



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MARIA FERNANDA DOS SANTOS CRUZ
STHEFANY EMILLE BARROS LIMA

**Reflexos da pandemia na saúde mental da juventude brasileira e os desafios da atenção
psicossocial no SUS**

Recife
2025

MARIA FERNANDA DOS SANTOS CRUZ
STHEFANY EMILLE BARROS LIMA

**Reflexos da pandemia na saúde mental da juventude brasileira e os desafios da atenção
psicossocial no SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
curso de graduação em Serviço Social da
Universidade Federal de Pernambuco, como requisito
à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.
Orientador: Prof. Dr. Antônio Israel Carlos da Silva.

Recife
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Cruz, Maria Fernanda dos Santos.

Reflexos da pandemia na saúde mental da juventude brasileira e os desafios da atenção psicossocial no SUS. / Maria Fernanda dos Santos Cruz, Sthefany Emille Barros Lima. - Recife, 2025.

59p

Orientador(a): Antônio Israel Carlos da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Saúde mental de jovens. 2. Pandemia. 3. Sistema Único de Saúde . 4. Rede de Atenção Psicossocial. I. Lima, Sthefany Emille Barros . II. Silva, Antônio Israel Carlos da. (Orientação). III. Título.

010 CDD (22.ed.)

MARIA FERNANDA DOS SANTOS CRUZ
STHEFANY EMILLE BARROS LIMA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Israel Carlos da Silva.

Aprovado em: 26 de agosto de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio Israel Carlos da Silva (Orientador)

Prof. Dr. Giovanny Simon Machado (Examinador Interno)

RECIFE

2025

AGRADECIMENTOS

Sthefany

Agradeço primeiramente ao meu único e excelente Salvador, obrigada Pai desde a mensagem de aprovação até este momento de encerramento de ciclo, um ciclo cheio de desafios e obstáculos, todavia o melhor caminho para crescer e fortalecer a fé. Eu sou prova viva de que não existe vitória sem luta e que em todos os momentos o Senhor está presente cuidando de tudo, obrigada por me amar como ninguém jamais amará. Agradeço a todas as orações realizadas em prol dos meus estudos, ao Ministério Batista Renovado, Pr. George Luiz e a Igreja da Luz, especialmente às meninas da célula Chosen, todos vocês me ajudaram em momentos muito importantes.

Dedico minha gratidão à minha família também, meu pai José Roberto, minha mãe Cláudia Valéria, minhas tias Joana, Janaina, Elaine e Andreia, minhas irmãs Iandra Raquel e Ana Raquel, meus tios Jeremias e George, meus primos Erik e Jonas e principalmente minha avó Maria da Penha, todos que colaboraram diretamente com toda a minha trajetória durante a graduação, sem vocês eu não teria condições de permanecer na faculdade e eu sou eternamente grata por todos os esforços vindos de cada um de vocês. Todos os dias eu vivo a felicidade de ter uma família unida, que zela e cuida dos seus. Eu amo vocês de uma forma incondicional.

A todos os meus extraordinários amigos, Iarley Raiol, Laura Borba, Matheus Rodrigues, Giovanna Fonseca, Matheus Teixeira, Francys Paula e Ellen Gueiros, sem esquecer do grupo das selecionadas, vocês ouviram todos os meus relatos de estresse e desespero durante a graduação toda, cada pequena conquista e também cada falha foram presenciadas por vocês, eu compartilhei todos os meus momentos de dor e agora compartilho essa alegria com cada um de vocês. A vida sem amigos é pacata e triste e eu sinceramente não sei o que é isso porque eu tenho comigo as melhores amigos que uma pessoa poderia merecer. Obrigada pela oportunidade de partilhar um pedaço tão importante da minha vida com vocês, eu amo muito todos vocês.

Por fim, agradeço a UFPE pela chance de aprender sobre algo que eu me apaixonei e pretendo cumprir com o exercício profissional com o mesmo amor que me fez tentar uma vaga nesse curso. Às amigas que eu tive o prazer de conhecer durante esse processo, Alice Victória, Stephanie Victoria e certamente minha dupla de TCC, Maria Fernanda, vocês são joias preciosas e eu estarei aqui para prestigiar todas as conquistas que vocês irão realizar futuramente, eu amo vocês. Agradeço a todos os professores que assumiram o compromisso

de ensinar com precisão e clareza, finalizo este ciclo com os conhecimentos que vocês tiveram o prazer de repassar. Ao orientador Profº Dr. Antônio Israel, que apesar do tempo corrido e reduzido sempre esteve presente ativamente no auxílio da elaboração deste trabalho, sua orientação e suas observações guiaram este TCC para o melhor resultado possível. Ao Profº Dr. Giovanny por ter aceitado ser a banca examinadora, é uma honra que a avaliação seja feita pelo senhor. Agradeço às minhas supervisoras de estágio Dayse, Fabiana, Rozario e Teresa por todo conhecimento compartilhado durante a disciplina, meu perfil profissional tem um pouco de cada uma de vocês, muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Maria Fernanda

Primeiramente agradeço ao meu Criador, meu Deus, Rei do Universo. Aquele me ama infinitamente e sustenta cada passo da minha caminhada nessa Terra. Obrigada por todas as bênçãos derramadas sobre mim, obrigada pelos momentos bons que aquecem o coração e até os difíceis que se tornam lições valiosas para fortalecer o espírito. Obrigada por envolver minha vida em sua eterna misericórdia. Glórias sejam dadas ao Pai, ao Filho e ao Espírito Santo.

Agradeço à minha Mãe do Céu, a Virgem Maria, a quem gosto mais do título de Nossa Senhora das Graças. Sou muito grata por todo cuidado e amor, sempre tive certeza que ela me escutava e me protegia, mas em 2024 tive a confirmação de sua presença em minha vida. Muito obrigada mãe por sempre levar minhas orações a seu Filho e por me amparar em seu colo.

Agradeço aos meus amigos do Céu que, em algum momento ao longo desses últimos 4 anos, me ajudaram orando pela minha vida diante de Nosso Senhor Jesus Cristo. Vocês me inspiram a buscar sempre ser uma pessoa melhor e a viver com mais fé e amor. Meus agradecimentos a Rita de Cássia, Teresa de Lisieux, José de Nazaré, Longuinho, Francisco de Assis, Carlo Acutis, Pio de Pietrelcina e Expedito. Em especial, minha gratidão à minha Santa Rita de Cássia, advogada das causas impossíveis, desde que conheci a sua história, passei a tê-la como exemplo de fé inabalável, aquela que, mesmo diante das maiores dificuldades, nunca deixou de amar e confiar no Senhor.

Agradeço imensamente à minha família, que sempre está presente em cada passo da minha jornada. O amor, a compreensão e a dedicação de vocês são o alicerce que me sustenta nas dificuldades e a alegria que celebra minhas conquistas. Meus pais, Valdirene e Fernando, e minha irmã, Maria Alice, obrigada por serem meu porto seguro e minha maior motivação. Meus agradecimentos também se estendem aos meus familiares que sempre estão na minha torcida, sobretudo a meus avós Manoel Ferreira e Maria Josefa, minhas tias Micheline, Valdinez, Rosilene, Luciana, Helena, Noemi e tios Ademilton, Juarez, meus primos e primas, Edson, Emilly, Mayara, Maysa, Mayane, Vânia, Bianka, Larissa, Ana, Emerson e Matheus.

Um agradecimento especial à minha querida mãe, Valdirene, pelo amor e cuidado que dedica a mim diariamente. Obrigada por cada marmita feita com carinho para eu levar à universidade, por não me deixar ir sozinha ao ponto de ônibus de madrugada e por seus conselhos. Eu te amo mil milhões.

Meus agradecimentos ao meu grupo parceiro dos trabalhos da universidade: Thamires Sales, Stephanie da Silva e Ana Luiza Fragoso. Meninas, muito obrigada! Vocês foram essenciais nessa trajetória desafiadora que é a graduação. Sou também muito grata às minhas amigas da graduação, Alice Victoria, Stephanie Coelho, Dalila Santana e Sthefany Emile, minha dupla de escrita deste trabalho acadêmico. Obrigada a todas vocês por cada instante vivido juntas, pelas conversas, pelas risadas, pelos desabafos, sobretudo, pelo apoio e pela cumplicidade que fizeram toda a diferença. Ademais, menciono com carinho um grupo da sala que muito admiro: Lucas Moura, Ester Azevedo, Aléxia Darlla e Vitória Carolyne. Vocês são pessoas maravilhosas e uma grande inspiração para mim.

Agradeço demais aos meus amigos de infância, da escola e da igreja, por sempre me apoiarem e torcerem por mim, obrigada Isabella, Briana, Hendryo, Lívia, Karolayne, Jayanne, Ana Beatriz, Yasmim, Fernanda Pereira e Jaciel.

Agradeço aos professores do curso de Serviço Social que se dedicaram a compartilhar seus saberes da melhor forma possível, em particular ao nosso orientador de TCC, professor Dr. Antônio Israel pelas contribuições fundamentais e pelo acompanhamento dedicado ao longo desta trajetória. Ademais, agradeço também ao professor Dr. Giovanni pela disponibilidade e por aceitar o convite para compor a banca examinadora.

Por fim, agradeço às minhas supervisoras de estágio, Nélia Fonseca e Ana Paula da Silva, por terem aceitado essa responsabilidade mesmo diante de tantas demandas. Vocês foram essenciais para o meu crescimento e desenvolvimento profissional.

RESUMO

Este trabalho analisa os impactos da pandemia da COVID-19 na saúde mental de jovens brasileiros e os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na oferta de atenção psicossocial a essa população. O primeiro capítulo reconstrói a trajetória histórica da atenção à saúde mental no Brasil, desde o modelo manicomial até a institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destacando marcos como a Reforma Psiquiátrica e a legislação subjacente. O segundo capítulo apresenta evidências atuais da crise da saúde mental juvenil, demonstrados pelo aumento significativo de transtornos mentais entre jovens. A análise identifica vulnerabilidades exacerbadas pelas desigualdades estruturais e pelas limitações do sistema público de saúde. O estudo realizado compreende a necessidade de avanço da política de saúde mental para o atendimento às demandas da população jovem. Todavia, considera que o cenário de desfinanciamento das políticas sociais desafia a estruturação da saúde mental, conforme preconiza a reforma psiquiátrica. Em síntese, conclui-se que a superação da crise exige uma atuação integrada, democrática e sensível às necessidades específicas dos jovens, reafirmando a centralidade da saúde mental infantojuvenil como prioridade nas políticas públicas brasileiras.

Palavras-chave: Saúde Mental, Jovens, Pandemia, SUS, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

ABSTRACT

This work analyzes the impacts of the COVID-19 pandemic on the mental health of Brazilian youth and the challenges faced by the Unified Health System (SUS) in providing psychosocial care to this population. The first chapter reconstructs the historical trajectory of mental health care in Brazil, from the asylum model to the institutionalization of the Psychosocial Care Network (RAPS), highlighting milestones such as the Psychiatric Reform and the underlying legislation. The second chapter presents current evidence of the youth mental health crisis, demonstrated by the significant increase in mental disorders among young people. The analysis identifies vulnerabilities exacerbated by structural inequalities and the limitations of the public health system. The study emphasizes the need for advances in mental health policy to meet the demands of the young population. However, it considers that the scenario of underfunding social policies challenges the structuring of mental health care, as advocated by the psychiatric reform. In summary, it is concluded that overcoming the crisis requires an integrated, democratic approach that is sensitive to the specific needs of young people, reaffirming the centrality of child and adolescent mental health as a priority in Brazilian public policies.

Keywords: Mental Health, Young People, Pandemic, SUS, Psychosocial Care Network (RAPS).

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEJAM	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim
CF	Constituição Federal
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ERE	Ensino Remoto Emergencial
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGV	Fundação Getúlio Vargas
IFAL	Instituto Federal de Alagoas
IIP	Índice de Inclusão Produtiva
MH2O	Movimento Hip Hop Organizado
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PCD	Pessoa com Deficiência

PVC	Programa de Volta para Casa
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAP	Rede de Adolescentes e Jovens Promotores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund)
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. Histórico da saúde mental no Brasil.....	18
2.1 - Antecedentes da assistência psiquiátrica no Brasil: o modelo manicomial.....	18
2.2 A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde	21
2.3 Reforma Psiquiátrica.....	25
2.4 A estrutura da política de saúde mental nos dias de hoje.....	30
3. Saúde Mental da Juventude: Impactos, Desafios e Perspectivas Pós-Pandemia.....	33
3.1 Juventude e saúde mental.....	33
3.2 A saúde mental dos jovens durante e após a pandemia da COVID-19.....	34
3.2.1 Os efeitos da pandemia na saúde mental dos jovens.....	34
3.2.2 O pós pandemia e a persistência do sofrimento psíquico.....	42
3.3 A atuação do SUS e os desafios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas demandas de saúde mental dos jovens.....	44
3.4 Caminhos para o fortalecimento da saúde mental dos jovens.....	48
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	53

1. INTRODUÇÃO

No dia 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre o aumento de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, causada por um tipo desconhecido de coronavírus, até então não identificado em humanos. Em 11 de fevereiro de 2020, esse vírus recebeu o nome de SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto da COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e, em 11 de março de 2020, classificou-o como pandemia (Opas, 2021).

Considerando a alta capacidade de transmissão do vírus por meio de gotículas respiratórias, saliva ou secreções que entram em contato com boca, nariz e olhos, seja de forma direta ou indireta (como tocar superfícies ou objetos contaminados), tornou-se necessária a adoção de medidas de proteção. Entre elas estão o isolamento domiciliar, a higienização das mãos com água e sabão ou álcool em gel 70%, o uso de máscaras, o distanciamento mínimo de um metro entre pessoas em locais públicos, além da evitação de aglomerações (Opas, 2021).

Dessa maneira, as ações para prevenir a contaminação pela COVID-19, especialmente o isolamento social e a quarentena em casos suspeitos, provocaram mudanças significativas na rotina da população, impactando negativamente a saúde mental e a qualidade de vida. Essas medidas também agravaram problemas econômicos, como o aumento do desemprego e o fechamento de empresas, elevando os índices de pobreza (Cruz *et al.*, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020) destaca que a pandemia trouxe prejuízos à saúde mental da população. Sentimentos como medo, estresse e preocupação são respostas naturais diante de um cenário desconhecido e incerto, marcado por um evento inesperado e um futuro indefinido. Além disso, as mudanças na rotina provocadas pela pandemia, como o isolamento social, a quarentena, o trabalho remoto, a suspensão ou a substituição das aulas presenciais por ensino à distância, a ausência do contato físico com familiares, amigos e colegas, que compõem a rede de apoio emocional, e o receio de contaminação, também contribuem para esses impactos (Cruz *et al.*, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo reconhece suas capacidades, enfrenta os desafios do dia a dia e contribui positivamente para a sua comunidade. Ela vai muito além do que sentimos individualmente, sendo resultado de uma rede complexa de fatores interligados. O bem-estar mental não depende apenas de aspectos emocionais e psicológicos, mas também de condições fundamentais, como saúde física, apoio social, acesso a recursos e qualidade de vida. Além

dos fatores pessoais, questões sociais, ambientais e econômicas influenciam de forma significativa o equilíbrio mental de cada pessoa, mostrando que a saúde mental é um reflexo das condições em que se vive.

Assim, a saúde mental não deve ser vista como algo isolado, mas como o produto da interação entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais, numa perspectiva conhecida como abordagem biopsicossocial. Essa compreensão amplia o olhar sobre o tema, destacando que cuidar da saúde mental envolve tanto o autocuidado quanto o fortalecimento das relações de apoio e da comunidade como um todo. Reconhecer essa complexidade é essencial para promover um ambiente saudável, reduzir fatores de risco e estimular ações que favoreçam o bem-estar coletivo, garantindo que cada indivíduo possa desenvolver suas potencialidades e viver de forma plena.

De acordo com o relatório “Situação Mundial da Infância 2021” do UNICEF, crianças, adolescentes e jovens poderão sentir os impactos da COVID-19 em sua saúde mental e bem-estar por muitos anos. Mesmo antes da pandemia, mais de um em cada sete jovens entre 10 e 19 anos apresentava algum transtorno mental diagnosticado, e aproximadamente 46 mil adolescentes morriam anualmente por suicídio, uma das principais causas de morte nessa faixa etária. O relatório ainda aponta que apenas cerca de 2% dos orçamentos governamentais de saúde são destinados à saúde mental em todo o mundo. Com a chegada da pandemia, esses desafios se agravaram: uma pesquisa internacional realizada pelo UNICEF e o Gallup em 21 países revelou que, em média, 19% dos jovens de 15 a 24 anos relataram sentir-se frequentemente deprimidos ou desmotivados (UNICEF, 2021).

Nesse contexto, o presente trabalho foca na saúde mental dos jovens, com ênfase nos reflexos da pandemia e nas repercussões no período pós-pandêmico. Considerando que a juventude vivencia uma fase crucial de desenvolvimento pessoal, social e acadêmico, as restrições impostas e a instabilidade prolongada intensificaram vulnerabilidades pré-existentes e desencadearam novos desafios emocionais.

Esses impactos resultaram em um aumento expressivo de quadros relacionados ao sofrimento psíquico, como ansiedade, depressão e outras condições psicológicas, que exigem atenção e respostas efetivas dos serviços de saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tem papel central no enfrentamento dessas demandas. Contudo, a pandemia evidenciou fragilidades e desafios estruturais e funcionais no atendimento à população jovem.

Diante disso, a questão central deste trabalho é: Quais são os principais reflexos da pandemia na saúde mental dos jovens brasileiros, e quais os desafios e possibilidades de atuação do SUS para o fortalecimento desse cuidado?

O objetivo geral deste estudo é analisar os impactos da pandemia na saúde mental da juventude e identificar as respostas e desafios enfrentados pelo SUS no atendimento a essa população. Os objetivos específicos são: ressaltar o histórico da saúde mental no Brasil, com destaque para o modelo manicomial, as reformas sanitária e psiquiátrica e a estrutura atual da RAPS; enfatizar os efeitos da pandemia na saúde mental dos jovens; identificar as principais desafios enfrentadas pelo SUS na oferta dos cuidados psicossociais para os jovens; é propor caminhos para o fortalecimento dos serviços de saúde mental voltados à juventude.

A metodologia deste trabalho se baseia no método materialista histórico-dialético, que proporciona uma análise crítica da realidade, considerando-a em sua totalidade e fundamentada em bases concretas. Segundo Gil (2008), ao adotar o quadro de referência do materialismo histórico, o pesquisador passa a destacar a dimensão histórica dos processos sociais. A partir da identificação do modo de produção em uma sociedade específica e sua relação com as superestruturas, como as políticas e jurídicas, o pesquisador realiza a interpretação dos fenômenos observados.

Além disso, caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, sendo, conforme Gil (2008), predominantemente bibliográfica e documental.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (Gil, 2008, p. 50-51).

Para a coleta de dados deste trabalho será utilizado a análise de artigos científicos, livros, documentos, pesquisas e notícias relevantes e autores que se aproximam com a temática do trabalho como: Amarante (1996), Foucault (1972), Ribeiro (1999), Bravo (2006), Soares (2010), dentre outros.

Desse modo, espera-se ampliar o entendimento sobre os desafios vivenciados pelos jovens brasileiros nesse campo e oferecer informações que auxiliem na melhoria de políticas e ações voltadas à saúde mental desse grupo social. O primeiro capítulo deste trabalho irá abordar a trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil, iniciando pelos antecedentes do modelo manicomial, passando pelas transformações promovidas pela reforma sanitária, pela criação do SUS e pela reforma psiquiátrica, e finalizando com a estrutura atual da política de

saúde mental no país. Já o segundo capítulo foca na saúde mental dos jovens durante e após a pandemia, discutindo os efeitos da pandemia sobre esse grupo, a persistência do sofrimento psíquico no pós-pandemia, a atuação do SUS e os desafios enfrentados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atender às demandas dos jovens, além de apresentar caminhos para o fortalecimento do cuidado em saúde mental para os jovens.

2. Histórico da saúde mental no Brasil

2.1 - Antecedentes da assistência psiquiátrica no Brasil: o modelo manicomial

A política social no Brasil, até meados da década de 1930, seguia um modelo residual (Pereira, 2011), em que a assistência à saúde era pontual e limitada, ficando principalmente a cargo de instituições religiosas e filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia. Essas instituições hospitalares atendiam principalmente aos pobres e enfermos, exercendo mais uma função de amparo social do que de assistência médica propriamente dita, especialmente até meados do século XVIII (Ribeiro, 1999, p. 17). Nesse cenário, as pessoas com transtornos mentais também eram alojadas nesses locais, porém em condições precárias, muitas vezes em porões, submetidas a maus-tratos e sem acesso a cuidados em saúde mental (Ribeiro, 1999).

Naquele contexto, as pessoas em sofrimento mental eram vistas como uma ameaça à ordem e à razão da sociedade. Com a criação dos primeiros hospícios, como o Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro em 1852 e o Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre no ano de 1884. O país adotou o modelo europeu, especialmente o francês, que priorizava o isolamento dos chamados “alienados”. Esse modelo acreditava que afastar o “louco” da vida social era necessário tanto para sua suposta recuperação quanto para o bem-estar da sociedade. Assim, instalou-se um sistema que silenciava e segregava, ao invés de cuidar e incluir.

A loucura, nesse cenário, foi construída socialmente como uma condição que precisava ser excluída do convívio social. Michel Foucault (1972), em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*, analisa como, ao longo da história, a loucura deixou de ser parte do convívio social para ser isolada por meio de instituições e discursos que buscavam preservar a ordem e a racionalidade. Em sua análise, o surgimento dos hospitais psiquiátricos não representou um avanço científico, mas sim uma resposta moral e social diante do que era considerado desvio. Para o autor, a exclusão do louco não se origina na ciência, mas na moral social, que define o que é razão e desrazão. Esse processo ficou marcado pelo que Foucault denomina de “Grande Internamento”, quando milhares de pessoas passaram a ser enclausuradas, muitas vezes sem justificativa médica, apenas por não se adequarem às normas vigentes. O objetivo não era curar, mas, como o próprio autor afirma, “reduzir a loucura ao silêncio” (Foucault, 1972). Dessa forma, o saber psiquiátrico se fortaleceu como uma forma de poder, utilizada para controlar e normalizar comportamentos, contribuindo para uma

sociedade baseada na disciplina, na obediência e na exclusão de quem era considerado diferente.

No Brasil, essa lógica analisada por Foucault refletiu fortemente na forma como a psiquiatria se consolidou ao longo dos anos. A área se firmou como uma interseção entre o saber médico e o poder jurídico, frequentemente utilizada para justificar práticas autoritárias. Os hospitais psiquiátricos tornaram-se, então, dispositivos de controle social, afastando pessoas tidas como “desviantes” ou “indisciplinadas”. Segundo Paulo Amarante (1996), embora parecessem lugares de cuidado, os manicômios eram, na verdade, ambientes voltados para controlar e “corrigir” aqueles que não se encaixavam nas normas da sociedade. Esse processo não se restringia às paredes do hospital, mas expressava uma lógica institucional de exclusão sustentada pelo Estado e legitimada pelo discurso científico. Dessa forma, a psiquiatria deixou de ser um campo de cuidado e passou a atuar como uma tecnologia de poder, capaz de intervir sobre os corpos e condutas (Amarante, 1996).

Além disso, as ideias e práticas psiquiátricas estavam profundamente alinhadas com os interesses políticos e ideológicos da época. Em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, que buscava melhorar a assistência psiquiátrica embasando-se em conceitos do positivismo e do eugenismo (Ribeiro, 1999). Esse movimento defendia ideias racistas e preconceituosas, como a pureza racial e a exclusão dos grupos considerados “inferiores”, principalmente os não-brancos, vistos como responsáveis por doenças e desvios sociais (Ribeiro, 1999, p. 26-27).

A prática manicomial excludente e disciplinadora encontrou respaldo nas estruturas políticas brasileiras, sendo especialmente reforçada durante os períodos autoritários, como a Era Vargas e o regime militar. A partir da década de 1930, com a promulgação da Lei Eloy Chaves e o fortalecimento do sistema previdenciário, a organização da saúde no país passou a se estruturar em dois grandes subsetores: a medicina previdenciária, destinada a atender os trabalhadores formais vinculados aos institutos de aposentadoria e pensão, e a saúde pública, focada principalmente no saneamento básico e na prevenção de doenças para a população em geral. Essa divisão contribuiu para a marginalização de amplos setores da sociedade que não tinham vínculo formal de trabalho e, conseqüentemente, não tinham acesso garantido à assistência médica (Bravo, 2006; Dias, 2007).

Durante o Estado Novo, essas práticas ganharam contornos ainda mais autoritários, guiadas por ideais eugênicos e por um projeto nacional centrado na branquitude, na disciplina e na higienização social. Portocarrero (1991) enfatiza que o tratamento dado à loucura passou a estar ligado ao projeto autoritário de Vargas, reforçando a visão de que o “anormal” era um

obstáculo para o avanço do país. Assim, as instituições psiquiátricas se tornaram espaços para controlar não só pessoas com transtornos mentais, mas também alcoólatras, mulheres que desafiavam as regras, homossexuais, negros, pobres e moradores de rua; revelando assim as conexões entre raça, gênero, classe social e poder que permeavam essas práticas.

O caso do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, é um exemplo claro desse processo de exclusão social dos manicômios. Segundo Daniela Arbex (2013), mais de 60 mil pessoas faleceram nessa instituição durante do século XX, sob condições de total desrespeito à dignidade humana. Muitos dos internados sequer possuíam diagnóstico psiquiátrico e foram levados para o hospital por motivos sociais, familiares ou morais, como pobreza, homossexualidade, mulheres grávidas fora do casamento, vítimas de estupro, esposas consideradas rebeldes. Arbex (2013) enfatiza que bastava ser diferente ou incômodo para ser considerado um desvio passível de internação.

Como relata a autora, “A morte era tratada com banalidade. Os corpos eram jogados em valas coletivas ou vendidos para universidades como “cobaias de estudo” (Arbex, 2013, p. 27). As denúncias feitas por jornalistas e sobreviventes mostraram a grave violência e negligência que acontecia, revelando a lógica manicomial brasileira como uma forma de extermínio, que tratava vidas humanas como se fossem descartáveis. O Hospital Colônia funcionava como um verdadeiro campo de concentração, onde o rótulo de “louco” era apenas um dos muitos pretextos usados para justificar o internamento em massa.

Durante a ditadura civil-militar (1964-1985), essa lógica de exclusão e violência institucional foi intensificada, configurando-se a chamada “indústria da loucura” (PITTA, 2011). Nesse período, houve um aumento expressivo dos hospitais psiquiátricos, especialmente os privados, financiados por recursos públicos. Esses locais passaram a operar como verdadeiros centros de confinamento em massa, marcados por condições precárias e constantes violações dos direitos humanos. O modelo manicomial se firmou como uma ferramenta de repressão do Estado, utilizada para controlar e silenciar grupos marginalizados, ainda que sob o discurso de oferecer cuidado médico.

Esse cenário começou a ser questionado a partir da década de 1970, em meio a uma conjuntura de crise econômica e mobilizações sociais que ampliaram a luta pela democratização do país e a revisão das políticas públicas (Merly; Queiroz, 1993; Vasconcelos, 2010). Profissionais de saúde, intelectuais, ativistas e familiares passaram a denunciar as condições desumanas dos manicômios e a questionar se esse modelo baseado no isolamento realmente funcionava e era ético. Amarante (1994) evidencia que, a partir dessa crítica organizada às instituições psiquiátricas tradicionais, surgiram alternativas que buscavam

expandir o cuidado para além do mero isolamento, valorizando a escuta ativa e o acolhimento dos indivíduos.

Essas iniciativas pioneiras, mesmo que ainda limitadas em alcance e dimensão, indicavam a emergência de um novo modelo de atenção em saúde mental, fundamentado na promoção da cidadania, no reconhecimento da singularidade de cada pessoa. Esses elementos foram fundamentais para a construção e consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Compreender a história da saúde mental no Brasil exige reconhecer que o modelo manicomial foi muito mais do que as instituições. Ele expressava uma lógica de exclusão, validada pelo discurso médico, pelo Estado e por normas morais. A “loucura”, dentro dessa lógica, foi tratada como um desvio, algo a ser controlado, isolado e silenciado. As críticas a esse modelo não surgiram por acaso, elas foram forjadas na dor, na resistência e na luta por reconhecimento de pessoas que, durante décadas, foram privadas de sua dignidade.

2.2 A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde

O Movimento de Reforma Sanitária emergiu no contexto da redemocratização do Brasil, após duas décadas de regime autoritário sob a ditadura civil-militar (1964–1985), um período em que os direitos sociais foram duramente restringidos e a saúde pública organizada de maneira fragmentada, centralizadora e excludente. Nesse modelo, predominavam ações médico-curativas voltadas majoritariamente aos trabalhadores com carteira assinada vinculados à previdência social. Os demais cidadãos, sobretudo os mais pobres, dependiam da filantropia ou ficavam completamente desassistidos. Segundo Paim (2008), a assistência médica era organizada de forma segmentada, refletindo interesses médico-empresariais e concentrando recursos nos grandes centros urbanos. Era um sistema clientelista, hospitalocêntrico e desarticulado da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

De acordo com Soares (2010), a partir das décadas de 1960 e 1970, o modelo econômico adotado no Brasil começou a enfrentar uma crise, o que proporcionou o fortalecimento da resistência política ao regime autocrático e à racionalidade hegemônica do Estado brasileiro. Nesse contexto social, o movimento de reforma sanitária surge como uma forma de resistência. Ao contrário da neutralidade do positivismo, esse movimento enxergava a saúde dentro de uma perspectiva política e histórica, o que representa seu maior mérito. Desse modo, o movimento pela reforma sanitária promoveu uma luta contra-hegemônica não apenas em relação à política de saúde, mas também ao Estado brasileiro como um todo e ao modelo de desenvolvimento capitalista (Soares, 2010, p.35).

Mesmo sendo diverso, o movimento foi essencial para redefinir o rumo das ações governamentais e para consolidar a saúde pública como um direito universal e de responsabilidade estatal. Bravo (2009) destaca que diferentes grupos desempenharam um papel importante na luta no movimento de reforma sanitária. Entre eles estavam as entidades que representavam os profissionais da área, que passaram a atuar para além de interesses corporativos, engajando-se nas pautas em defesa do setor público. O movimento sanitarista, impulsionado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) desde sua criação em 1976, também teve grande influência. Além disso, os partidos de oposição e os movimentos sociais urbanos também contribuíram para essa mobilização.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (Bravo, 2006, p. 95-96).

Como resultado da intensa mobilização em torno da reforma sanitária, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na cidade de Brasília. A conferência teve como eixos principais o reconhecimento da saúde como parte da cidadania, a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Bravo enfatiza que a essa Conferência:

introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. Bravo (2006, p. 96)

Na conferência, ocorreu uma reformulação do conceito de saúde, que passou a ser entendido como:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Esse conceito ampliado rompeu com a visão restrita da saúde como um fenômeno biológico individual, reconhecendo a influência dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais e biológicos, no processo saúde-doença (Buss; Pellegrini, 2007). Por exemplo, Barata (2009) relaciona a exposição cotidiana ao racismo e à discriminação à maior incidência de transtornos mentais, baixo peso ao nascer e

prematuridade na população negra, evidenciando a importância de políticas que considerem as desigualdades sociais em saúde.

Todo esse processo estabeleceu as bases para a criação de uma política pública de saúde com acesso para todos os cidadãos. Ademais, a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico para o país, pois consolidou, do ponto de vista legal, diversos direitos conquistados através de mobilizações sociais e pressão política. A CF88 reconheceu a saúde como direito universal e dever do Estado, devendo ser garantida por políticas econômicas e sociais integradas, voltadas ao bem-estar da população (Costa *et al.*, 2020). No artigo 196, a CF estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988), incluindo a saúde mental como um direito universal, a ser assegurado sem qualquer forma de discriminação. A Constituição também protege a dignidade da pessoa humana, o direito à igualdade e veda a discriminação em todas as suas formas.

De acordo com Bravo (2006), o texto constitucional foi elaborado com base em ideias defendidas pelo movimento sanitário ao longo dos anos, embora nem todas as suas reivindicações foram atendidas, pois algumas entraram em conflito com interesses empresariais e setores do próprio governo. Para reformular a estrutura e as práticas institucionais da saúde pública, foram adotadas medidas como o fortalecimento do setor público, a ampliação do acesso universal, a redução da atuação do setor privado nos serviços de saúde e a descentralização da gestão e da tomada de decisões. Essas ações resultaram na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e, posteriormente, na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

O SUS foi fundamentado nos princípios e diretrizes previstos no art. 198 da Constituição Federal e detalhados no art. 7º da Lei nº 8.080/90, que orientam sua organização e funcionamento. De acordo com o artigo 7º, os princípios e diretrizes do SUS são:

I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V- direito à informação, as pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII- participação da comunidade; IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de

assistência; e XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 1990)

No entanto, a despeito dessas conquistas, a implementação dessas medidas enfrentou grandes desafios e apresentou impactos limitados na melhoria das condições de saúde da população. Além das dificuldades estruturais desse processo, a partir de 1988, os grupos progressistas ligados à Reforma Sanitária perderam influência no governo e nas instituições, o que enfraqueceu a implementação das políticas de saúde. O contexto político da transição democrática resultou em retrocessos tanto econômicos quanto políticos na área da saúde. (Bravo, 2006, p. 97-99).

Além disso, apesar da importante conquista dos direitos sociais assegurados na recém-promulgada Constituição Federal, a década de 1990 foi marcada por uma significativa transformação no papel desempenhado pelo Estado, sob a influência do neoliberalismo. Essa reconfiguração, defendida pelo projeto neoliberal, previa a gradativa perda das funções centrais do Estado, que passaria a atuar prioritariamente como regulador institucional, concedendo maior espaço ao setor privado para desempenhar diversas funções (Bravo, 2006).

As políticas neoliberais, ao minimizarem a atuação estatal, promoveram a retração ou mesmo a supressão de direitos sociais e trabalhistas, impactando de forma negativa as condições de vida da classe trabalhadora. Na saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido para garantir atendimento universal e gratuito, passou a enfrentar cortes orçamentários, racionalização da oferta de serviços e crescente participação do setor privado, por meio de parcerias e repasses de recursos públicos.

Esse contexto representou um enfraquecimento dos princípios e diretrizes previstos constitucionalmente, com o Estado limitando-se a oferecer o mínimo àqueles que não podem pagar, enquanto o setor privado assumia o atendimento dos chamados “consumidores”. Assim, segundo Bravo e Matos (2006), a Política de Saúde se baseia:

[...] na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características, destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (p. 35).

Essa dinâmica instaurada nos anos 1990 deixou como legado a limitação do papel do Estado na garantia dos direitos sociais e a ampliação da presença do setor privado, comprometendo o projeto democrático do SUS e aprofundando as desigualdades no acesso à saúde.

2.3 Reforma Psiquiátrica

Inicialmente, é importante ressaltar que o Movimento de Reforma Sanitária lançou as bases para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que se consolidou mais fortemente na década de 1990. A crítica ao modelo manicomial foi alimentada por denúncias de violações de direitos em instituições psiquiátricas e por experiências pioneiras de cuidado em liberdade.

O movimento brasileiro foi inspirado na experiência italiana, que não se limitou a fechar instituições, mas também buscou mudar a forma como a sociedade capitalista compreendia a “loucura”. Para os militantes italianos, era fundamental desvincular a questão mental exclusivamente da medicina e da psiquiatria, abordando também temas como exploração do trabalho e desigualdades sociais. Essa perspectiva se opunha à chamada “psiquiatria reformada”, que apenas alterava aspectos internos dos hospitais, sem questionar as raízes históricas e sociais do cuidado. Assim, o modelo italiano influenciou diretamente a Reforma Psiquiátrica brasileira, ressaltando a importância de uma mudança interdisciplinar e estrutural na atenção à saúde mental (Heidrich; Berndt; Dias, 2017). As críticas desenvolvidas por Franco Basaglia, um psiquiatra italiano que denunciava a violência institucional dos hospitais psiquiátricos e propunha um cuidado em liberdade baseado na dignidade e nos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, foram essenciais para que diversas transformações começassem a ser articuladas também no Brasil.

Em 1975, Franco Basaglia visitou o Brasil pela primeira vez, mas sua passagem não teve grande impacto devido ao contexto político da ditadura militar. Já em 1978, sua participação em um congresso no Rio de Janeiro gerou debates ao apresentar o conceito de psiquiatria democrática e relatar o fechamento do Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste, na Itália, dois anos antes. Essa visita, combinada à crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e à organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), mobilizou jovens profissionais da área (Kantorski et al., 2021).

Durante sua visita ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena (MG), Basaglia encontrou um cenário de extrema precariedade: pacientes algemados, em condições insalubres e cercados por fezes. Chocado, ele comparou o local a um campo de concentração e defendeu a necessidade de ações imediatas, como denúncias às autoridades e à Associação Brasileira de Psiquiatria, devido à gravidade e à violação dos direitos humanos ali presentes (Kantorski et al., 2021). Sobre essa experiência, declarou:

Em algum lugar do mundo a história parou, e ainda, há situações em que estamos comprometendo com a morte e com a morte não há solução de compromisso [...] Sou como o menestrel medieval que percorre as aldeias e vai embora. É necessário que quando eu partir, o palco não fique vazio (Basaglia, 1979).

Diante da influência do pensamento de Basaglia e do fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, na década de 1970 intensificou-se a mobilização dos trabalhadores de saúde mental, que passaram a denunciar as irregularidades do sistema psiquiátrico vigente e a reivindicar melhores condições de trabalho, dando origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM, criado oficialmente em 1978, foi um movimento plural que reunia trabalhadores da saúde, integrantes do movimento sanitário, familiares, sindicalistas, profissionais de várias áreas e pessoas com histórico de internações psiquiátricas. Esse ano é considerado o marco inicial da mobilização social pelos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil (Brasil, 2005).

O MTSM surgiu a partir de denúncias feitas por três médicos residentes do Centro Psiquiátrico Pedro II, registradas em livro oficial da instituição, sobre maus-tratos e violência contra pacientes, além das más condições de trabalho. Após a denúncia, 260 trabalhadores foram demitidos das quatro unidades de saúde mental da DINSAM. Em resposta, os profissionais entraram em greve, em um episódio que ficou conhecido como Crise da DINSAM, dando origem formal ao movimento (Fiocruz, 2024).

O MTSM passou então a denunciar a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura e o domínio de uma rede privada de assistência. Inspirado pela experiência italiana, buscou romper com o modelo hospitalocêntrico e propor novas formas de cuidado (Brasil, 2005). Em 1978, o movimento também organizou eventos importantes, como o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Camboriú) e o I Simpósio sobre Políticas, Grupos e Instituições (Copacabana Palace), que contaram com nomes como Franco Basaglia, Robert Castel e Félix Guattari. Essas atividades deram maior visibilidade ao MTSM e fortaleceram sua articulação com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que organizou comissões estaduais de saúde mental e apresentou relatórios e propostas no Congresso Nacional, incluindo a criação do SUS (Amarante; Nunes, 2018).

Em 1979, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria discutiu a urgência de rever o modelo de atendimento vigente, destacando as condições desumanas nos hospitais. Houve avanços, como a redução da mortalidade e a humanização no Hospital-Colônia de Barbacena, que se tornou exemplo de transformação. Essas mudanças impulsionaram o apoio à Reforma Psiquiátrica e reforçaram a defesa de alternativas ao modelo manicomial, priorizando um atendimento mais digno e próximo da comunidade (Kantorski *et al.*, 2021).

A partir dessa mobilização e de marcos como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e as três Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001), nasce um período significativo para a discussão sobre a estrutura da assistência psiquiátrica no Brasil. Essas conferências ampliaram o debate sobre a reforma do sistema de saúde mental, defendendo a substituição do modelo manicomial por redes de atenção comunitária, abertas e integradas ao território, além de reforçar o reconhecimento dos direitos civis e sociais das pessoas com transtornos mentais.

Através de iniciativas do MTSM, já citado anteriormente, tem-se, entre os dias 3 e 6 de dezembro de 1987, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, também conhecido como Encontro de Bauru, que deu origem à Luta Antimanicomial no Brasil, reunindo trabalhadores, familiares e usuários de saúde mental em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios!”. Nesse encontro, estabeleceu-se oficialmente o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, celebrado em 18 de maio, como marco simbólico da resistência contra a exclusão e a violência institucional. Como resultado, foi produzido o Manifesto de Bauru (1987), documento histórico que expressava de forma direta as principais reivindicações e objetivos do movimento antimanicomial. Ao propor a extinção dos manicômios e apontar para transformações estruturais no modelo de cuidado, o manifesto consolidou uma postura ousada e confrontadora do movimento. Esse posicionamento pode ser observado no seguinte trecho:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. [...] O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. [...] Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! (Brasil, 1987).

Na mesma época, surgiram iniciativas pioneiras como a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, em 1987, e a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, em 1989, no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, que era um hospital psiquiátrico conhecido por denúncias graves de maus-tratos e mortes de

pacientes. Segundo Hirdes (2007) ao tratar da intervenção na Casa de Saúde Anchieta em 1989, é possível considerar esse marco uma das primeiras experiências concretas de desconstrução do aparato manicomial no Brasil por ser uma mediação inovadora onde ocorreu uma ação médico-legal. Com a movimentação desses eventos, a idealização de serviços adjuntos a hospitais psiquiátricos foi surgindo, iniciativas municipais e portarias que visem as particularidades de cada local.

Tenório (2002) classifica como marcos inaugurais e paradigmáticos de uma nova prática de cuidados no Brasil a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo (1989), e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, já mencionada anteriormente, mas que deu início ao Programa de Saúde Mental de Santos (SP). A experiência santista, como chama Tenório (2002), trouxe a criação de 05 Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), ofertando serviços de cuidados 24h, com leitos e acolhimento característico de internação, se diferenciando do CAPS Luiz Cerqueira, que apresentava um serviço de atendimento-dia, onde os usuários não permaneciam na unidade durante o período noturno.

No campo legislativo, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentou em 1989 o Projeto de Lei nº 3.657/89, que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. O projeto de Paulo Delgado estruturava-se em três artigos principais: o primeiro proibia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo destinava recursos para alternativas ao modelo manicomial, voltadas ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico; e o terceiro exigia que internações compulsórias fossem comunicadas à autoridade judicial. Embora aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto não foi diretamente aprovado no Senado. Entretanto, a mobilização gerada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, que envolveu militantes da Luta Antimanicomial e outros movimentos sociais, resultou na criação de quase 100 novos estabelecimentos de tratamento entre 1990 e 1995, mesmo antes da aprovação formal da Reforma Psiquiátrica, impulsionando a transformação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil (Souza; Mexko; Benelli, 2022).

Esse projeto de lei ficou conhecido como “Lei Paulo Delgado” e foi substituído pelo projeto “Lucídio Portella” em 1995, refletindo a necessidade de ampliar o apoio político e ajustar o conteúdo para superar resistências e garantir avanços na legislação. Sua tramitação teve duração de 12 anos até a aprovação final, tendo que lidar com obstáculos de interesses corporativos e econômicos. Contudo, foi um projeto que proporcionou formulação e

aprovação de leis tanto municipais quanto estaduais sobre Reforma Psiquiátrica na década de 90.

Em 1990, durante a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, foi promulgada a Declaração de Caracas, onde países da América Latina, incluindo o Brasil, iriam se comprometer a rever a hegemonia e centralização dos hospitais psiquiátricos, reestruturar a assistência, defender os direitos civis e a dignidade dos usuários, além de viabilizar a convivência em sociedade.

Em 1991, a Portaria 189 do Ministério da Saúde instituiu no plano nacional o custeamento público para os serviços de Núcleos e Centros de Atenção Psicossociais, caracterizando um ato de grande importância para a Reforma Psiquiátrica, pois até aquela época apenas serviços de internação e ambulatório recebiam verba pública para a realização de suas atividades.

No Rio Grande do Sul, em 1992, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei Estadual nº 9.716 que tratava da reforma estadual da psiquiatria, enquanto a Lei nº 10.216, sancionada em 2001, tratava da reforma em âmbito nacional, sendo assim a consolidação da reforma psiquiátrica acontecia de maneira nacional.

Em 2003, a Lei Federal nº10.708 é aprovada em desdobramento da Lei Federal nº10.216/2001 e traz respostas às recomendações das CNSM, criando o Programa de Volta para Casa (PVC). A Lei tem como premissa “instituir o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”, a fim de possibilitar e garantir condições mínimas de moradia e cidadania fora do hospital.

Incorporada como emenda constitucional através do Decreto nº6.949/2009, a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência acontece em 2007 e apresenta uma ampliação do amparo legal quanto à defesa do cuidado em liberdade e garantia das condições básicas de cidadania para PCDs. Com o decreto o governo assume o compromisso de zelar e garantir os direitos humanos e se posicionar contra qualquer forma de discriminação e tratamento desumanizado.

Após esse marco, em 2015, a Lei Federal nº13.146 traz uma conquista muito significativa para as pessoas com deficiência instituindo a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que reforça os direitos sociais e o acesso a serviços públicos, no qual inclui a saúde mental.

Entre os dias 27 de junho e 01 de julho de 2010, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e teve como lema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. A Conferência foi marcada principalmente por

apresentar intersetorialidade na articulação das políticas de habitação, assistência social, direitos humanos, dentre outros. A Conferência também tratou com mais aprofundamento a desinstitucionalização e o seu programa de encerramento de hospitais psiquiátricos e organização de rede territorial, que viabiliza trabalho, benefícios, moradia e cultura; Além disso foi discutido a não aceitação de internação compulsória para crianças e adolescentes; a realização de censo com as pessoas com internação de longa permanência em instituições com características asilares e o reforço dos projetos e processos já viabilizados ou em andamento, de desinstitucionalização nessas instituições. Outrossim, foi evidenciado a importância da participação social como eixo estruturante da política de saúde mental, reforçando a necessidade de combater o estigma e a discriminação, e de garantir a escuta e o protagonismo das pessoas em sofrimento psíquico na formulação, controle e avaliação das políticas públicas.

A política de saúde mental se fortalece com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, com o objetivo de estruturar um cuidado em rede para as pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2011).

2.4 A estrutura da política de saúde mental nos dias de hoje

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o avanço da Reforma Psiquiátrica, a política de saúde mental no Brasil foi se reorganizando, deixando para trás o modelo centrado na internação manicomial e apostando em um modelo de atenção psicossocial territorial, centrado em serviços públicos de base comunitária e dispositivos de cuidado em liberdade. Nesse cenário, alguns marcos legais e ações políticas foram essenciais para a garantia de direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico e para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS organiza-se em diferentes níveis de atenção à saúde mental, oferecendo cuidados que vão desde ações na atenção básica até serviços hospitalares. Essa rede é composta por diversos pontos de cuidado, como: atenção básica; atenção psicossocial especializada; serviços de urgência e emergência; residências terapêuticas de caráter transitório; internações hospitalares; estratégias de desinstitucionalização; e espaços voltados à reabilitação psicossocial. Entre os principais serviços que a compõem estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Pronto

Atendimento (UPA), as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e os centros de geração de trabalho e renda (Brasil, 2011).

Cada serviço que compõe a RAPS atua de acordo com seu nível de complexidade, seguindo diretrizes fundamentais que orientam o cuidado em saúde mental. Entre elas, destacam-se: respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, o combate aos estigmas, a oferta de um atendimento qualificado e realizado por equipes interdisciplinares, a humanização nas práticas de cuidado, a valorização da diversidade de estratégias terapêuticas e a presença ativa no território, com foco na inclusão social e ao exercício da cidadania (Brasil, 2011).

Amarante (2007) diz que na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam [...] com sujeitos que vivenciam as problemáticas, partindo desse ponto de vista conseguimos olhar para todos esses acontecimentos visualizando a humanização iminente no acolhimento e tratamento desses usuários e a abertura de novos diálogos visando a constante reestruturação.

Além da Resolução nº8/2019 do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) que reafirma os princípios e as proposições da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, as portarias nº 336/2002 e 189/2002 reestruturam o CAPS, estabelecendo modalidades e equipes mínimas, o que fortaleceu de forma significativa a luta iniciada na década de 70, sendo reconhecidos como lugar de passagem e melhora, não de enclausuramento e agravo.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são organizados em diferentes modalidades – CAPS I, II, III, CAPS infantil (CAPSi) e CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) – a depender do número de habitantes e das necessidades do município. Esses serviços funcionam diariamente e contam com equipes multiprofissionais preparadas para acolher pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Entre as principais atividades desenvolvidas nesses serviços estão: escuta qualificada, acompanhamento terapêutico, oficinas terapêuticas, atendimentos a familiares, ações comunitárias e assembleias com os usuários. O cuidado é orientado por planos terapêuticos individualizados, construídos de forma compartilhada entre equipe, usuário e sua rede de apoio, levando em consideração a singularidade de cada trajetória e as condições sociais que atravessam o processo de adoecimento (Brasil, 2004, 2005).

Embora a RAPS represente um dos avanços mais significativos da Reforma Psiquiátrica brasileira, seu funcionamento ainda enfrenta desafios históricos e estruturais. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da política de saúde mental ocorreu em um contexto marcado pelo avanço das reformas neoliberais, que impuseram limites à expansão

dos direitos sociais e enfraqueceram o compromisso do Estado com a universalização das políticas públicas. Nesse modelo neoliberal, como Inês Bravo (2006) salienta “a tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (Bravo, 2006, p.15). Essa lógica revela como o sistema público de saúde tem se tornado cada vez mais segmentado, à medida que a lógica do mercado passa a influenciar a forma como os serviços de saúde são organizados e oferecidos.

As medidas neoliberais intensificam os impactos negativos no financiamento do SUS e evidenciam a tendência à privatização da saúde. Um exemplo no campo da saúde foi a Emenda Constitucional 95/2016, essa emenda instituiu um novo regime fiscal que congela os investimentos na área da saúde por vinte anos (BRASIL, 2016). Essa medida aprofunda o desmonte do SUS, pois o teto de gastos impede a realização de melhorias no sistema, instaurando um período marcado por retrocessos e desafios à efetivação dos seus princípios. No campo da política de saúde mental, também se observam iniciativas que apontam para a privatização, a institucionalização e o enfraquecimento dos avanços conquistados pela reforma psiquiátrica, especialmente a partir de 2016, durante o governo Temer (Almeida, 2019; Delgado, 2019). Um exemplo foi a Nota Técnica nº 11/2019, publicada em fevereiro de 2019, que, apesar de afirmar o fortalecimento da assistência pelo SUS e basear-se na Lei 10.216, propõe uma mudança no modelo de cuidado em saúde mental. A nota deixa de usar o conceito de serviços substitutivos e incentiva o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos, alegando falta de vagas em hospitais gerais. Também trata do financiamento de equipamentos para eletroconvulsoterapia e da parceria com comunidades terapêuticas. Essa nota gerou controvérsias, com críticas de diversas categorias profissionais e movimentos sociais, o que levou à sua suspensão. Mesmo assim, ela representou uma tentativa de retroceder nas conquistas da Reforma Psiquiátrica (Delgado, 2019).

É fundamental reconhecer que a defesa da saúde mental pública, universal e de qualidade permanece como um desafio urgente diante do cenário atual. A persistência de políticas neoliberais que restringem investimentos e promovem a privatização ameaça reverter importantes avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica, colocando em risco os direitos e a dignidade das pessoas que dependem do SUS.

3. Saúde Mental na Juventude: Impactos, Desafios e Perspectivas Pós-Pandemia

3.1 Juventude e saúde mental

A juventude é um período marcado por mudanças expressivas na vida dos sujeitos, tanto no plano pessoal quanto no social. Por muito tempo, prevaleceu uma concepção linear da passagem da juventude para a vida adulta, atrelada a etapas socialmente predefinidas, como o fim da escolarização, o ingresso no mercado de trabalho, a conquista da independência financeira, a saída da casa dos pais e a constituição de uma nova família. Contudo, essa visão tem sido cada vez mais questionada diante das complexidades do mundo contemporâneo e da pluralidade de trajetórias juvenis (Leão, 2004; Carrano, 2009; Corrochano, 2008; *apud* Carvalho, Reis, 2023).

Atualmente, compreende-se que as juventudes são plurais e vivenciam experiências distintas, marcadas por recortes de classe, raça, gênero e território. Para jovens das periferias e das classes populares, por exemplo, as exigências do “mundo adulto” são muitas vezes antecipadas, dadas as condições materiais de existência. A urgência da sobrevivência, a inserção precoce em trabalhos informais e a responsabilização familiar limitam a vivência plena da juventude como etapa de formação, experimentação e desenvolvimento (Carrano, 2009a).

Nesse cenário, a saúde mental dos jovens é fortemente influenciada por múltiplos fatores estruturais. De acordo com a perspectiva de que a saúde é determinada por fatores sociais, entende-se que as condições de vida, de trabalho, o acesso a direitos básicos, a convivência com a comunidade e até situações de preconceito e violência fazem diferença no bem-estar das pessoas. A falta de estabilidade financeira, o desemprego, a insegurança alimentar, o racismo, o machismo, a lgbtqiáfobia e a ausência de políticas públicas contribuem significativamente para o agravamento do sofrimento psíquico, sobretudo entre os jovens em situação de vulnerabilidade social.

A juventude é frequentemente compreendida como uma fase de transição, marcada por exigências de autonomia, produtividade e sucesso, o que impõe pressões para que os jovens correspondam a expectativas sociais nem sempre compatíveis com sua realidade concreta (Carrano, 2011; Leão, 2004; *apud* Carvalho, Reis, 2023). A precariedade das condições de vida, somada ao ideal meritocrático de sucesso, gera um terreno fértil para o adoecimento mental, marcado por sentimentos de fracasso, inadequação, baixa autoestima e desesperança.

Ao mesmo tempo em que são convocados à produtividade e ao desempenho, muitos jovens se deparam com um cenário de incerteza e frustração. A ausência de perspectivas

concretas de futuro, aliada à precarização das relações de trabalho e ao esvaziamento das políticas públicas, favorece o surgimento de quadros cada vez mais recorrentes de sofrimento psíquico, como ansiedade, depressão, automutilação e ideação suicida. Essas situações, no entanto, não devem ser vistas de forma isolada ou tratadas como doenças sem considerar o contexto em que acontecem. Na verdade, elas mostram um sofrimento que é resultado das condições sociais em que esses jovens vivem, marcado por violências, falta de oportunidades e pela negação do direito à saúde mental e a uma vida com dignidade.

Diante disso, é necessário reconhecer a juventude não apenas como uma etapa de preparação para a vida adulta, mas como um tempo presente, com valor em si mesmo. A juventude deve ser compreendida como um momento singular, no qual se constroem identidades, vínculos, afetos, sonhos e projetos de vida. Para tanto, é fundamental romper com visões estigmatizantes que associam os jovens a “problemas sociais” ou os tratam como sujeitos “incompletos”, ainda em formação. É urgente reconhecê-los como sujeitos de direitos, com voz ativa, desejos legítimos e potência transformadora (Costanzi, 2000; Abramo, 2005; *apud* Sander, Camargo 2022).

Ademais, as políticas públicas que envolvam diferentes áreas, como educação, saúde, cultura, assistência social, são essenciais para oferecer condições de vida mais justas e cuidar da saúde mental de forma completa. Além disso, é fundamental reconhecer a juventude como uma força social e política, com direito de viver bem o presente e participar da construção de um futuro melhor.

3.2 A saúde mental dos jovens durante e após a pandemia da COVID-19

3.2.1 Os efeitos da pandemia na saúde mental dos jovens

A pandemia da Covid-19 teve início no final de 2019, após o surgimento de uma série de casos de pneumonia de causa desconhecida, posteriormente atribuídos a um novo coronavírus identificado em Wuhan, na China. Esse novo agente viral, denominado SARS-CoV-2, espalhou-se rapidamente pelo mundo, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar, em março de 2020, uma emergência internacional de saúde pública. Com a rápida disseminação do vírus por mais de 140 países e a gravidade dos quadros clínicos associados, a pandemia passou a provocar um cenário de insegurança global. Os sintomas podem variar de febre e tosse até quadros graves de insuficiência respiratória, com risco elevado de mortalidade, o que contribui para o crescimento do medo e da sensação de

ameaça constante entre a população (Ahn Dg *et al.*, 2020; Zhai *et al.*, 2020; *apud* MANGUEIRA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, não apenas uma crise sanitária foi instaurada, mas também uma emergência psicossocial de grande escala, que atingiu de maneira particular os jovens, por estarem em um momento da vida marcado por transformações subjetivas e pela construção da identidade.

As medidas para conter a disseminação do vírus, como o isolamento social, a suspensão das atividades de lazer e das aulas presenciais e o distanciamento físico, romperam com elementos importantes para o desenvolvimento dos jovens, como o convívio com amigos, a formação de vínculos sociais e a participação em atividades coletivas. O afastamento desses espaços de convivência e apoio gerou sentimentos de solidão, frustração e vulnerabilidade emocional. Além disso, escolas e outros espaços de interação, que muitas vezes são fundamentais para identificar sinais de sofrimento, também perderam parte de seu papel nesse período. A mudança para o ensino remoto trouxe desafios ainda maiores para quem não tinha recursos tecnológicos, prejudicando o rendimento escolar, a autoestima e o sentimento de pertencimento, fatores essenciais para o desenvolvimento e para as perspectivas futuras dos jovens.

No ambiente doméstico, muitos jovens precisaram ajustar suas rotinas, enfrentando desafios como conflitos familiares, sobrecarga emocional, falta de apoio psicológico e, em alguns casos, violência. A perda do contato com a escola e os espaços de lazer afetou diretamente a saúde mental, facilitando o surgimento ou agravamento de sintomas como ansiedade, depressão, dificuldades para dormir e estresse pós-traumático. Esse impacto foi maior entre jovens que já tinham problemas de saúde mental, que pertenciam a grupos marginalizados ou viviam em locais com pouca oferta de serviços psicossociais. Estima-se que cerca de 50% dos transtornos mentais têm início por volta dos 14 anos de idade, sendo que a maioria dos casos não é identificada ou tratada adequadamente, um cenário que se agravou durante a pandemia (Wünsch *et al.*, 2021).

O isolamento social durante a pandemia agravou a situação de muitos jovens que já viviam em condições vulneráveis, como migrantes, pessoas negras, com deficiência, em situação de rua ou com baixa renda. Essas condições aumentam a exposição ao risco de infecção e intensificaram os impactos psicológicos da pandemia, dificultando ainda mais o acesso a tecnologias, alternativas educacionais e informações confiáveis sobre prevenção e proteção à saúde. Durante o período de restrição domiciliar, muitos jovens conviviam com familiares submetidos a elevados níveis de estresse psicológico devido à incerteza e à

fragilidade econômica, o que aumentava a probabilidade de tensão, conflitos e estresse tóxico no ambiente familiar. A situação emocional desses jovens pode se agravar ainda mais quando familiares adoeciam, eram isolados ou faleceram (Wünsch, *et al*, 2021). Os impactos não foram iguais para todos: fatores como classe social, cor, orientação sexual e local de moradia influenciaram o quanto cada jovem foi afetado.

Outro grande desafio enfrentado pelos jovens durante a pandemia foi a exposição constante à desinformação e às chamadas “fake news”. Com o isolamento social, muitos passaram a depender ainda mais das redes sociais e das plataformas digitais como principal meio de se conectar com o mundo e manter as relações sociais. No entanto, esse uso intenso aumentou a circulação de notícias incorretas, alarmantes ou exageradas sobre a COVID-19, ampliando sentimentos de medo, ansiedade e insegurança. A dificuldade de distinguir informações confiáveis contribuiu para a desconfiança em relação às medidas sanitárias, às autoridades de saúde e até mesmo à ciência, deixando muitos jovens emocionalmente vulneráveis e inseguros sobre como agir diante da pandemia.

Além disso, o uso excessivo de tecnologias funcionou como uma espécie de escapismo: muitos recorreram a jogos online, vídeos e redes sociais para ocupar o tempo e buscar distração. Embora essas atividades proporcionam algum alívio momentâneo, o aumento prolongado do tempo diante das telas trouxe consequências psicológicas e físicas, como sedentarismo, dificuldade de lidar com emoções e aumento da ansiedade. Durante o confinamento, a tecnologia, que antes era uma ferramenta de aprendizado e socialização, passou a ser, em muitos casos, a única ponte com o mundo exterior, mas também expôs os jovens a conteúdos prejudiciais, intensificando sentimentos de impotência e estresse. Estudos indicam que o comportamento problemático de uso da internet, conhecido como “internet addiction”, foi amplificado nesse período, especialmente entre aqueles com menor capacidade de enfrentar o isolamento e as tensões emocionais impostas pelo confinamento (Balhara et al., 2020; Király et al., 2020; Gao et al., 2020 *apud* Silva 2025).

A pandemia também trouxe sentimentos existenciais ligados à finitude da vida. O medo de perder pessoas queridas, o contato constante com a morte e o sofrimento dos outros geraram uma crise de sentido para muitos jovens. A incerteza sobre o futuro, o colapso das estruturas de segurança e a sensação de que tudo poderia acabar de repente enfraqueceram ainda mais o equilíbrio emocional dos jovens. Além disso, o medo de se contaminar e de infectar pessoas próximas aumentou a ansiedade e a autculpa. Jovens que trabalhavam fora ou tinham contato com pessoas vulneráveis sentiram preocupação intensa, afetando o psicológico.

Casos de perda de familiares durante a pandemia afetaram profundamente a saúde

mental dos jovens. Muitos testemunharam o adoecimento de parentes, enfrentaram o luto e ficaram impedidos de participar de despedidas ou funerais, que são momentos importantes para o enfrentamento da dor. Essas experiências agravaram o sofrimento psicológico, trazendo sentimentos de vazio, impotência e tristeza intensa; e casos de agravamento de transtornos pré-existentes.

Para exemplificar algumas dessas questões, evidencia-se pesquisas logo abaixo:

Segundo pesquisa conduzida pela Inteligência em Pesquisa e Consultoria (Ipec), divulgada em 01 de setembro de 2021, com uma amostra de 2 mil pessoas nas cidades de São Paulo e nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Curitiba e Salvador; 39% dos entrevistados entre 18 e 24 anos avaliaram sua saúde mental como ruim durante o período da pandemia, e 11% a classificaram como muito ruim. Na amostra geral, 5% indicaram que a saúde mental estava muito ruim e 25% como ruim, somando 30%. Entre os principais fatores apontados como responsáveis pelo impacto na saúde mental estavam problemas financeiros e dívidas, mencionados por 23% dos entrevistados, o receio de contrair Covid-19, citado por 18%, e o falecimento de pessoas próximas, apontado por 12% (Agência Brasil, 2021).

Além disso, as mulheres relataram maior impacto na saúde mental: 38% delas consideraram essa área da vida como ruim ou muito ruim. Entre as entrevistadas, 47% relataram irritabilidade, 45% insônia e 53% tristeza. Episódios de choro afetaram 34% das mulheres e 7% dos homens; entre os jovens, esse índice foi de 38%. Desde o início da pandemia, 16% dos entrevistados receberam diagnóstico de ansiedade, sendo 20% entre mulheres e 19% entre jovens. Quanto à depressão, 8% foram diagnosticados, com um percentual de 10% entre as mulheres. Esses dados revelam como o período de isolamento e crise sanitária afetou de maneira significativa a saúde mental dos jovens, com impactos diferenciados entre gêneros (Agência Brasil, 2021).

Outra pesquisa da ONG Plan International divulgou, durante a Assembleia da ONU, em setembro de 2020, um estudo que avalia o impacto da pandemia da Covid-19 na vida de meninas e jovens mulheres em 14 países. No Brasil, o levantamento revelou um impacto significativo na saúde mental dessas jovens, com aumento expressivo nos níveis de ansiedade. Além disso, o estudo destacou as dificuldades causadas pelo afastamento do ambiente escolar, que para muitas meninas funciona como um espaço essencial de proteção e suporte. A pesquisa ouviu 7 mil garotas entre 15 e 24 anos, por meio de questionários que abordaram diversos aspectos relacionados à saúde e ao bem-estar (UOL, 2020).

Os resultados indicaram que 88% das participantes relataram níveis médios ou altos de ansiedade em decorrência da pandemia. Além disso, 62% das jovens afirmaram enfrentar dificuldades pelo impedimento de frequentar a escola ou a universidade, enquanto 58% sentiram os efeitos negativos do isolamento social, principalmente pela restrição à liberdade de sair de casa normalmente. Esse cenário evidencia os desafios adicionais que as meninas e jovens mulheres enfrentaram durante a crise sanitária, agravando vulnerabilidades já existentes e impactando diretamente sua saúde mental e social (UOL, 2020).

Um levantamento nacional realizado pela Escola Livre de Redução de Danos evidenciou o impacto negativo na saúde mental e o aumento das desigualdades sociais durante a pandemia. A instituição, que atua na defesa dos Direitos Humanos para pessoas com dependência química no estado de Pernambuco, conduziu uma pesquisa que revelou que os grupos mais afetados pela crise sanitária em termos de saúde mental e redução de renda foram pessoas negras, jovens e pessoas com identidade de gênero não cis. A pesquisa mapeou as disparidades de renda segundo raça/cor e identidade de gênero, mostrando que essas desigualdades existiam antes e se agravaram após a primeira onda da pandemia. Segundo o relatório, o impacto da diminuição da renda foi significativamente influenciado pela identidade de gênero, destacando diferenças entre pessoas cis e não cis. No total, 1.336 pessoas de todo o Brasil participaram da pesquisa, com maior concentração no Nordeste (53,6%) e Sudeste (34,7%), e 38,8% dos respondentes se identificaram como negros ou pardos (Alma preta, 2021).

O levantamento também apontou que a desigualdade de renda associada à raça/cor e identidade de gênero é um fator central para a frequência do uso de drogas durante a pandemia. Entre os participantes pretos e pardos, observou-se um aumento expressivo na vulnerabilidade social, que atingiu 38,8% dos questionários respondidos. O percentual de pessoas cis com renda mensal de até R\$ 600 subiu de 16,9% para 29,6%, enquanto para pessoas não cis essa parcela mais que dobrou, passando de 17,6% para 38,8%, evidenciando maior vulnerabilidade econômica e social para esse grupo. Esses dados reforçam a necessidade de políticas públicas que considerem a interseccionalidade entre raça, classe e gênero para enfrentar os efeitos adversos da pandemia sobre as populações mais vulneráveis (Alma preta, 2021).

No ponto de vista do psicólogo e pesquisador da Escola Livre, Rafael West, a amostra indica que as condições de saúde mental da população negra estão diretamente relacionadas à precariedade das condições de vida cotidiana e às desigualdades no acesso a empregos, entre outros fatores. Ele explica que, embora não tenha sido observado um aumento significativo no

diagnóstico formal de doenças mentais e dependências, as dificuldades de subsistência enfrentadas especialmente pela população negra, consequência de um legado histórico escravocrata, refletem-se em quadros de adoecimento mental. Desemprego, fome e crescimento da população em situação de rua são fatores que agravam essa situação. West destaca que essas desigualdades sociais antigas se tornaram mais evidentes e intensificaram os impactos da pandemia. A falta de políticas públicas efetivas e de proteção social contribui para a manutenção do adoecimento mental, especialmente entre pessoas negras que enfrentam insegurança alimentar e vulnerabilidade social (Alma preta, 2021).

Outro estudo intitulado como Juventudes, Educação e Trabalho: Impactos da Pandemia nos Nem-Nem do FGV Social, a pandemia impactou fortemente os jovens de 15 a 29 anos, elevando a taxa de “nem-nem”, aqueles que não estudam nem trabalham, de 23,66% no último trimestre de 2019 para o recorde de 29,33% no segundo trimestre de 2020, recuando para 25,52% no final do mesmo ano. Apesar da alta no desemprego juvenil, que passou de 49,37% para 56,34% durante a pandemia, houve queda na evasão escolar, que atingiu seu menor nível da série histórica: 57,95% em 2020.4 contra 62,2% em 2019.4. Esse resultado pode estar relacionado à menor cobrança escolar e à falta de oportunidades no mercado de trabalho, o que manteve mais jovens matriculados. Em contrapartida, a proporção de adolescentes de 15 a 19 anos que conciliam estudo e trabalho caiu de 17,05% em 2012 para 11,02% em 2024. O estudo defende políticas de incentivo à jornada reduzida para jovens, promovendo a conciliação entre estudo e emprego, e propõe a criação de um Índice de Inclusão Produtiva (IIP) para integrar dados de educação, ocupação e qualidade do trabalho, visando maior equidade e oportunidades futuras.

Em uma pesquisa realizada por Moreira *et al.* (2023) que avaliou a percepção de 480 alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) sobre o ensino remoto emergencial (ERE) durante a pandemia da COVID-19. Os participantes, predominantemente jovens entre 21 e 30 anos, relataram utilizar majoritariamente wi-fi residencial, sendo que os estudantes do interior do estado foram os mais prejudicados pela instabilidade da conexão. A maior parte dos alunos assistiu às aulas em seus quartos e apontou a facilidade de desconcentração como o principal obstáculo para o aprendizado remoto. Embora a maioria tenha discordado da eficácia das avaliações nesse formato, concordaram que o ensino teórico pode ser realizado com qualidade via modalidade remota. Os resultados indicaram que, apesar das dificuldades com a internet e a concentração, o suporte docente para esclarecimento de dúvidas foi considerado adequado, o que contribuiu para a efetividade do processo de ensino-aprendizagem teórico. Esses achados ressaltam a

necessidade de políticas públicas e institucionais que promovam a inclusão digital e estratégias pedagógicas mais flexíveis, visando minimizar as desigualdades no acesso e assegurar a qualidade do ensino a distância, especialmente em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica.

Em outro exemplo, uma pesquisa conduzida por Faria, Pereira-Neto e Almeida (2021) investigou os efeitos do Ensino Remoto Emergencial (ERE) na experiência acadêmica de estudantes do Instituto Federal de Alagoas (IFAL), com foco nas implicações sociais, econômicas e pedagógicas desse modelo adotado em contexto pandêmico. Participaram da pesquisa 420 alunos com idades entre 17 e 67 anos, sendo que a maioria conciliava trabalho e estudo, além de apresentar renda familiar igual ou inferior a 1,5 salário mínimo, o que evidencia um perfil socioeconômico vulnerável. Por meio da aplicação do Questionário de Adaptação ao Ensino Superior Remoto, adaptado por Ferraz et al. (2020), os pesquisadores constataram que o ERE teve impactos significativos e predominantemente negativos, especialmente para os estudantes mais jovens e aqueles com menor poder aquisitivo, que enfrentaram maiores dificuldades de adaptação.

Entre os principais efeitos observados destacam-se o aumento da desmotivação, a maior intenção de abandono dos cursos e uma redução na capacidade de adaptação às novas metodologias de ensino remoto. Além disso, o estudo evidenciou lacunas institucionais quanto ao suporte pedagógico e tecnológico oferecido, o que agravou as barreiras enfrentadas pelos alunos. Os autores ressaltam a necessidade urgente de políticas educacionais que promovam maior inclusão digital, apoio psicopedagógico e estratégias de ensino flexíveis, capazes de garantir a permanência e o sucesso acadêmico dos estudantes durante e após o período pandêmico, minimizando as desigualdades educacionais exacerbadas pela crise sanitária.

Para mais, além de todas as questões citadas até aqui, é importante também pensar a dinâmica da sociedade contemporânea sob a perspectiva do capitalismo, que molda não só as condições materiais, mas também as subjetividades. A pandemia evidenciou como a subjetividade dos jovens foi profundamente afetada, não só pelas condições externas, mas também por uma lógica de controle social e econômico que atua sobre o modo como eles sentem e pensam. Giovanni Alves (2008) explica que o capitalismo contemporâneo, especialmente por meio do toyotismo, exerce uma forma de controle que vai além do trabalho, alcançando a subjetividade, ou seja, a forma como os indivíduos se percebem e se relacionam consigo mesmos e com os outros. Segundo Alves (2008), esse modelo cria uma

“manipulação da subjetividade do trabalho vivo”, onde as pessoas são levadas a concordar com formas de exploração que moldam suas emoções, desejos e modos de agir.

Assim, a subjetividade não é algo separado da realidade social e econômica, mas é constituída nela. Alves (2008) defende que é fundamental compreender como o capital captura a subjetividade e a intersubjetividade para manter seu domínio. Isso é especialmente relevante no contexto da pandemia, em que o isolamento, as inseguranças e as pressões econômicas amplificaram essas tensões subjetivas, exigindo uma reflexão crítica sobre as condições que moldam o sofrimento e a resistência dos jovens.

Ademais, Ricardo Antunes (2021) desenvolve o conceito de “capitalismo pandêmico”, para explicar como o sistema capitalista se adapta rapidamente às condições impostas pela crise sanitária, mantendo a lógica da acumulação de capital, mas aprofundando as desigualdades e a precarização do trabalho. Segundo Antunes (2021), a pandemia não suspendeu a exploração, mas intensificou a insegurança e o desgaste físico e emocional dos trabalhadores, ampliando o sofrimento daqueles que já se encontravam em posições vulneráveis no mercado de trabalho.

Essa adaptação do capitalismo atua sobre o corpo e a mente dos trabalhadores, exigindo deles que permaneçam produtivos mesmo diante de um cenário de incertezas, isolamento e risco à saúde. A precarização do trabalho e a insegurança econômica aumentaram a pressão sobre os indivíduos, gerando um impacto significativo na saúde mental e emocional. A lógica do capitalismo pandêmico revela, assim, um controle mais amplo sobre a vida dos trabalhadores, não apenas pelo trabalho em si, mas pela gestão das suas subjetividades, emoções e formas de resistência.

Nesse contexto mais amplo, os jovens aparecem como um grupo particularmente afetado. Já inseridos em um mercado de trabalho marcado pela informalidade, pela instabilidade e pela baixa remuneração, eles tiveram suas condições agravadas pela crise. O medo da perda do emprego, a incerteza sobre o futuro profissional e a pressão para se manter produtivo, mesmo em isolamento social, ampliaram a vulnerabilidade subjetiva dos jovens. Além disso, as medidas de distanciamento social reduziram drasticamente as oportunidades de interação em escolas, universidades e outros espaços de convivência, que são essenciais para a formação da identidade na juventude. Essa ruptura, somada à pressão econômica e à exigência de produtividade típicas do chamado “capitalismo pandêmico”, intensificou o desgaste emocional vivenciado por muitos jovens.

3.2.2 O pós pandemia e a persistência do sofrimento psíquico

Embora o estado de emergência sanitária da COVID-19 tenha sido encerrado, seus efeitos continuam a reverberar de forma significativa na vida social e subjetiva da população. Longe de representar um retorno imediato à normalidade, o período pós-pandêmico tem exposto diversos desafios, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Para a juventude brasileira, os impactos da pandemia ainda são sentidos com força, exigindo atenção especial às suas vivências e necessidades no presente.

Os resultados da terceira edição da pesquisa “Juventudes e a Pandemia: E agora?” que ouviu 16.326 jovens de 15 a 29 anos em todo o Brasil, entre julho e agosto de 2022 evidenciaram a dimensão da crise de saúde mental enfrentada pelas juventudes no contexto pós-pandêmico. Segundo o levantamento, 63% dos jovens relataram ter vivenciado crises de ansiedade nos seis meses anteriores à pesquisa, enquanto metade afirmou sentir cansaço e exaustão frequentes, sintomas que expressam o peso emocional acumulado durante os anos de pandemia. Além disso, 18% declararam estar em situação de depressão, e 9% relataram episódios de automutilação ou pensamentos suicidas, revelando um cenário de sofrimento psíquico intenso e persistente (Nações Unidas no Brasil, 2022).

A pesquisa também mostrou que 47% dos entrevistados expressaram o desejo de ter acesso a acompanhamento psicológico gratuito pelo SUS, o que aponta para a carência de serviços públicos voltados à saúde mental dessa população. Mesmo com o avanço da vacinação, 82% dos jovens ainda não consideram que a pandemia tenha acabado, e quase metade continua com medo de perder familiares ou amigos para a COVID-19 (Nações Unidas no Brasil, 2022).

Além dos impactos na saúde mental, o estudo revelou que a pandemia trouxe mudanças duradouras nos hábitos relacionados à prevenção e cuidado com a saúde: mais de 60% dos jovens pretendem continuar utilizando máscaras quando estiverem doentes, e cerca de 70% afirmam que manterão o uso frequente de álcool em gel ou a lavagem constante das mãos. A preocupação com a alimentação segura para os mais vulneráveis também foi destacada, indicando uma maior atenção a questões sociais e de saúde pública. No âmbito educacional, 55% dos jovens sentem que ficaram atrasados nos estudos devido à pandemia, e um número significativo já cogitou abandonar a escola, embora a maioria tenha intenção de continuar seus estudos. Durante o período pandêmico, a interrupção das atividades escolares chegou a 28% em 2020, mas foi diminuindo nos anos seguintes. A adoção de tecnologias para

o aprendizado se consolidou, com quase sete em cada dez jovens utilizando recursos digitais para complementar o ensino (Nações Unidas no Brasil, 2022).

No que diz respeito à participação política e social, nove em cada dez jovens afirmam defender a democracia, e oito em cada dez acreditam que a pandemia despertou maior interesse pela política. Apesar disso, há um pessimismo generalizado em relação ao comprometimento dos políticos com a sociedade, refletido no fato de que apenas 4% dos jovens se interessam por carreira política. Quanto ao futuro do trabalho, os jovens demonstram otimismo diante das oportunidades de qualificação profissional e novas formas de emprego, valorizando iniciativas como cursos de capacitação e editais para projetos voltados à juventude (Nações Unidas no Brasil, 2022).

Outrossim, segundo o relatório anual Estado Mental do Mundo de 2023, produzido pela organização internacional Sapient Labs, os jovens são o grupo mais afetado pelos impactos da crise de saúde mental desencadeada pela pandemia de COVID-19. No Brasil, o levantamento mostrou que pessoas entre 18 e 24 anos apresentam cerca de 39% mais queixas relacionadas à saúde mental do que aquelas com idades entre 55 e 64 anos (Agência Brasil, 2023).

Esta pesquisa analisou 407.959 respostas coletadas online em diversos países e idiomas. Os resultados indicam que, além da persistência dos efeitos da pandemia, houve um enfraquecimento significativo dos vínculos familiares e sociais, o que tem repercutido diretamente no bem-estar emocional das populações. Na América Latina e no Caribe, mais da metade dos jovens de 18 a 24 anos apresentaram indicadores negativos no índice de saúde mental utilizado, ao passo que entre os adultos mais velhos, esse percentual ficou abaixo de 15%. (Agência Brasil, 2023).

No ano de 2024, o senador Paulo Paim fez um pronunciamento no Senado Federal, alertou para uma “crise de saúde mental entre os jovens”, dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), apontam uma tendência alarmante no Brasil entre os anos de 2013 e 2023: os casos de transtornos de ansiedade entre crianças e adolescentes superaram os índices observados na população adulta. Em 2023, a taxa de atendimentos por ansiedade entre jovens de 10 a 14 anos chegou a 125,8 a cada 100 mil habitantes, enquanto entre adolescentes esse número subiu para 157 por 100 mil, superando a taxa de 112 registrada entre adultos com mais de 20 anos (Agência Senado, 2024).

Esses dados, podem crer, parecem simples números, mas são alarmantes e requerem ação imediata. O Brasil precisa, urgentemente, acelerar políticas públicas que

abordem essa crise silenciosa, mas que leva à morte nossas crianças e jovens. Fica aqui a nossa preocupação e um apelo por medidas que possam reverter essa trágica tendência (Paim, 2024).

Para mais, além do sofrimento emocional que muitos jovens continuam enfrentando, a pandemia também afetou a forma como eles se relacionam com outras pessoas. Segundo a professora Solange Tardivo, do Instituto de Psicologia da USP, o isolamento social dificultou o desenvolvimento das habilidades de convivência e fez com que muitos jovens tivessem mais dificuldade para lidar com frustrações. A ausência do convívio nas escolas, em espaços culturais e comunitários, somada ao uso excessivo das redes sociais, contribuiu para o distanciamento afetivo e o sentimento de solidão. Muitos jovens, ao voltarem para a vida social, passaram a se sentir inseguros, com baixa autoestima e dificuldade de retomar atividades simples do dia a dia. Isso mostra que a saúde mental também depende das relações sociais e do fortalecimento dos vínculos afetivos. Por isso, é essencial que existam ações de prevenção, acolhimento e cuidado, principalmente nas escolas e nos serviços públicos de saúde. Iniciativas como campanhas educativas, apoio psicológico acessível e espaços de escuta são fundamentais para a promoção da saúde mental dos jovens no pós-pandemia (Jornal da USP, 2023).

O Estado brasileiro, por meio do SUS e em articulação com outras políticas públicas, está tentando responder à crise da saúde mental com ações como ampliar o acesso a serviços especializados, integrar a atenção à saúde mental na atenção primária, fortalecer ações nas escolas, reduzir os estigmas ligados a saúde mental e promover a conscientização da população. Mas ainda assim, especialistas e parlamentares, como o já citado Paulo Paim, alertam que o cenário demanda mais investimentos, atenção e rapidez na implementação dessas ações.

3.3 A atuação do SUS e os desafios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas demandas de saúde mental dos jovens

Desde a Lei nº10.216/01 que a RAPS se configura como espinha dorsal da política de saúde mental no Brasil, articulando-se diretamente com o SUS. Para os jovens, o ponto prioritário de entrada da RAPS costuma ser a Atenção Primária, por meio de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou da Estratégia Saúde da Família (ESF), com acolhimento inicial, psicoemocional e encaminhamentos para unidades com níveis especializados em situações de sofrimento. A partir dessa trajetória tem-se os CAPSi (CAPS infanto-juvenil), cujo papel na

RAPS é interessado e voltado a crianças e adolescentes, com cuidados intensivos, comunitários e territorializados nos seus dispositivos. Nessas unidades são desenvolvidos os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que articulam o acompanhamento clínico; as oficinas terapêuticas; grupos familiares; visitas domiciliares e ações intersetoriais, tendo em vista a reabilitação psicossocial e a inclusão social do jovem. Em Minas Gerais, por exemplo, dentre os 392 CAPS, existem cerca de 60 CAPSi, voltados especificamente aos jovens em sofrimento psíquico grave ocasionado por situações como violência familiar, bullying ou outros transtornos.

Como estratégia nacional, a regionalização da RAPS visou ampliar o acesso e qualificar os serviços em todas as regiões e níveis de atenção. De acordo com alguns estudos, de 2001 até a década de 2010 a rede teve uma expansão muito significativa, porém ainda enfrenta certos vazios com a distribuição desigual desses pontos de atenção, sobretudo em regiões mais desenvolvidas municípios de Nordeste Norte e regiões, com presença de populações tradicionais, enfrentam uma cobertura muito limitada dessa rede, o que acaba gravando os indicadores de sofrimento psíquicos juvenil. A complexidade desse cuidado envolve certos desafios, como a demanda elevada por atendimento psicossocial diante do aumento de quadros de ansiedade, depressão, automutilação e até mesmo suicídio entre a “geração z”¹, que atualmente apresenta menor resiliência emocional, muitas dificuldades das relações (principalmente nas redes sociais) e certo imediatismo. A insuficiência do acesso à essa rede, a morosidade para o diagnóstico e encaminhamento e sobrecarga da RAPS agravam esses quadros. Nesse contexto, os CAPS de todas as modalidades, especialmente os CAPSi, emergem como espaços estratégicos, visando uma intervenção multiprofissional e a continuidade desse cuidado. A Portaria GM/MS nº 3.088/2011 consolidada na Portaria de Consolidação nº 3/2017 formalizou a RAPS como a política pública nacional, determinando a criação e articulação de serviços integrados ao SUS.

Contudo, a efetividade desses dispositivos é comprometida por desafios estruturais, principalmente o subfinanciamento e a escassez de profissionais qualificados, o que resulta em demandas excessivas, tempo de espera demasiado e atendimento limitado. De acordo com dados atualizados (CNN, 2025) o governo brasileiro apresentou cortes orçamentários em diversas esferas, exceto o Ministério da Educação, desde o começo de 2025 que apenas 60% do orçamento estava previsto para ser liberado até novembro como uma estratégia para quitar dívidas obrigatórias, o Ministério da Saúde sofreu um corte de R\$ 5,9 bilhões (2,5% do

¹ diz respeito aos nascidos entre 1995 e 2010, considerando assim uma geração letrada no mundo digital e mais imediatista.

orçamento total da pasta), ocupando a 3º posição no ranking de maiores contingenciamentos (G1, 2025), além de outros Ministérios que passaram a encerrar programas de forma emergencial devido o congelamento de 25% do arcabouço.

Em particular, essa distribuição desigual de serviços reproduz os determinantes sociais da saúde: jovens em contexto de violência; pobreza; exclusão ou pertencentes à populações tradicionais enfrentam barreiras organizacionais, geográficas e informacionais para acessar a rede, agravando sua vulnerabilidade. Muitas unidades funcionam acima de sua capacidade com uma infraestrutura precária e demanda crescente, prejudicando assim a qualidade do cuidado, dificultando a implementação de oficinas terapêuticas e reduzindo a capacidade de acolhimento individualizado no CAPSi, a falta de capacitação contínua para os profissionais dessa rede compromete o reconhecimento de sinais precoces nos jovens e a adesão ao tratamento. A falta de recursos se estende à precariedade da infraestrutura desses serviços e à contratação insuficiente de profissionais qualificados, o que limita a capacidade de atendimento continuado e efetivo. No atendimento juvenil, todos esses fatores prejudicam a escuta qualificada e os processos de acolhimento necessários para uma intervenção eficaz.

Ademais, ainda que a normatização do SUS tenha previsto a regionalização da RAPS, esse processo na prática lida com fragilidades que resultam em desigualdades regionais, todos os agravantes já citados ganham uma nova limitação devido à cobertura reduzida de serviços nas regiões mais vulneráveis. Esse déficit estrutural impacta, principalmente, o acesso dos jovens à saúde mental, tendo em vista todas as dificuldades, os territórios com menos serviços consequentemente vão apresentar mais barreiras.

Entretanto, não é apenas na RAPS que existem dificuldades e limitações, a própria porta de entrada para essa rede, Atenção Primária de Saúde, carece de preparo técnico e institucional para lidar com demandas infantojuvenis de saúde mental. Encontra-se desconhecimento sobre protocolos específicos por parte dos profissionais, quadros complexos e dificuldades na articulação com as redes especializadas, além da rotatividade alta dos profissionais na APS, especialmente nos municípios menores e com mais precariedade estrutural, que compromete a continuidade do vínculo e fragiliza ações de prevenção, promoção e cuidado. No nível intermediário entre a APS e o CAPS tem os ambulatorios especializados em saúde mental. Embora não previstos inicialmente, esses dispositivos foram incorporados como componente da RAPS em portarias posteriores (a partir de 2017). No Recife, por exemplo, eles funcionam como um polo que dialoga com a atenção primária e o CAPS, atendendo casos com autonomia moderada que exigem escuta terapêutica e acompanhamento continuado. Esses ambulatorios são importantes para pacientes entre a

prevenção e a crise, porque eles oferecem espaço contínuo de psicoterapia e cuidado muito disciplinar, porém costumam operar com recursos limitados e demandas espontâneas.

Outro grande desafio é o estigma associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias, que permanece fortemente presente na comunidade e no próprio sistema de saúde. Profissionais, famílias e usuários frequentemente adotam estereótipos que dificultam o acesso ao tratamento e a integração social, uma barreira ainda mais perigosa para adolescentes e jovens vulneráveis. Os usuários relatam que o tratamento é caracterizado pela moralidade, pelo controle e pela invisibilidade de suas narrativas, especialmente quando vêm de comunidades religiosas ou contextos sociais marginalizados.

Outrossim, o crescimento de comunidades terapêuticas financiadas pelo governo, que frequentemente operam com uma lógica moral e paradigmática, representa um declínio nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Esse modelo, que apoia a hospitalização voluntária ou involuntária sem orientação técnica adequada, agrava as violações de direitos e reduz os investimentos voltados para o cuidado comunitário oferecido na RAPS.

Além dos desafios operacionais, é importante reconhecer que a RAPS e o SUS também enfrentam barreiras na regulação e gestão da rede. Burocracia, falta de integração intermunicipal e implementação frágil dos processos de referência e contrarreferência frequentemente dificultam a articulação entre APS, CAPS, municípios e estados. Isso coloca em risco o cuidado de longa duração e a integralidade do atendimento.

Em resumo, embora o SUS e a RAPS tenham um forte arcabouço regulatório e serviços potencialmente transformadores, existem desafios sistêmicos para sua implementação efetiva na atenção à saúde mental dos jovens. Falta de financiamento, disparidades regionais, formação técnica limitada, estigma persistente, coordenação intersetorial fraca e regularização da rede criam uma rede de barreiras que exigem intervenções estratégicas, integradas e democráticas para alcançar equidade e eficácia no atendimento à população jovem. A atuação do SUS por meio da rede de atenção psicossocial, apresenta uma estrutura sólida e princípios alinhados à reforma psiquiátrica, com um papel fundamental no cuidado psicossocial juvenil. Entretanto, os limites orçamentários, a sobrecarga dos serviços comunitários e a escassez de pessoas experientes são obstáculos persistentes.

3.4 Caminhos para o fortalecimento da saúde mental dos jovens

Para enfrentar os desafios identificados e apresentados, é imperativo avançar com propostas concretas e investimentos estratégicos que aprimorem o RAPS e garantam acessibilidade, qualidade e equidade na atenção à saúde mental para jovens.

Um foco central é o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de capacitações voltadas para a detecção precoce e o apoio qualificado aos jovens. A capacitação em Primeiros Socorros em Saúde Mental, reconhecida por aprimorar o conhecimento, reduzir o estigma e aumentar o comportamento pró-ajuda entre adolescentes, tem se mostrado eficaz como estratégia preventiva e de empoderamento comunitário. Além disso, a oferta de capacitação contínua para agentes comunitários, enfermeiros e dentistas, com foco na saúde mental infantojuvenil, poderia fortalecer os laços territoriais e promover encaminhamentos mais rápidos e adequados.

Outra prioridade é a expansão e qualificação dos CAPS, CAPSi e ambulatórios especializados para a população jovem. Os CAPS e CAPSi devem operar com equipes multidisciplinares estáveis, infraestrutura adequada e oferecer programas como oficinas terapêuticas, grupos de familiares e residências terapêuticas de curta duração. A incorporação sistemática do Projeto Terapêutico Singular (PTS) poderia garantir um cuidado centrado na pessoa, integrando conhecimentos clínicos, sociais e comunitários ao plano de cuidado. Isso representa uma ruptura com práticas biomédicas e autoritárias e estabelece uma lógica de co-responsabilidade do indivíduo em seu processo de reabilitação.

Em termos de recursos humanos, políticas de desenvolvimento profissional são essenciais. Além do investimento em programas de residência multidisciplinar, a colaboração com universidades e institutos como a Escola de Saúde do CEJAM, com foco político, cultural e técnico, forma profissionais sensíveis às complexidades da juventude e aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, a articulação intersetorial precisa ser fortalecida. O estabelecimento de protocolos entre Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Educação, Unidades de Assistência Social, Conselhos Tutelares e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) é essencial para promover o desenvolvimento de redes de proteção e oportunizar intervenções precoces no território. Essa articulação fomenta a responsabilidade compartilhada, reduz a fragmentação e fortalece os laços comunitários, essenciais para a proteção dos jovens mais vulneráveis.

Além disso, os serviços enfrentam o surgimento de novos fatores de risco, como o uso problemático de mídias digitais e o cyberbullying, que têm demonstrado forte correlação com depressão e ansiedade em adolescentes. Dessa forma, a RAPS pode desenvolver protocolos de cuidado e prevenção contra o vício digital, como o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental para o controle gradual do tempo online e a reestruturação cognitiva em resposta ao uso passivo de mídias sociais. Abordagens inovadoras, como o método FRIENDS para promoção da resiliência e prevenção da ansiedade, já adotado por escolas de diversos países e reconhecido pela OMS, podem ser integradas ao SUS como um programa de intervenção escolar e comunitária. O crescimento das comunidades terapêuticas, que têm recebido crescente financiamento público, inclusive com orçamento superior ao dos CAPS, apesar de operarem fora dos princípios da RAPS (como internação compulsória e conotações religiosas), deve ser monitorado. Redirecionar o financiamento público para o fortalecimento de instituições comunitárias e de acolhimento, como CAPS, UAs e SRT, é importante para garantir o cuidado em liberdade e evitar o retorno à lógica manicomial.

Conforme definido, a colaboração intersetorial pressupõe a coordenação entre setores como saúde, educação, assistência social e cultura para abordar os determinantes sociais do adoecimento e promover inclusão e equidade. Estudos brasileiros demonstram que colaborações locais concretas, como as desenvolvidas em Teresina, Piauí, fortalecem a responsabilidade compartilhada entre o RAPS e a rede socioassistencial no cuidado coletivo.

Um exemplo prático de colaboração intersetorial bem-sucedida ocorre na Zona Oeste do Rio de Janeiro, onde um Coletivo Intersetorial reuniu CAPS, CRAS, CREAS, ONGs e serviços de saúde mental em uma rede integrada. Entre 2021 e 2024, foram realizados fóruns participativos envolvendo usuários, trabalhadores e comunidade, possibilitando a identificação de necessidades como insegurança alimentar, violência e exclusão, com ações articuladas entre saúde, assistência social e cultura para promover o cuidado integral aos jovens.

No entanto, mesmo onde os serviços de RAPS estão presentes, a integração intersetorial permanece frágil. Pesquisas sobre a relação entre Centros Pop e CAPS revelam que, embora haja reconhecimento e confiança nesses serviços, faltam fluxos consistentes com os serviços de urgência/emergência e apoio intersetorial regular, evidenciando lacunas na responsabilidade compartilhada da rede.

Em termos de iniciativas voltadas para o fortalecimento coletivo dos jovens, o projeto Rede de Adolescentes e Jovens Promotores de Saúde (RAP da Saúde), implementado no Rio de Janeiro, representou uma experiência inovadora na articulação entre Sistema Único de

Saúde (SUS), educação e juventude. Jovens de 14 a 24 anos realizaram atividades de promoção da saúde em áreas vulneráveis, aliando cultura, saúde preventiva e educação. O projeto, no entanto, foi descontinuado em 2019 em meio a cortes orçamentários na atenção básica municipal — o que expôs a existência de uma fragilidade institucional da colaboração intersetorial quando o financiamento estável não é garantido.

Tais experiências servem, de forma concreta, para demonstração da importância de uma juventude imersa nas políticas sociais, em diálogos visando cultura e saúde, mas também de estar presente em espaços intersetoriais, como usuária, ouvinte ou representante de reivindicações que favoreçam o acesso de todos os jovens. Potencializar essa participação é uma estratégia promissora para garantir que projetos e serviços da atenção psicossocial sejam reivindicados devidamente pelas pessoas cujas quais esses programas tenham sido pensados e criados.

Além disso, iniciativas socioculturais como as promovidas pelo AfroReggae e pelo Movimento Hip Hop Organizado (MH2O) atuam como uma ponte entre a cultura comunitária e a saúde mental. O AfroReggae, por exemplo, tem desenvolvido projetos de mediação entre jovens de bairros periféricos e agentes de segurança pública por meio de arte urbana, debates e oficinas, promovendo a prevenção da violência, do estigma e da exclusão social. Essas iniciativas funcionam como redes de apoio emocional e cultural, complementando o trabalho do RAPS e aprimorando a experiência de escuta de jovens vulneráveis.

O fortalecimento dos caminhos para a saúde mental juvenil no Brasil requer a integração de estratégias clínicas, comunitárias e formativas com as políticas de organização territorial. É essencial que o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Saúde (RAPS) se comprometam com a equidade, a participação e a escuta emocional dos jovens, deslocando o cuidado de um foco biomédico para uma abordagem coletiva, emancipatória e cívica. Consolidar esse horizonte requer financiamento consistente, coordenação intersetorial robusta, protagonismo juvenil e o reconhecimento da saúde mental como dimensão central das políticas públicas de juventude e educação no Brasil. O enfrentamento desses desafios exige a circulação entre gestão, formação profissional e expansão da rede e políticas intersetoriais, que superem as desigualdades regionais e promovam o acesso equitativo ao cuidado em saúde mental para os jovens.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho apresenta uma análise crítica a partir de uma articulação entre o desenvolvimento histórico da atenção psicossocial no Brasil e os impactos da pandemia na saúde mental dos jovens, explicitando os desafios atuais enfrentados pelo SUS. Essa trajetória é traçada no capítulo inicial, mostrando marcos importantes como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a luta antimanicomial durante a Reforma Psiquiátrica e a portaria e as leis que serviram de base para institucionalizar a RAPS e estabelecer um modelo de saúde mental voltado à dignidade e cidadania da população. Entendendo a necessidade de passar esse modelo na atuação do SUS durante a pandemia, foi apresentado as ações tomadas, os obstáculos enfrentados diante de diversas situações ocorrendo ao mesmo tempo. A partir desse cenário, tem-se dados do agravamento na saúde mental de adolescentes e jovens, com indicadores recentes afirmando taxas de atendimento infantojuvenil ultrapassando a de adultos, retomando os questionamentos que deram início ao presente trabalho da necessidade de analisar os efeitos do modelo atual de atenção psicossocial nos jovens e a importância de tratar deste assunto visando um planejamento que favoreça essa faixa etária ao acesso à saúde mental.

Diante disso, urge a necessidade de um fortalecimento e expansão da RAPS, investimento para criação e manutenção dos CAPS, maior capacitação profissional e melhoria na articulação com outros setores que lidam com a mesma população; Promoção de políticas que facilitem o acesso dos jovens ao atendimento, intervenção nos programas regionais para uma melhor territorialização da saúde mental, para um atendimento mais eficaz; Iniciativas de protagonismo juvenil nas ações e lugares importantes de decisão, fomentar programas e projetos culturais e digitais que tratam da saúde mental para jovens e adolescentes, campanhas educativas visando combater os estigmas presentes sobre esses temas. A partir desse tipo de ação, garantir o acesso e promover um cuidado mais assertivo e humanizado para essa população.

Ademais, essa análise não pode ser dissociada de uma crítica ao contexto socioeconômico mais amplo, marcado pelo capitalismo neoliberal, que impõe uma lógica de mercado e austeridade aos serviços públicos, fragilizando a rede de proteção social. A priorização da eficiência econômica e o corte de investimentos públicos, típicos desse modelo, contribuem para a precarização dos serviços de saúde mental, limitando o acesso e a qualidade do atendimento, especialmente para populações vulnerabilizadas. Essa lógica, ao focar no lucro e na individualização das responsabilidades, agrava fatores sociais como a

desigualdade social, a insegurança e a exclusão social, que por sua vez desencadeiam os transtornos mentais. Portanto, superar a crise da saúde mental juvenil passa também pela necessidade de questionar e transformar as estruturas econômicas e políticas que perpetuam essas condições, para reafirmar o papel do Estado na garantia dos direitos.

Em suma, este trabalho demonstra que, embora existam instrumentos legais e históricos de proteção, a saúde mental juvenil demanda uma resposta renovada: que una redes sólidas, governança transformadora e escuta ativa de territórios e sujeitos. O SUS, com sua estrutura normativa democrática, tem o potencial de transformar essa crise em oportunidade, garantindo que a atenção à saúde mental juvenil deixe de ser exceção e se torne o eixo central de uma política pública verdadeiramente inclusiva.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Jovens são mais afetados pelos efeitos da pandemia.** Agência Brasil, 23 mar. 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-03/jovens-sao-mais-afetados-pelos-efeitos-da-pandemia>. Acesso em: 06 jun 2025.

AGÊNCIA BRASIL. **Pfizer: pesquisa revela impacto da pandemia na saúde mental de jovens.** Agência Brasil, São Paulo, 1 set. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-09/pfizer-pesquisa-revela-impacto-da-pandemia-na-saude-mental-de-jovens>. Acesso em: 11 ago. 2025.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2013.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

Amarante, Paulo; Nunes, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** Ciência & Saúde Coletiva [Internet], jun. 2018, v. 23, n. 6, p. 2067–2074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 01 jul 2025.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARATA, Rita. **Como e por que as desigualdades fazem mal à saúde .** Fiocruz, 2009.

Basaglia, Franco. **A Psiquiatria Alternativa – Conferências no Brasil.** São Paulo: Editora Brasil Debates, 1979.

BRASIL. **Lei no 8.080/90.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Manifesto de Bauru.** 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: ago 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002** . Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 13 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 13 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 06 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 14 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 14 jun 2025.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A.P.(Org.). Política social e democracia 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, Maria Inês. Políticas de Saúde no Brasil. In : MOTA, Ana Elisabete (et.al.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo:Cortez, 2006. p. 1-24.

CARVALHO, Cristiano Costa de; REIS, Leonardo David Rosa. **Juventudes, tempo e questão social: transição para a vida adulta e questões para as políticas sociais**. In: XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2023, Rio de Janeiro. Eixo temático: Classes sociais, geração e Serviço Social. Sub-eixo: Juventude. Vol, 2022 Anais do XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2023.

COSTA, Greyce Helen Siqueira. **Saúde mental e direitos humanos: a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial no contexto brasileiro**. 2024. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Departamento de Ciências Jurídicas - Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2024.

CRUZ, R. M. et al. **Impactos da COVID-19 no trabalho e saúde mental dos trabalhadores**. Research, Society and Development, v. 9, n. 9, 2020.

DELGADO, Pedro. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462019000200200&script=sci_arttext. Acesso em: 03 jul 2025.

DESINSTITUTE. **Desinstitucionalização: da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado**. Brasília:[s.n.], 2023.

Escola CEJAM. Disponível em: <<https://escola.cejam.org.br/>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

FARIA, Ana Amália Gomes de Barros Torres; PEREIRA-NETO, Lauro Lopes; ALMEIDA, Leandro Silva. **Efeitos da aprendizagem remota em estudantes do ensino superior**. Revista Educação em Debate, Fortaleza, Ano 43, n. 86, p. 136-150, set./dez. 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Entenda como a pandemia impactou a educação no Brasil**. Fundação Abrinq, São Paulo, 26 out. 2021. Disponível em: <https://www.fadc.org.br/noticias/entenda-como-a-pandemia-impactou-a-educacao-no-brasil>. Acesso em: 06 ago. 2025

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Linha do tempo. **Crise da DINSAM - Criação do MTSM. 2024.** Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/1>. Acesso em: ago 2025.

Governo publica decreto que bloqueia R\$ 31,3 bilhões do Orçamento; confira valores por órgão. Disponível em: https://g1.globo.com/v/s/g1.globo.com/google/amp/economia/noticia/2025/05/30/governo-decreto-bloqueio-orcamento.ghml?amp_gsa=1&_js_v=a9&usqp=mq331AQIUAKwASC AAgM%3D. Acesso em: 4 ago. 2025.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** Ciência & saúde coletiva, v. 14, n. 1, p. 297–305, 2009.

Jornal da USP. **Aumento de casos de ansiedade entre jovens abre espaço para desafios e iniciativas de prevenção.** Jornal da USP, 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/aumento-de-casos-de-ansiedade-entre-jovens-abre-espaco-par-a-desafios-e-iniciativas-de-prevencao/>. Acesso em: 07 jun 2025.

Kantorski, L. P . et al. **Política de saúde mental brasileira:** uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia / Brazilian mental health policy: an analysis based on Franco Basaglia thought. Journal of Nursing and Health, v. 11, n. 2, 9 jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/jonah.v11i2.20766>. Acesso em: ago 2025.

LACERDA, Victor. **Jovens negros e não cis são os mais impactados sobre uso de substâncias durante isolamento social, revela pesquisa.** Alma Preta Jornalismo, São Paulo, 22 abr. 2021. Disponível em: <https://almapreta.com.br/sessao/cotidiano/jovens-negros-e-nao-cis-sao-os-mais-impactados-sobre-uso-de-substancias-durante-isolamento-social-revela-pesquisa/>. Acesso em: 07 ago. 2025.

LEVANDOVSKI, Cristina Vieira. **O trabalho da(o) assistente social nos centros de atenção psicossocial: uma análise a partir da experiência em uma Oficina Terapêutica de Escrita. 2020.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/226000>. Acesso em: 11 jul. 2025.

Mangueira, L. F. B.; Negreiros, R. A. M.; Diniz, M. de F. F. M.; de Sousa, J. K. **Saúde mental das crianças e adolescentes em tempos de pandemia: uma revisão narrativa.** Revista

Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 11, p. 4919, 27 nov. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4919>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SAES; DESMAD. **Saúde Mental em Dados**. 13ª edição, Brasília, 2024.

MOREIRA, et al. **Financiamento das Comunidades Terapêuticas e a Política de Assistência Social na cidade do Rio de Janeiro**. ABEPSS. dez. 2022.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **COVID-19: crises de ansiedade afetaram 63% dos jovens no último semestre**. Nações Unidas no Brasil, 28 set. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/201139-covid-19-crisis-de-ansiedade-afetaram-63-dos-jovens-no-%C3%BAltimo-semester>. Acesso em: 04 ago. 2025

NOBERTO, C. **Governo detalha cortes em ministérios; veja qual foi mais impactado**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/macroeconomia/governo-detalha-cortes-em-ministerios-veja-qual-foi-mais-impactado/>. Acesso em: 05 ago. 2025.

O grupo de trabalho intersetorial municipal como disparador de políticas intersetoriais para o Programa Saúde na Escola. Disponível em: <https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/o-grupo-de-trabalho-intersectorial-municipal-gtim-como-disparador-de-politicas-intersectoriais-para-o-programa-saude-na-escola/>. Acesso em: 26 jul. 2025.

ONU Brasil. **Covid-19: crises de ansiedade afetaram 63% dos jovens no último semestre**. Brasil.un.org, 2023. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/201139-covid-19-crisis-de-ansiedade-afetaram-63-dos-jovens-no-%C3%BAltimo-semester>. Acesso em: 06 jun 2025.

OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006, p. 1-20. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa COVID-19-Escritório da OPAS e da JOMS no Brasil**. Brasil, 2021b. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/covid19>

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas.** Ciência e Saúde Coletiva , v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n12/4579-4589/pt/>. Acesso em: jul 2025.

PORTOCARRERO, Vera. **A invenção do manicômio: cotidiano e práticas em Barbacena.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1991.

RAP da Saúde. Disponível em: <<https://saude.prefeitura.rio/rap-da-saude/>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. . [s.l: s.n.]. Brasília, 2005.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental no Brasil.** São Paulo: Arte e Ciência-Coleção Universidade Aberta, 1999.

SANDER, Cristiane; CAMARGO, Felipe Garcia. **Juventudes e direitos: uma perspectiva pedagógica e dialógica para a formação cidadã.** In: XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2022, Rio de Janeiro-RJ. Eixo temático: Classes sociais, geração e Serviço Social. Sub-eixo: Juventude.

Senado Federal. **Paim alerta para crise de saúde mental entre jovens.** Senado Notícias, 19 ago. 2024. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/08/19/paim-alerta-para-crise-de-saude-mental-entre-jovens>. Acesso em: 06 jun 2025.

Serviços da rede de apoio à saúde mental são ampliados em Minas Gerais. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/minas-gerais/2024/setembro/servicos-da-rede-de-apoio-a-saude-mental-sao-ampliados-em-minas-gerais>>. Acesso em: 20 jul. 2025

Silva, E. R. S.; Monteiro, G. B. de S.; Nascimento, H. A.; Marques, N. da S. **O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos jovens brasileiros: desafios e perspectivas.** Revista FT, Rio de Janeiro, v. 29, edição 145/ABR, 2025. Disponível em:

<https://revistaft.com.br/o-impacto-da-pandemia-da-covid-19-na-saude-mental-dos-jovens-brasileiros-desafios-e-perspectivas/> Acesso em: 13 ago 2025.

Souza, William Azevedo; Mexko, Sara; Benelli, Silvio José. **Política de Assistência Social e Processo de Estratégia de Hegemonia no Brasil**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 42, e232592, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003232592>. Acesso em: 22 jul 2025.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. Historia, ciencias, saude--Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002.

UNICEF BRASIL. **Impacto da covid-19 na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é significativo, mas somente a ‘ponta do iceberg’**. 4 out. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-criancas-adolescentes-e-jovens>. Acesso em: 01 jul.2025.

UOL NOTÍCIAS. **Brasil é um dos países onde a pandemia mais afetou saúde psicológica de meninas e jovens mulheres, diz ONG**. UOL Notícias, São Paulo, 22 set. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/rfi/2020/09/22/brasil-e-um-dos-paises-onde-a-pandemia-mais-afetou-saude-psicologica-de-meninas-e-jovens-mulheres-diz-ong.htm>. Acesso em: 07 ago. 2025.

VAL, Carlos Felipe Batalha; FRAGA, Alex Andrei de Oliveira; SILVEIRA, Bárbara Batista. **Impacto do isolamento social durante a pandemia de COVID-19 na saúde mental da população: uma revisão integrativa da literatura**. Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades, Vassouras, v. 12, n. 3, p. 30-40, set./dez. 2021. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2819>. Acesso em: 02 jul. 2025.

WÜNSCH, C. G.; HINNAH BORGES MARTINS DE FREITAS, B.; DE ALMEIDA RÉZIO, L.; MUNHOZ GAÍVA, M. A.; PRADO KANTORSKI, L. **O cuidado ao jovem em sofrimento mental na pandemia covid-19: uma reflexão teórica**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 20, 9 dez. 2021.