saúde, define as estratégias e diretrizes da assistência a pessoas com necessidade de tratamento e cuidados específicos em saúde mental, de forma integral e gratuita, por meio da rede pública de saúde.

Quem precisa de atendimento devido a transtornos mentais, seja por ansiedade, uso de drogas ou agressividade, pode acessar diretamente os serviços da **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, instituída pela **portaria nº 3.088, de 2011**.

Com a RAPS, instaura-se um novo paradigma de atendimento embasado no **modelo de atenção aberta**, que incentiva o cuidado em liberdade, em outras palavras, a **desinstitucionalização dos cuidados em saúde mental**: “Os grandes hospitais psiquiátricos e manicômios foram substituídos gradualmente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo, que fazem o atendimento junto à comunidade e em liberdade” (**Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS, 2023, p. 09**).



Uma das portas de entrada para os cuidados em saúde mental são os serviços dos CAPS, responsáveis por aplicar cuidado multiprofissional ou terapêutico de acordo com o quadro de cada paciente.

Quando não há CAPS no município, atendimentos de maior complexidade podem ser encaminhados a cidades vizinhas que possuem os serviços da RAPS ou serem realizados pela Atenção Básica, em Unidades Básicas de Saúde.

Todos os CAPS podem atender a população de crianças e adolescentes, a depender da organização da RAPS no território. Quando os municípios ou região possuem mais de 150.000 habitantes, podem habilitar um **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi)**, conforme Portaria nº 3.088/11. Ao todo, o Brasil possui 285 CAPS infantojuvenil habilitados, conforme **dados** do Ministério da Saúde de 2022.

Em 2019, algumas normativas trouxeram orientações para mudanças na Política de Saúde Mental, como a nota técnica nº 11/2019, do Ministério da Saúde. As mudanças incluem a indicação de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, na contramão da política de desinstitucionalização e do movimento antimanicomial.



E NO PARANÁ?

O Paraná conta com 2 Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) e 153 CAPS (1,32 CAPS para cada 100 mil habitantes), de acordo com dados do Ministério da Saúde.

São 41 equipes multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, maior número identificado nacionalmente, conforme indicam os [Dados da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, de 2022](#).

Embora o estado também possua a maior cobertura do país de leitos pelo SUS (totalizando 1.897, em enfermarias especializadas de hospitais gerais, somados aos leitos em hospitais psiquiátricos), municípios de pequeno e médio porte ainda encontram dificuldades para garantir leitos especializados para adolescentes em caso de doenças psíquicas, conforme foi identificado pelo departamento de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Toledo.

Isso dificulta que tratamentos ocorram perto das famílias, já que os adolescentes precisam ser encaminhados para cidades próximas com disponibilidade dos serviços.

Esta é uma cobertura **deficitária** no Brasil, que conta com 0,1 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo Ministério da Saúde seria de 0,45 por 1.000 habitantes (Portaria GM/MS 3088/2011, usando como referência o postulado pela portaria GM/MS 1101/2002).



Modalidades de CAPS no Paraná

▶ **153** CAPS funcionando atualmente no Paraná, sendo:

Para todas as faixas etárias

- ▶ **71 CAPS I** - indicado para municípios acima de 15 mil habitantes
- ▶ **26 CAPS II** - indicado para municípios acima de 70 mil habitantes
- ▶ **6 CAPS III** - indicado para municípios acima de 150 mil habitantes
- ▶ **25 CAPS ad Álcool e Drogas** - indicado para municípios acima de 70 mil habitantes
- ▶ **11 CAPS as III Álcool e Drogas** - indicado para municípios acima de 150 mil habitantes

Crianças e adolescentes

- ▶ **14 CAPS Infantojuvenil** - Atende exclusivamente crianças e adolescentes, para situações de sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de álcool e drogas. Indicado para municípios acima de 70 mil habitantes.

O Paraná tem 1,32 CAPS para cada 100 mil habitantes, ligeiramente abaixo da média nacional de 1,33 para cada 100 mil habitantes.

Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por indicador de CAPS/100 mil habitantes

Região	UF	População estimada (IBGE 2021)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS infanto-juvenil	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD IV	Total geral	Relação de CAPS por 100 mil hab.
Sul	PR	11.597.484	71	26	6	14	25	11	-	153	1,32
	RS	11.466.630	81	42	2	30	30	15	1	201	1,75
	SC	7.338.473	66	15	2	10	13	2	-	108	1,47
	Total	30.402.587	218	83	10	54	68	28	1	462	1,52
BRASIL		213.317.639	1.429	527	126	285	331	135	3	2.836	1,33

Fonte: [Secretaria de Atenção Primária da Saúde / Ministério da Saúde \(2022\)](#)

COMO É O FINANCIAMENTO DA SAÚDE MENTAL?

Segundo [dados do Ministério da Saúde](#), em 2023 foram investidos R\$ 414 milhões na política de saúde mental da população. Esse valor inclui despesas hospitalares e principalmente extra-hospitalares, considerando todos os serviços da RAPS.

Em 2006, as diretrizes do [Pacto pela Saúde](#), publicadas pelo Ministério da Saúde, definiram a saúde mental como prioridade, permitindo que o financiamento considere a modalidade *per capita* para procedimentos usuais de saúde e também para atividades como reuniões comunitárias, passeios e atividades culturais em geral.

Como a responsabilidade do financiamento de ações em saúde mental é compartilhada entre União, estados e municípios, o governo federal transfere uma parte do custo do dispositivo, na modalidade **fundo a fundo** e por meio do pagamento de procedimentos, e o restante fica a cargo dos

estados e municípios. Uma opção pontual de complementação pode acontecer por meio de **emendas parlamentares**. Para que o repasse aconteça, equipamentos da rede precisam estar cadastrados e habilitados.



No entanto, para que se habilitem, é necessário que estejam funcionando. Enquanto a ampliação e o fortalecimento dos serviços da RAPS está prevista no Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, o fornecimento de medicamentos psicotrópicos é financiado com recursos do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

De acordo com a [Nota Técnica nº 29](#), produzida pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, embora o valor investido pelo Governo Federal em saúde mental tenha aumentado, o orçamento da saúde cresceu apenas 2,5% entre 2013 e 2023, sendo considerado um cenário de estagnação.

Atenção!

Em entrevista para este informe, realizada em março de 2023, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do Paraná aponta para a necessidade de revisão e atualização dos valores do repasse federal, visto que eles seguem os mesmos desde a sua implementação.



QUAIS DADOS E EVIDÊNCIAS PAUTAM AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL?

Além do número de leitos hospitalares especializados, que reflete apenas uma parte dos problemas referentes aos hospitais psiquiátricos, o campo da saúde mental **carece de indicadores específicos** para viabilizar o monitoramento das condições de vida e do bem-estar, subsidiar o planejamento governamental e investigar os efeitos de suas intervenções.

Ainda assim, alguns indicadores auxiliam no acompanhamento das políticas em saúde mental para crianças e adolescentes.

De acordo com o Instituto Cactus, as informações sistematizadas sobre as principais violações a crianças e adolescentes que chegam aos Conselhos Tutelares de municípios e estados são **insuficientes**.

O último grande compilado publicizado de dados sobre saúde mental no Brasil, o documento **Saúde Mental em Dados**, foi realizado em 2015 (MS). Apesar de existir um Sistema de Informação do SUS, os dados relacionados a transtornos mentais se apresentam de forma fragmentada, são de difícil acesso e não incluem recortes de faixa-etária, gênero, orientação sexual e perspectivas étnico-raciais.

Essa lacuna, como observam as fontes entrevistadas para este informe, representa uma barreira para políticas de prevenção e promoção de saúde mental para grupos específicos, como a população negra, indígena e quilombola, que considerem **fatores estruturais**, sem que essa percepção dependa do olhar individual do profissional que está em atendimento direto à população.

O atendimento qualificado a crianças e adolescentes apresenta um desafio adicional para os serviços da RAPS, considerando que saúde mental é um fenômeno multicausal, as particularidades do estágio do desenvolvimento dessa parte da população e, muitas vezes, o desconhecimento sobre as próprias atribuições profissionais daqueles que integram a rede.

Além de recursos, capacitação e modelos de triagem na atenção básica para identificação de questões de saúde mental e para um encaminhamento adequado ao atendimento especializado quando necessário, é fundamental que haja uma escuta empática para que o público atendido se sinta respeitado e acolhido, estimulando sua permanência na rede, especialmente quando se trata do uso abusivo de álcool e outras drogas, cuja adesão ao tratamento é mais desafiadora.

E A SAÚDE MENTAL NO PARANÁ?

► De acordo com o Relatório de Acompanhamento do **Plano Decenal dos Direitos da Criança e Adolescente 2021-2023**, que apresenta formas de monitorar as políticas públicas do estado, foram identificados dois objetivos referente à saúde mental.

O primeiro referia-se ao fortalecimento da atenção em saúde mental de crianças e adolescentes em serviços territoriais (nº 03, eixo 01). O segundo referia-se à implantação e implementação da Rede de Atenção à Saúde mental (nº 06, eixo 01).

Para fortalecer a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes, foi proposta realização de um diagnóstico do atendimento do CAPSi previsto para ser publicado em 2022, mas que até o momento não foi concluído. Essa ação tem como responsável a Secretaria de Saúde (SESA) e o indicador de monitoramento foi o **“percentual do relatório apresentado”**.

Quanto à Rede de Atenção à Saúde Mental, a ação definida foi a **capacitação de profissionais** de saúde, educação, assistência social e segurança para implantação e implementação de ações e estratégias intersetoriais destinadas a crianças, adolescentes e suas famílias para a prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas. A meta era capacitar ao menos 01 profissional de cada área dos 32 municípios prioritizados pela **deliberação do Cedca 109/2017**, totalizando 128 profissionais.

Essa meta foi considerada atingida e superada até o momento, totalizando 220 profissionais capacitados, sendo este também o indicador de monitoramento.

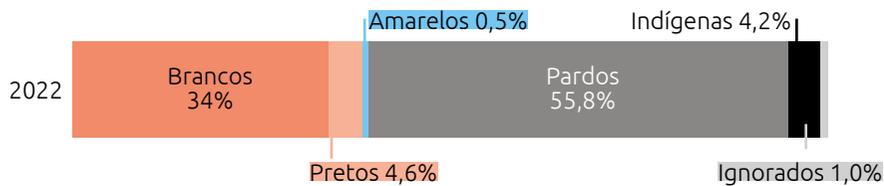
Apesar da ausência de dados relacionados ao **impacto da pandemia** em crianças e adolescentes no Estado, a Divisão de atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (DVSCA) da SESA passou a identificar um aumento do uso dessas substâncias por adolescentes e crianças nos últimos anos.

Segundo a DVSCA, boa parte dos tratamentos acabam se tornando ostensivos, em virtude das dificuldades em se trabalhar com prevenção e promoção de saúde mental fora dos serviços de saúde, em campanhas permanentes, e do fluxo intenso de demandas que tratam de alta complexidade.



Suicídio e violência autoprovocada

- ▶ Suicídio é a quinta principal causa de morte para meninos e meninas entre 10 e 19 anos no **mundo** e a terceira entre adolescentes de 15 a 19 anos na **América Latina** (UNICEF, 2021)
- ▶ **No Brasil**, de 2012 a 2021, foram registrados 9.954 óbitos por lesões autoprovocadas na faixa etária entre 10 e 19 anos, sendo 68,32% do sexo masculino e 31,68% do sexo feminino (Sociedade Brasileira de Pediatria)
- ▶ Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)*, do Ministério da Saúde, referentes ao ano de 2022, indicam que as principais vítimas de suicídio são jovens negros (pretos e partos).



Óbitos Suicídio/Lesão Autoprovocada por Faixa Etária e Cor/raça – BRASIL, 2022

Faixa Etária	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
5 a 9 anos	2	1	0	1	0	0	4
10 a 14 anos	68	10	2	103	17	3	203
15 a 19 anos	358	47	4	599	36	9	1053
Total	428	58	6	703	53	12	1260

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2022

- ▶ Em relação à população indígena, dos 725 suicídios registrados entre 2010 e 2017, 47,7% das vítimas tinham entre 10 e 19 anos e 34,9% tinham entre 15 e 19 anos (MS, 2019)

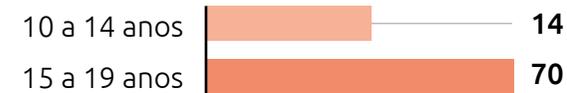
* No SIM, foram selecionados casos identificados com CID-10, com os seguintes diagnósticos correspondentes ao suicídio: X60 a X84 (óbitos por autointoxicações ou lesões autoprovocadas).

▶ No Paraná

- ▶ Em 2021, foram registrados 100 óbitos por suicídios entre adolescentes e jovens.

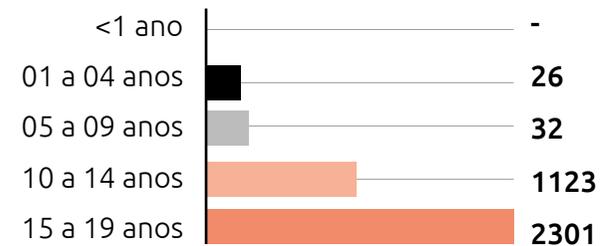


- ▶ Em 2022, o número de óbitos por suicídios entre adolescentes e jovens diminuiu para 84 casos:

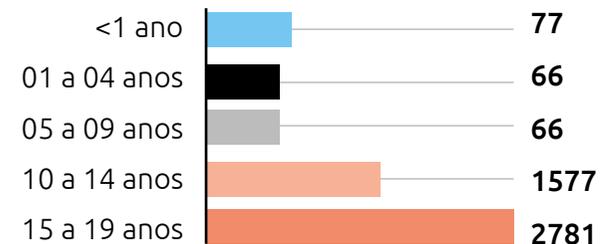


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM*

- ▶ Em 2021, o número de lesões autoprovocadas entre pessoas até 19 anos somava 3.482:



- ▶ Em 2022, houve um aumento de 1.085 casos de lesão autoprovocada entre crianças, adolescentes e jovens, somando 4.567 casos:



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Seja para proteção ou prevenção, é importante pensar a atuação das políticas em saúde mental para crianças e adolescentes que considerem as várias vivências que diferenciam a fase da infância e adolescência.

PEÇA AJUDA!



► Se você ou uma pessoa conhecida está lidando com sofrimento psíquico, procure ajuda: além dos CAPs das cidades, o **CVV** (www.cvv.org.br) funciona 24 horas por dia pelo telefone **188** e atende por e-mail, chat e pessoalmente. São mais de 120 postos de atendimento em todo o Brasil.

Considerando que, no mundo, 13% das pessoas entre 10 e 19 anos vivem com **algum diagnóstico de transtorno mental** (OMS) e que a maioria dos transtornos iniciam na fase da **adolescência**, é urgente a criação de políticas públicas em saúde mental que tratem dessa população.

Se o cuidado de crianças e adolescentes se dá pelo viés **da proteção integral**, isso demanda também um exercício de **cuidado protetivo e promotor** de desenvolvimento, em toda sua potencialidade. Falar em saúde mental, além de doença, é também falar sobre qualidade de vida. Para se medir o esforço em garantir saúde mental de qualidade precisamos considerar não apenas os números de casos de quando o adoecimento já ocorreu, mas também números que apontem como garantir a prevenção de casos e promoção da saúde.

Uma iniciativa nesse sentido é o **Painel de Saúde Mental Fortaleza**, elaborado pelo Instituto Cactus e outros parceiros com a prefeitura local. Este projeto piloto, realizado em 2021, adaptou 22 indicadores

e criou 8 dimensões para auferir o índice de saúde mental de Fortaleza:

1. **Acesso, uso e demanda de serviços de saúde:** Proporção de nascidos vivos cujas mães não realizaram consultas pré-natal; Taxa de internações por transtornos mentais e comportamentais;
2. **Eventos estressantes:** Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes; Taxa de notificação de violência interpessoal; Taxa de apreensão de entorpecentes; Taxa de ocorrência de crimes violentos contra o patrimônio;
3. **Incapacidade:** Proporção de nascidos vivos com malformações congênitas, deformidades etc.
4. **Morbidade em Saúde Mental:** Taxa de notificação de violência autoprovocada;
5. **Mortalidade:** Taxa de mortalidade de mulheres por homicídio; Taxa de mortalidade infantil; Taxa de mortalidade por homicídios; Taxa de mortalidade por suicídios; Taxa de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais;
6. **Relações Sociais:** Presença de projetos sociais atuantes no território; Presença de conselhos tutelares no território; Presença de CRAS ou CREAS no território;
7. **Saúde Mental positiva e experiência subjetiva individual:** Presença de praças e áreas verdes; Porcentagem de domicílios particulares onde existe lixo acumulado nos logradouros; Presença de agricultura urbana;
8. **Sociodemográfico:** Proporção de famílias de baixa renda; Porcentagem de domicílios particulares onde existe esgoto a céu aberto; Taxa de abandono escolar;

► Para que iniciativas como esta sejam possíveis, e para que qualquer boa política pública seja planejada, precisamos garantir a **qualidade dos dados** e trabalhar com informações que não se restrinjam ao momento pós adoecimento. O desafio atual diz respeito a como estamos monitorando as políticas públicas em saúde mental e como vamos captar essa realidade tão complexa. Afinal, falar em saúde mental é falar sobre um tema multidisciplinar.

COMO GARANTIR O DIREITO À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES?

A partir do estudo das políticas públicas em saúde mental, pesquisa bibliográfica, análise de dados disponíveis em fontes oficiais e entrevistas com especialistas e profissionais de instituições que integram as políticas, o **Centro Marista de Defesa da Infância** propõe recomendações aos Conselhos Municipais de Direitos e poder público:

1. INTERSETORIALIDADE



- ▶ Estabelecer como prioridade a saúde mental a partir do viés da intersectorialidade, fazendo com que as agendas da saúde, da educação e da assistência social caminhem juntas e que seus atores se conectem e cooperem entre si.
- ▶ Considerar que o trabalho de prevenção e promoção se dá pela colaboração das diferentes áreas e, portanto, a intersectorialidade também deve abarcar a pasta da saúde, trabalho, educação, habitação, cultura, esporte, lazer.

2. APRIMORAR DADOS REGIONAIS



- ▶ Produzir indicadores que auxiliem na mensuração da qualidade de vida, para além daqueles que mensuram a dimensão do adoecimento.

3. CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS



- ▶ Fortalecer a Atenção Primária, considerando que é a porta de entrada de crianças e adolescentes à RAPS, ao lado dos encaminhamentos do Conselho Tutelar. Estes profissionais precisam de capacitação para exercer escuta ativa e recursos para melhorar a triagem, para que apenas casos necessários sejam encaminhados aos atendimentos especializados.
- ▶ Capacitação dos/as profissionais que atuam nesses espaços educativos sobre o que é sofrimento psíquico, forma de acolhimento e identificação de sinais de risco em estudantes. Assim como desenvolver um protocolo de encaminhamento claro e acessível para que todos/as profissionais saibam quem deve ser acionado.

4. ATENTAR ÀS POLÍTICAS NACIONAIS E SUA REPERCUSSÃO NO MUNICÍPIO



- ▶ A partir das diretrizes nacionais voltadas para saúde mental e crianças e adolescentes, municípios devem incorporar os fatores sociais que impactam na saúde mental individual. Os planos municipais devem considerar questões de raça, etnia, gênero, orientação sexual e as realidades das crianças e adolescentes imigrantes, comunidades tradicionais, como povos indígenas, quilombolas, faxinalenses e caiçaras. Para que sejam efetivos, planos devem estar previstos no orçamento do município.

5. INCORPORAR NOVAS FORMAS DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES



- ▶ Cada população e território possui particularidades no seu atendimento. **Diferentes tipos de intervenção** podem ser planejadas para atender crianças e adolescentes, como: intervenções terapêuticas individuais, em grupos ou junto às famílias; na comunidade; no ambiente escolar; com a participação de usuários do serviço; por meio de ferramentas online.
- ▶ Estabelecer ações territoriais dentro e fora dos espaços da saúde, em parceria com UBS, sistemas de comunicação, igrejas, quadras esportivas, Centros Culturais da Juventude (CCJ), comerciantes, escolas, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), universidades, famílias e todos os espaços de convívio de crianças e adolescentes, bem como atores que dialogam com esse público.

6. FINANCIAMENTO



- ▶ Acompanhar a discussão e execução do ciclo orçamentário, tanto a nível nacional, estadual quanto municipal para identificar o orçamento da saúde e os valores de repasse para cada unidade federativa. Para isso, recomenda-se a leitura da **Nota Técnica n. 29**, elaborada pelo IEPS e o acompanhamento das atividades da Frente Parlamentar de Saúde Mental, tanto nacional quanto a do Paraná.

FIQUE DE OLHO!



Boas práticas

- ▶ Programa Saúde nas Escolas (PSE)
- ▶ Programa Saber Saúde
- ▶ Programa Conviva (SP), em parceria com Programa Viver com Saúde
- ▶ **Comitês Intersectoriais de Saúde Mental**

PL 3383/2021- Política Nacional Estruturante Saúde Mental nas Escolas: Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares

Leitura complementar

Internacional

- ▶ [On my mind: The State of the world's children](#)
- ▶ [On my mind: how adolescents experience and perceive mental health around the world](#)
- ▶ [World mental health report: transforming mental health for all](#)
- ▶ [Multiple indicator cluster survey manual](#)
- ▶ [Levantamento Internacional de Boas Práticas de Saúde Mental Escolar](#)
- ▶ [ICD- 11](#)

Nacional

- ▶ [Propostas de Políticas Públicas – Plano País para Crianças e Adolescentes](#)
- ▶ [Saúde Mental em Dados 12](#)
- ▶ [Caminhos em Saúde Mental](#)
- ▶ [10 Ações para políticas de saúde mental nas escolas](#)
- ▶ [Dados da Rede de Atenção Psicossocial \(RAPS\) no Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#)
- ▶ [Agenda Mais SUS Saúde Mental](#)
- ▶ [Cenário das políticas e programas nacional em saúde mental](#)
- ▶ [Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS](#)
- ▶ [Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS - Tecendo Redes para Garantir Direitos](#)
- ▶ [Economic Distress and Children's Mental Health: Evidence from the Brazilian High Risk Cohort Study for Mental Conditions](#)
- ▶ [Promoção da saúde mental de crianças e adolescentes na rede escolar: desafios para a atenção psicossocial e a intersetorialidade](#)

Impactos da pandemia

- ▶ [Mortalidade por Covid-19 no Brasil](#)
- ▶ [Impactos primários e secundários da Covid-19 em crianças e adolescentes](#)
- ▶ [Juventudes e a Pandemia do Coronavírus](#)
- ▶ [O crescimento do suicídio infantil no Brasil e no mundo](#)

Ferramentas

- ▶ [Painel de Saúde Mental](#)
- ▶ [Dados e indicadores da Saúde Mental Pública -](#)
- ▶ [Banco de boas práticas em saúde mental da Fiocruz](#)
- ▶ [Como fazer o fluxo de atendimento em saúde mental](#)
- ▶ [SELO Unicef – Material de suporte para fluxo em saúde mental](#)

EXPEDIENTE

O informe temático é uma publicação do **CADÊ Paraná – Crianças e Adolescentes em Dados e Estatísticas**, projeto do Centro Marista de Defesa da Infância.

Conheça o **CADÊ Paraná** e outras produções em cadeparana.org.br

Gerência do Centro Marista de Defesa da Infância:

Bárbara Pimpão Ferreira

Organização: Marcela Guedes Carsten da Silva

Comunicação: Milena Alves

Assessoria de pesquisa: Camilla Hoshino

Apoio técnico:

Centro Marista de Defesa da Infância

Bárbara Pimpão Ferreira

Cecília Landarin Heleno

Débora Cristina dos Reis Costa

Karoline Dutra Szul

Mariane Lins

Rafael Rodrigo Teixeira

Instituto Cactus

Bruno Ziller

Luciana Rossi Barrancos

Marista Brasil

Henrique Costa Brojato

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Graziela Sapienza

Revisão ortográfica: B3C Int.

Diagramação: Raquel Sales

Entrevistados:

Bruno Ziller e Luciana Rossi Barrancos (Instituto Cactus); Débora Cunha, Eduardo Vital, Fernanda e Marisa da Costa (Secretaria de Estado de Saúde do Paraná); Elaine Peclat Bastos (Gerência de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa/PR); Graziela Sapienza (Pontifícia Universidade Católica do Paraná); Juliana Meirinho (Secretaria Municipal de Saúde de Icaraíma); Leila de Fátima Machado (Diretoria da Rede de Atenção à Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/PR); Rosiane Martins de Souza Teodoro (Conselho Regional de Psicologia do Paraná); e Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel/PR.

Entre fevereiro e maio de 2023, o Centro Marista de Defesa da Infância entrevistou atores do Sistema de Garantia de Direitos para entender quais eram os atuais desafios para melhoria dos serviços de atendimento e garantia da saúde mental de crianças e adolescentes no Paraná. Este trabalho não seria possível sem a colaboração desses profissionais, que aceitaram compartilhar suas ideias sobre o tema. O Centro Marista de Defesa da Infância agradece a colaboração de todos e todas envolvidos. Este informe temático reflete as opiniões dos seus autores e não dos entrevistados e apoio técnico.

Entre em contato conosco! contato@centrodedefesa.org.br

doi.org/10.22491/informe.v3.n1



CENTRO DE
DEFESA DA INFÂNCIA

GRUPO MARISTA



CENTRO DE
DEFESA DA INFÂNCIA

GRUPO MARISTA