

## SAÚDE MENTAL



## 2º FÓRUM DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A INFÂNCIA EIXO TEMÁTICO: SAÚDE MENTAL

# SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: EVIDÊNCIAS PARA AÇÃO

CLAUDIA BUCHWEITZ<sup>1</sup>, JAIR MARI<sup>2</sup> E CHRISTIAN KIELING<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora do Programa de Depressão na Infância e na Adolescência (ProDIA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

<sup>2</sup> Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>3</sup> Professor de Psiquiatria da Infância e da Adolescência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenador do Programa de Depressão na Infância e na Adolescência (ProDIA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).



# SUMÁRIO

---

RESUMO .....	4
INTRODUÇÃO.....	5
CONTEXTO DE EVIDÊNCIAS.....	6
ONDE E COMO SE ABORDAM OS TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA .....	10
QUEM TRATA OS TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA .....	12
QUEM PENSA A SAÚDE MENTAL E OS TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA .....	14
SEIS DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES .....	17
TÓPICOS PARA DISCUSSÃO .....	18
REFERÊNCIAS .....	19



## RESUMO

A premissa de que “não há saúde sem saúde mental” e o reconhecimento da manifestação de uma ampla gama de transtornos mentais na infância e na adolescência exigem um reposicionamento da saúde mental como elemento integrante do projeto público de atenção à saúde na infância e na adolescência. Para isso, as políticas públicas no Brasil devem exercer um papel de coordenação intersetorial, liderando e promovendo iniciativas para produzir um retrato fidedigno da saúde mental de crianças e adolescentes; para abrir espaço para a realização de estudos de intervenção que dialoguem com as características locais e nacionais; para implementar e traduzir as diretrizes já existentes em oportunidades de prevenção, acesso e atenção efetivos em saúde mental; para ampliar a força de trabalho tanto pelo amparo técnico aos trabalhadores já atuantes quanto pelo engajamento de trabalhadores não especialistas; para engajar as próprias crianças, adolescentes e suas famílias na construção da atenção à saúde mental; e para garantir a operacionalização de diversas formas de apoio digital à atenção em saúde mental, tanto para trabalhadores quanto para as crianças e adolescentes que necessitam de apoio. Todas essas ações devem ser permeadas pelo esforço incansável para esclarecer e evitar o estigma e a invisibilidade dos transtornos mentais, de forma concatenada com grupos de jovens e com instâncias que produzem e geram conhecimento e que representam e defendem os interesses da sociedade civil.



## INTRODUÇÃO

A premissa de que “não há saúde sem saúde mental”<sup>1</sup>, que em 2007 contextualizou o alerta global para a necessidade de ação e reconhecimento da carga dos transtornos mentais, tem um significado particular na infância e na adolescência, fases do desenvolvimento em que se manifestam inicialmente diversos desses transtornos. O desencadeamento dos transtornos mentais nessa idade precoce tem associação com suicídio, abuso de substâncias, incapacidade de viver de maneira independente, problemas com a justiça, evasão escolar, limitações econômicas e problemas de saúde física, como doença cardiovascular. Assim, os transtornos mentais em idade precoce têm consequências que podem se estender ao longo da vida, comprometendo também a vida adulta ativa e saudável e gerando fragilidades tanto para o indivíduo quanto para aqueles que convivem com ele.

Entretanto, a visão da infância como um momento privilegiado para assegurar o bem-estar emocional e mental ao longo da vida ainda esbarra em questões de reconhecimento e estigma. De um lado, as primeiras décadas de vida por muito tempo foram consideradas um período livre de transtornos mentais; a psiquiatria da infância e da adolescência, como especialidade, se estabeleceu apenas por volta da década de 1950. Durante muito tempo, por exemplo, operava a noção de que não havia depressão nessa faixa etária. Hoje se sabe que isso não é verdade, e que os primeiros sintomas (e muitas vezes os primeiros episódios de depressão) ocorrem bastante cedo no ciclo vital. Tendo em vista que crianças e adolescentes em geral necessitam dos pais para buscar atenção médica, a interpretação de certos comportamentos que sinalizam um transtorno mental como normais da idade ou, outras vezes, como desafios propositais, pode retardar o acesso a diagnóstico e encaminhamento adequados<sup>2</sup>.

Por outro lado, o simples reconhecimento do transtorno mental nem sempre garante apoio. Em geral, o transtorno mental, que “não escolhe nem cor de pele nem classe social”<sup>3</sup>, não gera a mesma simpatia ou pronta compreensão quanto à necessidade de apoio e tratamento normalmente associadas a outras doenças. O estigma, que pode ser descrito como uma convergência entre rotulação, estereótipo, separação, perda de status e discriminação<sup>4</sup>, pode se manifestar na família ou na escola, entre outros pela imputação do transtorno mental como fraqueza pessoal ou característica inaceitável da personalidade. Outras vezes, o receio dos pais de se sentirem responsabilizados pelo estado da criança pode representar uma barreira de acesso aos serviços de saúde. No próprio sistema de saúde, pode haver hesitação na



atribuição de um diagnóstico formal no caso de certos transtornos em uma fase em que a personalidade está em desenvolvimento, como recentemente descrito para o transtorno da personalidade borderline — o que pode resultar na invisibilização do transtorno mesmo quando o jovem acessa os serviços de saúde, contribuindo para a estigmatização por parte do próprio profissional, que pode considerar os comportamentos apenas como “indesejáveis”, sem reconhecer a necessidade de intervenções específicas.

Existem evidências de que profissionais de todas as áreas da saúde estigmatizam e discriminam as pessoas com transtorno mental. Entre outros efeitos deletérios, a literatura aponta que o estigma no contexto da atenção à saúde contribui para diminuir a expectativa de vida<sup>5</sup>. Uma categorização proposta para esse estigma envolve três níveis: estrutural, interpessoal e intrapessoal. O estigma estrutural pode aparecer, no caso da saúde mental, como escassez de locais de atenção, limitação no tipo de atenção disponível no sistema de saúde (que pode resultar sistematicamente em atenção de má qualidade ou atenção apenas a determinados quadros), a desconsideração das necessidades específicas, como, por exemplo, a exigência de consultas mais longas (uma analogia pode ser feita à necessidade de rampas de acesso para cadeirantes); e a limitada presença de tópicos de saúde mental nos currículos de formação de profissionais de saúde. A alocação uniforme de recursos para doenças com necessidades distintas também pode promover o estigma, com o profissional preferindo tratar o paciente “mais fácil”. Na outra ponta, o estigma intrapessoal, que o próprio indivíduo manifesta em relação ao seu status, se produz na experiência de desempoderamento da pessoa com transtorno mental, o que é reforçado a partir das atitudes negativas que ela enfrenta nos contextos estrutural e interpessoal, inclusive nos serviços de saúde.

Sendo assim, o reposicionamento do transtorno mental — e, essencialmente, da saúde mental — como elemento integrante do projeto público de atenção à saúde na infância e na adolescência, juntamente com a vacinação, a nutrição e a atenção perinatal, representa uma prioridade absoluta.

## CONTEXTO DE EVIDÊNCIAS

A saúde mental e os transtornos mentais podem ter contornos mais difusos, ou, talvez, mais intersetoriais, do que certas condições físicas, exigindo paradigmas operacionais quiçá menos lineares do que outros modelos que operam de forma bem-



sucedida no contexto da doença física. Na reflexão sobre o bem-estar emocional e mental na infância e na adolescência como base para uma vida adulta produtiva<sup>6</sup>, devem-se considerar as evidências de interação entre as características do ambiente e aspectos genéticos e neurobiológicos, inclusive eventos durante a concepção e a gestação, aspectos individuais como sono, nutrição e atividade física, ambiente familiar, comunitário e escolar, organização da sociedade, impacto da pobreza, desigualdade econômica, racismo e discriminação, poluição e disponibilidade ou incentivo ao consumo de produtos que sabidamente degradam a saúde. Embora presumivelmente utópica e de difícil consecução, a necessidade de oferecer ao indivíduo, desde a sua concepção (ou até mesmo antes disso, em uma perspectiva transgeracional), todo esse ambiente favorável, que assegura de forma integral e integrada o bem-estar físico e mental, deve figurar como uma meta nas políticas públicas direcionadas a crianças e adolescentes.

Por sua vez, a reflexão sobre transtornos mentais deve considerar tanto as evidências inequívocas do impacto e crescimento desses transtornos na população quanto as lacunas que ainda persistem no conhecimento. A produção de conhecimento epidemiológico sobre os transtornos mentais na infância e adolescência, um passo importante para o dimensionamento do problema e o planejamento de intervenções, é complicada por fatores como estigma, invisibilidade (discutidos anteriormente) e ausência de marcadores biológicos para o diagnóstico. Além disso, a natureza de determinados transtornos, como é o caso da depressão, que intercala momentos de remissão com momentos de doença, em um quadro crônico, porém episódico, pode trazer dificuldades para um registro epidemiológico adequado.

Nos anos 1990, a introdução dos conceitos de anos de vida ajustados por incapacidade (*disability adjusted life years, DALY*) e carga global da doença (*global burden of disease, GBD*) como indicadores essenciais para a definição de políticas públicas foi um passo importante para a compreensão do impacto dos transtornos mentais<sup>7</sup>. Sua consolidação no projeto continuado *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* (GBD) permitiu o avanço para além da dicotomia entre doenças fatais ou não fatais. Entretanto, foi apenas a partir de 2010 que os transtornos mentais na infância e na adolescência passaram a merecer análises dedicadas. Em 2015, uma metanálise da prevalência mundial de transtornos mentais na infância e adolescência (até 18 anos) relatou uma taxa geral de transtornos mentais de 13,4% (IC95% 11,3%–15,9%), próxima à prevalência de obesidade (16,8%) e superior à prevalência de asma (8,5%)<sup>8</sup>. Como apontam os pesquisadores, essa estimativa indica que, em todo o mundo, aproximadamente 241 milhões de jovens apresentam algum



tipo de transtorno mental, sendo os mais comuns os transtornos de ansiedade, transtornos disruptivos, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtornos depressivos. No Brasil, com uma população de 60 milhões de habitantes com menos de 19 anos de idade (projeção do IBGE para 2020), uma estimativa de prevalência de 13% implica que cerca de 8 milhões de crianças e adolescentes apresentam ao menos um transtorno mental diagnosticável.

Em 2018, um estudo<sup>7</sup> que analisou a carga das doenças mentais em crianças de 5 a 14 anos com dados do GBD concluiu que os transtornos mentais estão entre as principais causas de anos perdidos por incapacidade (*years lost to disability*, YLD) e DALYs na Europa e nas Américas, onde a transição epidemiológica das doenças infecciosas para condições crônicas e transtornos mentais já está avançada. Contudo, os autores desse estudo alertam para a probabilidade de aceleração da carga global das doenças mentais à medida que for completada a transição epidemiológica em outra regiões. Os dados mais recentes do GBD (de 2019)<sup>9</sup> mostram que, para o grupo de 10 a 24 anos, três das 10 principais causas de DALYs são transtornos mentais: autolesão, depressão e ansiedade. Porém, é importante notar que, dentro da denominação “transtorno mental” se incluem outros diagnósticos de menor prevalência ou carga global (como o transtorno do espectro autista) que, no entanto, podem representar um desafio importante para os sistemas de saúde. O conhecimento e reconhecimento dessas situações em contextos locais e nacionais é fundamental para a organização dos sistemas de saúde e para a operacionalização das políticas de saúde mental.

No Brasil, alguns dados sobre crianças e adolescentes foram gerados por estudos de base populacional, a exemplo da coorte de nascimento estabelecida em 2004 na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, com 4.231 dos 4.287 nascidos vivos naquele ano<sup>10</sup>. Aos 6 anos de idade, 3.585 dessas crianças (84,7% do grupo inicial) foram avaliadas com o instrumento Development and Well-Being Assessment (DAWBA). O DAWBA combina uma entrevista estruturada, com perguntas baseadas nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Internacional de Doenças (CID), com avaliação clínica para detectar transtornos mentais. A avaliação mostrou que 13,2% e 12,8% das crianças preenchiam os critérios para ao menos um transtorno, de acordo, respectivamente, com a CID-10 ou o DSM-IV. A maior prevalência foi dos transtornos de ansiedade, detectados em aproximadamente 9% das crianças.

Na mesma coorte, outro estudo avaliou a persistência dos transtornos psiquiá-



tricos entre 6 e 11 anos com base em dados de 3,362 crianças (79,5% da amostra original) obtidos através de outro instrumento validado, o Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ), aplicado a mães ou cuidadores<sup>11</sup>. O SDQ avalia sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social. O estudo mostrou que os fatores detectados ao 6 anos persistiram na avaliação de 11 anos, com aumento da prevalência. Além disso, os sintomas detectados aos 6 anos foram preditores de outros fatores aos 11 anos: por exemplo, problemas de conduta aos 6 anos foram preditores de problemas de relacionamento com colegas aos 11 anos, enquanto problemas de relacionamento com colegas aos 6 anos foram preditores de sintomas emocionais, problemas de conduta e hiperatividade aos 11 anos. Embora limitados a uma coorte apenas, esses resultados reforçam a importância de detectar os transtornos mentais precocemente e a partir daí desenvolver intervenções apropriadas.

Mais estudos em diferentes regiões do Brasil seriam fundamentais para uma melhor compreensão do fenômeno em diferentes contextos. Iniciativas como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) representam uma oportunidade, desde que passem a incluir a avaliação da saúde mental em seu planejamento prospectivo, articulando com especialistas os melhores instrumentos e metodologia para esse fim. A mobilização de recursos para coletar dados em grandes amostras sem incluir explicitamente a saúde mental como parte da saúde de crianças e adolescentes representa uma perda importante de oportunidades. Além disso, diante da importância do contexto para os transtornos mentais, e tendo em vista que as mudanças podem acontecer de forma relativamente rápida no cenário socioeconômico, é desejável o estabelecimento de observatórios permanentes ou revisões “vivas” de dados relativos aos transtornos mentais.

Para além da história familiar como fator de risco comprovado para o estabelecimento de transtornos mentais, existem na literatura evidências acerca de inúmeros outros fatores que operam desde a concepção<sup>12</sup> e contribuem para o desenvolvimento, ao longo do ciclo vital, de transtornos de aprendizagem, déficit de atenção/hiperatividade, psicose e autismo, entre outros. Os fatores de risco perinatais incluem aspectos maternos, como uso de substâncias pela mãe e carência de nutrientes durante a gravidez, cobertura pré-natal insuficiente, idade da mãe no parto (menos de 18 ou mais de 34 anos) e características do parto, como prematuridade e baixo peso ao nascer. Na primeira infância, o afastamento ou a perda dos pais, a fome e a exposição a diversos tipos de violência também contribuem para o desenvolvimento



de transtornos mentais ao longo da vida. Tanto quanto o estudo da prevalência dos transtornos mentais, o estudo e o monitoramento da prevalência desses fatores de risco deve ser uma meta de pesquisa, sendo fundamental para a prevenção e planejamento de intervenções de promoção da saúde mental.

## ONDE E COMO SE ABORDAM OS TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

No Brasil, a saúde mental é abordada no Sistema Único de Saúde (SUS) dentro de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ênfase em serviços comunitários, distribuída da seguinte maneira: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, atenção residencial de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. A atuação do sistema suplementar, regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é insuficiente, com cobertura obrigatória apenas de blocos limitados de serviços pelos planos de saúde, em formatos que não atendem às características dos transtornos mentais.

Nas últimas décadas houve a proposta de ter, na base da RAPS articulada pelo SUS, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), dos quais uma modalidade, o CAPSi, atende crianças e adolescentes que “apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida”. Mais recentemente, conforme a nota técnica no 11 de 2019, que oferece “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”, foram agregadas ao sistema de atenção psicossocial as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental e as Unidades Ambulatoriais Especializadas. As Equipes Multiprofissionais devem incluir médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, e devem prestar “atendimento integrado e multiprofissional, por meio da realização de consultas e psicoterapia (...) em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e ambulatórios de hospitais gerais e hospitais psiquiátricos”. O objetivo desses serviços seria fazer uma ponte entre a atenção primária ofertada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os CAPS, ampliando o acesso para pessoas com transtornos mentais de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade.



As definições da RAPS não determinam a obrigatoriedade dos serviços; estabelecem, isto sim, parâmetros operacionais e requisitos para financiamento. Desse modo, a existência dos serviços depende, além da vontade dos municípios, de um processo de credenciamento e da existência e repasse de recursos, sendo difícil determinar ao certo quantos CAPSi estão de fato disponíveis. Um levantamento de 2014 identificou 208 CAPSi registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e distribuídos em 23 unidades da federação<sup>13</sup>, um número evidentemente insuficiente. Nesse sentido, uma ação que merece destaque é a realização de um censo com objetivo de validar instrumentos de avaliação dos estabelecimentos ambulatoriais da RAPS, investigando variáveis como estrutura, profissionais, ações e serviços e percepção das pessoas que os utilizam. Inicialmente previsto para 2020, o censo foi adiado para 2021 em função da pandemia da Covid-19. A equipe responsável conduziu um piloto e atualmente trabalha no refinamento dos instrumentos de avaliação do ponto de vista psicométrico. O projeto prevê a criação de um observatório de qualidade assistencial para a rede, com informações úteis para gestores (Giovanni Salum, comunicação pessoal). Um passo adiante a considerar em termos de políticas públicas seriam os estudos de implementação, tendo em vista os diversos contextos sociogeográficos e epidemiológicos do país. De fato, a elaboração de políticas públicas deveria ser rotineiramente acompanhada por análises e diretrizes de implementação.

Entretanto, além de possíveis carências estruturais, a dificuldade de acesso parece preceder a chegada nos serviços. Um estudo<sup>14</sup> com crianças e adolescentes de 6 a 16 anos de 2 mil famílias em quatro regiões brasileiras (Caeté, Sudeste; Goianira, Centro-Oeste; Itaitinga, Nordeste; e Rio Preto da Eva, Norte) relatou que, entre aqueles com transtornos psiquiátricos, apenas 19,8% (42 de 107 crianças/adolescentes) tinham utilizado serviços de saúde mental nos 12 meses que antecederam a pesquisa. Nesse caso, mais do que (diretamente) a indisponibilidade dos serviços, as principais barreiras de acesso foram sexo feminino, baixo nível educacional da mãe ou cuidador, morar em regiões menos desenvolvidas e pertencer a família com status socioeconômico mais baixo. Uma análise das trajetórias até os serviços de saúde mental no Brasil<sup>15</sup> mostrou que, além do abandono do tratamento ou da dificuldade em obter um diagnóstico, as famílias por vezes não buscam atenção para problemas de saúde mental. Por sua vez, os adolescentes não consideravam as clínicas, famílias e outras instituições como possíveis fontes de apoio, preferindo a ajuda de amigos. Os pais de adolescentes tampouco identificavam a atenção primária como local para buscar serviços de saúde mental. Sendo assim, o trajeto desde a família até o serviço de saúde precisa ser abordado nas políticas públicas; no caso dos



transtornos mentais em crianças e adolescentes, o encaminhamento a partir de qualquer nível de atenção deveria ser facilitado.

## **Case: Implementando o acesso efetivo dentro do sistema de saúde**

Um esforço iniciado em 2017 no município de Porto Alegre buscou qualificar a saúde mental e alavancar o acesso efetivo aos serviços disponíveis. Par tanto, enfatizou, além da intersetorialidade (por exemplo, pela colaboração com outros órgãos municipais, como a Fundação de Assistência Social e Cidadania e a Secretaria Municipal de Educação), e da ampliação da rede, o acesso coordenado aos recursos da rede. Foram então cruciais a integração da saúde mental ao sistema eletrônico de consultas e internações do município — até então os prontuários estavam disponíveis apenas em papel — e o estabelecimento de critérios para referenciamento em saúde mental, com a criação de matrizes de agravos específicas para adultos e crianças/adolescentes, vinculadas ao nível de atenção adequado, desde a atenção primária até os serviços de emergência. Ademais, as matrizes foram integradas a Protocolos de Encaminhamento para Psiquiatria, novamente específicos para as populações adulta ou pediátrica, no TelessaúdeRS-UFRGS, um núcleo de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O TelessaúdeRS-UFRGS presta apoio especialmente aos profissionais da atenção básica do SUS (de todo o Brasil) através de teleconsultorias gratuitas pelo site ou por uma linha 0800. No estado do Rio Grande do Sul, o TelessaúdeRS-UFRGS atua também na regulação dos encaminhamentos de consultas especializadas do interior para a capital, Porto Alegre. Os Protocolos de Encaminhamento para Psiquiatria, criados a partir da qualificação da saúde mental no município passaram a valer para todo o estado. Os primeiros dados relativos aos resultados dessas ações em termos do acesso de crianças e adolescentes aos serviços de saúde mental estão em análise e devem ser publicados ao longo de 2021.

## **QUEM TRATA OS TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA**

A noção de promoção, prevenção, tratamento e recuperação dos transtornos mentais



como prerrogativa de pessoas não especialistas<sup>16</sup> (ou seja, não psiquiatras) já está embrionariamente prevista na Política de Saúde Mental no Brasil, tendo em vista que o SUS tem como porta de entrada preferencial a atenção primária e os agentes comunitários de saúde como agentes-chave. A perspectiva de ampliar essa rede de atenção para além das unidades de saúde, de maneira coordenada, é viável e desejável. Contudo, antes de considerar a alternativa de trabalhadores leigos, é preciso avaliar e solucionar a carência que dificulta o trabalho das equipes já constituídas no âmbito do SUS.

Um estudo desenvolvido<sup>17</sup> em região do município do Rio de Janeiro, onde três unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) (27.316 habitantes, sendo cerca de 30% crianças e adolescentes) têm como referência um CAPSi para cobertura em saúde mental da criança e do adolescente, incluiu grupos focais e de intervenção com 25 trabalhadores das três unidades (14 Agentes Comunitários de Saúde, quatro médicos de família, três enfermeiros, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de enfermagem). Os autores constataram que existe nas unidades de ESF uma sensibilidade para problemas de saúde mental: as equipes reconhecem riscos para a saúde a partir das mudanças de comportamento situadas em contextos de vulnerabilidade (ou seja, não apenas na presença de transtornos mentais diagnosticados). Entretanto, são raras as ações de cuidado resultantes, tanto no âmbito da própria atenção básica quanto na articulação com outros serviços. Conforme o estudo, essa imobilidade é atribuída pelos profissionais, em grande parte, à falta de formação em saúde mental, além de aspectos organizacionais, como tempo curto das consultas e metas assistenciais que não compreendem nenhum aspecto que envolva a saúde mental, ainda menos da criança e adolescente. Os participantes da pesquisa manifestaram insegurança para diferenciar as questões próprias ao desenvolvimento infantil e juvenil daquelas que sugerem necessidade de intervenção. Nesse sentido, vale citar a ampliação, a partir de 2018, das residências em Pediatria, de dois para três anos. Entre outros objetivos, esse prolongamento permitiu um foco maior em problemas emocionais e comportamentais, reconhecendo a relevância de tais temas na formação do pediatra. A inclusão de treinamento em saúde mental, especialmente com foco na infância e na adolescência, é desejável também em contextos de treinamento de outras especialidades e profissões, e o enfrentamento da questão na atenção primária em saúde deve ser um foco das políticas de saúde. Junto a isso, é importante que a formação dos trabalhadores em saúde inclua educação acerca do sistema de saúde e das políticas públicas, de modo que, mesmo não diretamente envolvidos nas redes de atenção psicossocial, tenham noção das formas de encaminhamento.



Quanto ao engajamento mais amplo de trabalhadores leigos, existem experiências bem-sucedidas em diversos contextos na atenção aos transtornos mentais comuns. O engajamento de leigos traz como vantagens a compreensão dos desafios do ambiente no qual se encontra a pessoa que necessita de ajuda e evita o rótulo imediato de “transtorno mental”, o que leva muitos a desistirem de procurar ajuda. Além disso, a iniciativa abre espaço para o encaminhamento adequado em casos que necessitem de atenção especializada. É importante salientar que as redes de trabalhadores leigos devem estar sempre amparadas por supervisão adequada e continuada.

### **Case: Levar a saúde mental para quem precisa**

O Banco da Amizade surgiu no Zimbábue diante de um problema bastante concreto: apenas dois psiquiatras em um país com 12 milhões de habitantes. A solução: trazer a atenção à saúde mental até as pessoas a partir do treinamento de pessoas leigas respeitadas na comunidade. Considerando o contexto local, foram utilizados bancos de parque em espaços abertos e coletivos. Nesses espaços, avós foram treinadas para oferecer uma modalidade básica de terapia cognitivo-comportamental, além de detectar e encaminhar casos que necessitem de atenção mais estruturada. Com base nesse formato, outros Bancos da Amizade estão sendo pensados, inclusive para jovens.

<https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/about-us>

Na Austrália, a organização Headspace, que tem como foco os adolescentes de 12 a 25 anos, oferece espaços integrados que podem ser utilizados por qualquer jovem em busca de apoio para problemas envolvendo saúde mental, física (inclusive saúde sexual), uso de álcool e drogas e que precise de ajuda relativa a escola e emprego. Digitalmente, a Headspace atua pela oferta de teleconsultas com psiquiatras para adolescentes de áreas sem acesso a esses profissionais.

<https://headspace.org.au/about-us/who-we-are/>

## **QUEM PENSA A SAÚDE MENTAL E OS TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA**

Uma das constatações mais marcantes sobre a saúde mental na infância e na



adolescência é o abismo entre pesquisa e população: embora 90% das crianças e adolescentes vivam em países de baixa e média renda, 90% da pesquisa com foco em tratamentos para transtornos nessa faixa etária são realizados em países de alta renda<sup>12</sup>. Tendo em vista o papel crucial dos fatores sociodemográficos e econômicos no desenvolvimento dos transtornos mentais, o desenvolvimento de pesquisa, epidemiológica, básica, de intervenção e de implementação deve ser uma prioridade das políticas públicas no mapeamento de necessidades e lacunas. Também no ambiente da academia, é crucial o entendimento do sistema de saúde por parte dos pesquisadores (muitas vezes superficial), assim como as colaborações internacionais que permitem o contraste de dados e o desenvolvimento de capacidades diante de recursos limitados.

Dois exemplos ilustram as vantagens da realização de ensaios de intervenção no contexto onde os programas serão aplicados. O primeiro exemplo é a iniciativa #Tamojunto, inicialmente desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o escritório para drogas e crime das Nações Unidas (*United Nations Office on Drugs and Crime*, UNODC). Em 2013, essa parceria resultou na adaptação para português brasileiro do programa de base escolar *Unplugged*, que procura trabalhar com adolescentes na construção de habilidades para lidar com influências sociais a partir da reflexão e conhecimento sobre drogas e seus efeitos nocivos. Em países europeus, o *Unplugged* possibilitou a redução dos episódios de embriaguez e do uso de maconha e tabaco, entre outras drogas. No Brasil, entretanto, um ensaio clínico randomizado em 72 escolas de seis cidades (6.391 escolares) detectou um aumento no risco de uso de álcool nos escolares que participaram da intervenção em relação aos controles. Esse resultado inesperado foi atribuído a falhas na adaptação cultural para os componentes relativos ao álcool, com omissão de elementos originais do programa que abordavam o não uso de álcool. Assim, uma nova adaptação foi realizada, denominada #Tamojunto2.0, com novo ensaio em escolas em processo de planejamento. Espera-se que a nova adaptação possa ser útil como programa universal de prevenção do uso de drogas a ser aplicado em escolas brasileiras<sup>18</sup>.

Um segundo exemplo é um estudo que testou o uso de vídeos, produzidos em português, para ensinar as famílias a estimularem a sociabilidade (contato visual e atenção compartilhada) de seus filhos com transtorno do espectro do autismo. Embora ainda sejam necessárias pesquisas para comprovar a eficácia da intervenção, os resultados iniciais são promissores e os vídeos estão disponíveis *on-line* na plataforma YouTube (<https://www.youtube.com/watch?v=UeZdcOIkKDC&feature=youtu.be>), uma alternativa de baixo custo e grande poder de disseminação<sup>19,20</sup>.

Dentro dos movimentos transformadores da saúde mental global — a adoção de uma perspectiva biopsicossocial (vs. estritamente médica), a ampliação da atenção à



saúde mental para serviços comunitários (vs. apenas instituições tradicionais), e a oferta de cuidado por trabalhadores leigos — um “quarto movimento”<sup>16</sup> precisa ser incorporado às iniciativas de saúde mental. Esse quarto movimento, relacionado com a expressão “nada que tenha a ver conosco sem a nossa presença”, pretende pensar o desenvolvimento de pesquisa, prevenção, tratamentos e toda a gama de ações possíveis e desejáveis para promover o bem-estar global em conjunto com pessoas, tanto aquelas com experiência de transtornos mentais como, no presente caso, com as crianças, adolescentes e famílias para quem se desenham políticas e intervenções. Esses grupos podem, e devem, oferecer *insights* sobre o que é relevante e quizá efetivo em seu contexto. Nesse sentido, algumas iniciativas estão sendo delineadas para a criação de conselhos consultivos de adolescentes no contexto de pesquisa, em um esforço inicial para juntar os diversos pontos da saúde mental. Também as iniciativas de *advocacy*, desenho de legislação e defesa de direitos devem se mover no sentido de incluir conselhos consultivos de crianças e adolescentes. Além disso, deve ser estimulada a consulta a adolescentes, crianças e famílias acerca das barreiras e facilitadores do acesso aos serviços de saúde mental e a reflexão conjunta sobre mudanças possíveis.

Finalmente, um quinto movimento na saúde mental sem dúvida será a utilização das tecnologias digitais. Um artigo de opinião recentemente publicado na revista *Nature*<sup>21</sup> perguntava: e se as doenças tropicais recebessem a mesma atenção que recebe a Covid-19? Desde a África, a pesquisadora Francine Ntoumi pondera que, mesmo diante do impacto da Covid-19 na queda do número de diagnósticos de HIV ou no início de tratamento antirretroviral (entre outros exemplos), a pandemia ofereceu uma oportunidade para construir estruturas que podem reduzir a carga de outras doenças e que devem ser usadas para isso. Essa mesma reflexão cabe no quadro dos transtornos mentais, em que as estratégias digitais se mostraram possíveis e, em certos casos, até mesmo desejáveis, para ampliar o alcance da atenção em saúde mental.

**Agradecimentos.** Aos Drs. Giovanni Salum e Fernanda Baeza pelas informações sobre o censo da Rede de Atenção Psicossocial e sobre o status do projeto de saúde mental na cidade de Porto Alegre.



## SEIS DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES

1. Integrar a saúde mental de crianças e adolescentes às estratégias de saúde geral	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar as oportunidades existentes para triagem: atenção pré-natal, campanhas de vacinação, saúde na escola</li><li>• Utilizar as oportunidades existentes para coleta de dados: pesquisas de base populacional e escolar em setores diversos</li></ul>
2. Tornar efetiva a Política Nacional de Saúde Mental no que diz respeito a crianças e adolescentes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Análise da situação, avaliação de serviços com indicadores, formulação de metas de cuidado relacionadas à saúde mental</li><li>• Integração de dados e prontuários em sistemas digitais de regulação e referenciamento</li><li>• Estudos de implementação em contextos diversos, com apoio e orientação para análise de cenários</li></ul>
3. Ampliar a força de trabalho	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reformulação de currículos para inclusão de aspectos de saúde mental</li><li>• Reforço no treinamento de trabalhadores da atenção primárias, inclusive através de estratégias de telemedicina</li><li>• Treinamento de leigos para oferecer atenção em saúde mental na comunidade e melhorar o encaminhamento e acesso aos serviços especializados</li></ul>
4. Ampliar a pesquisa para além da coleta de dados sobre prevalência de transtornos em crianças e adolescentes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estabelecimento de parcerias internacionais</li><li>• Estabelecimento de coortes nacionais</li><li>• Estabelecimento de observatórios de evidências</li><li>• Ensaios clínicos de alta qualidade metodológica desenhados para a população nacional, especialmente com foco em terapias psicossociais ou em tratamentos combinados para infância e adolescência, dada a necessidade de evidências culturalmente específicas para que esses tratamentos sejam bem sucedidos.</li></ul>
5. Fortalecer e ampliar o engajamento e a participação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mobilizar meios de comunicação, escolas, comunidades, famílias para a participação em iniciativas de combate ao estigma, divulgação das oportunidades de forma de acesso aos serviços e oportunidades de contribuir para a formulação de legislação adequada</li><li>• Colaboração entre diferentes organizações para reflexão sobre metas compartilhadas de <i>advocacy</i> na saúde mental</li></ul>
6. Fazer valer as tecnologias digitais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Levantamento de sistemas já disponíveis para atenção em saúde mental</li><li>• Pesquisa e desenvolvimento em estratégias digitais na realidade brasileira</li></ul>



## TÓPICOS PARA DISCUSSÃO

### **Gestores**

- Quais são as vias possíveis para acelerar a integração da saúde mental com a saúde física em crianças e adolescentes, com base em iniciativas ou campanhas já disponíveis (por exemplo, em ambientes escolares)?

### **Universidades**

- É possível a realização de fóruns de inovação para pensar e mobilizar uma pesquisa de ponta de alta qualidade metodológica e canalizar recursos para o seu desenvolvimento? Como traduzir os conhecimentos gerados para a realidade dos cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil?

### **Formadores de opinião**

- Como trazer o tema da saúde mental de modo a reduzir o estigma e aumentar o engajamento de comunidades? Que tipo de iniciativa de mobilização de crianças, adolescentes e famílias pode ser sugerida no contexto da saúde mental?

### **Organizações não governamentais**

- É possível estabelecer uma agenda comum entre diferentes organizações, abrangendo contextos de saúde mental, saúde física e desenvolvimento socioeconômico, para o avanço de questões de saúde mental na infância e adolescência?



## REFERÊNCIAS

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0.
2. Johnston OG, Burke JD. Parental Problem Recognition and Help-Seeking for Disruptive Behavior Disorders. *J Behav Health Serv Res*. 2020;47(1):146-163. doi: 10.1007/s11414-018-09648-y
3. Mari J. Não há saúde sem saúde mental. *Folha de São Paulo*, 10 de outubro de 2008. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1010200809.htm> Acessado em novembro de 2020.
4. Villatoro AP, DuPont-Reyes MJ, Phelan JC, Painter K, Link BG. Parental recognition of preadolescent mental health problems: Does stigma matter? *Soc Sci Med*. 2018;216:88-96. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.09.040
5. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, Schulze B, Druss B, Thornicroft G. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(6):467-82. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6
6. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. *Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda*. Washington, DC: The National Academies Press; 2019.
7. Baranne ML, Falissard B. Global burden of mental disorders among children aged 5-14 years. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2018;12:19. doi: 10.1186/s13034-018-0225-4
8. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-65. doi: 10.1111/jcpp.12381
9. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9 Erratum in: *Lancet*. 2020;396(10262):1562.
10. Petresco S, Anselmi L, Santos IS, Barros AJ, Fleitlich-Bilyk B, Barros FC, et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(6):975-83. doi: 10.1007/s00127-014-0826-z
11. La Maison C, Maruyama JM, Munhoz TN, Santos IS, do Amaral MR, Anselmi L, et al. Continuity of psychiatric disorders between 6 and 11 years of age in the 2004 Pelotas Birth Cohort. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(5):496-502. doi: 10.1590/1516-4446-2019-0723
12. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515-25. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1
13. Garcia GY, Santos DN, Machado DB. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad Saude Publica*. 2015;31(12):2649-54. doi: 10.1590/0102-311X00053515
14. Paula CS, Bordin IA, Mari JJ, Velasque L, Rohde LA, Coutinho ES. The mental health care gap among children and adolescents: data from an epidemiological survey from four Brazilian regions. *PLoS One*. 2014;9(2):e88241. doi: 10.1371/journal.pone.0088241
15. Amaral CE, Onocko-Campos R, de Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci ÉC, Pequeno ML, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:65. doi: 10.1186/s13033-018-0237-8



16. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-1598. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X Erratum in: *Lancet*. 2018;392(10157):1518.
17. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Cien Saude Colet*. 2017;22(6):1933-1942. doi: 10.1590/1413-81232017226.06892016
18. Sanchez ZM, Valente JY, Pereira APD, Cogo-Moreira H, Melo MHS, Caetano SC, et al. Effectiveness evaluation of the school-based drug prevention program #Tamojunto2.0: protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2019 Jun 13;19(1):750. doi: 10.1186/s12889-019-7090-9.
19. Bagaiolo LF, Mari JJ, Bordini D, Ribeiro TC, Martone MCC, Caetano SC, et al. Procedures and compliance of a video modeling applied behavior analysis intervention for Brazilian parents of children with autism spectrum disorders. *Autism*. 2017 Jul;21(5):603-610. doi: 10.1177/1362361316677718.
20. Bordini D, Paula CS, Cunha GR, Caetano SC, Bagaiolo LF, Ribeiro TC, et al. A randomised clinical pilot trial to test the effectiveness of parent training with video modelling to improve functioning and symptoms in children with autism spectrum disorders and intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2020 Aug;64(8):629-643. doi: 10.1111/jir.12759.
21. Ntoumi F. Tropical diseases need attention, too. *Nature*. 2020; 587: 331.