PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Joyce Mesquita Nogueira

Políticas de saúde mental no currículo educacional brasileiro: um estudo das legislações vigentes

SÃO PAULO

2024

Joyce Mesquita Nogueira

Políticas de saúde mental no currículo educacional brasileiro: um estudo das legislações vigentes

Trabalho Final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de DOUTORA em **Educação: Currículo**, sob orientação do Prof. Dr. **Alípio Márcio Dias Casali**.

SÃO PAULO
2024

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

Nogueira, Joyce Mesquita
Políticas de saúde mental no currículo educacional brasileiro: um estudo das legislações vigentes. / Joyce Mesquita Nogueira. -- São Paulo: [s.n.], 2024.
162p. il. ; 21 x 29,7 cm cm.

Orientador: Alípio Márcio Dias Casali.
Tese (Doutorado)-- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Currículo.

1. Currículo. 2. Saúde mental escolar. 3. Políticas. 4. Legislações. I. Casali, Alípio Márcio Dias. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós Graduados em Educação: Currículo. III. Título.

CDD

Joyce Mesquita Nogueira

Políticas de saúde mental no currículo educacional brasileiro: um estudo das legislações vigentes

Trabalho Final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de DOUTORA em Educação: Currículo.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora

_____

Dr. Alípio Márcio Dias Casali – PUC-SP

_____

Dra. Helga Porto Miranda – UNEB

_____

Dra. Juliana Dias Barbosa Maia – UESPI

_____

Dra. Mariana Vilella – FGV- SP

_____

Dra. Nadia Dumara Ruiz Silveira – PUC-SP

Aos meus pais por mostrarem o caminho
e ao meu filho Ulisses,
para que saiba que a
educação é o caminho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

AGRADECIMENTOS

Obrigada, Deus, pelo bom pensamento que me foi inspirado.

Aos meus pais, Jackson e Ana Célia, pelo amor incondicional, por acreditarem no meu potencial, quando nem eu acreditei, e por todo suporte necessário para concluir esta jornada.

Ao meu filho amado, Ulisses, por ser o motivo da minha persistência e da minha alegria. O seu amor me fortalece.

Ao meu orientador, Drº Alípio Casali, pela partilha genuína, disponibilidade, sensibilidade, compreensão e paciência. É meu exemplo de como lidar com o outro.

À professora Drª Nadia Dumara por aceitar o convite para participar da banca examinadora, partilhar seus ensinamentos e sua doçura, e novamente estar comigo em um momento tão importante da minha vida.

À professora Drª Juliana Maia, pela parceria, pela confiança e por toda a trajetória que construímos juntas. E agora mais uma conquista para levarmos para a vida.

À professora Drª Helga Porto, que gentilmente aceitou contribuir com seu conhecimento à esta pesquisa e enriquecer ainda mais essa jornada. Obrigada por sempre ser tão generosa.

À Draª Mariana Villela, por aceitar o convite de colaborar com este trabalho. Sua participação é de extrema importância para complementação e aprofundamento da pesquisa.

Aos familiares e amigos pelas palavras de encorajamento e por acreditarem que este sonho seria possível.

A todos minha eterna gratidão!

NOGUEIRA, Joyce Mesquita. **Políticas de Saúde Mental no Currículo Educacional Brasileiro:** Um Estudo das Legislações Vigentes. 2024. 163 f. Tese (Doutorado em Educação: Currículo) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2024.

RESUMO

A saúde mental constitui temática relevante para o contexto educacional brasileiro. A inclusão desta ao currículo escolar foi fundamental para o desenvolvimento integral dos estudantes e para a promoção do bem-estar socioemocional. Nesse sentido, nesta tese buscou-se analisar as políticas de saúde mental direcionadas ao contexto educacional e curricular brasileiro, em relação às legislações existentes. Os objetivos específicos incluem: mapear as legislações sobre saúde mental no contexto educacional; identificar os desafios para a implementação dessas políticas no currículo; e avaliar as perspectivas de ressignificação da saúde mental no ambiente escolar. Utilizou-se, neste trabalho, de abordagem qualitativa, análise documental e bibliográfica, examinando legislações que abordam a da saúde mental na educação. O referencial teórico apresentou o processo histórico da saúde mental no Brasil, reflexões acerca dos conceitos direcionados à saúde mental no contexto educacional, além do mapeamento das legislações relacionadas à saúde mental na educação do país. Os fundamentos teóricos elencados para esta tese assentam-se em Gonzalez Rey (1992) , Amarante (2013) e Paulo Freire (2019). A análise revelou que, apesar da urgência da temática, as políticas públicas relacionadas à saúde mental, ainda, não são tratadas como prioridade no ambiente educacional — o que reproduz o problema que originou a pesquisa proposta neste trabalho. Os resultados também indicaram que, embora existam avanços, há, ainda, desafios significativos que retardam a efetiva implementação dessas políticas, como a falta de profissionais de saúde mental no ambiente educacional para acolher e direcionar as demandas. Concluiu-se, por fim, que há necessidade de maior comprometimento das instituições e do poder público para que a saúde mental se torne um eixo transversal no currículo escolar, garantindo o desenvolvimento de uma cultura efetiva de atenção psicossocial nas escolas.

Palavras-Chave: Currículo. Saúde mental escolar. Políticas. Legislação.

NOGUEIRA, Joyce Mesquita. **Mental Health Policies in the Brazilian Educational Curriculum**: A Study of Existing Legislation. 2024. 163 p. Thesis (Doctorate in Education: Curriculum) – Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2024.

ABSTRACT

Mental health is a relevant theme for the Brazilian educational context. Its inclusion in the school curriculum was essential for the integral development of students and the promotion of socio-emotional well-being. In this thesis, the aim was to analyze mental health policies directed towards the Brazilian educational and curricular context, in relation to existing legislation. The specific objectives include: mapping legislation related to mental health in the educational context; identifying the challenges for the implementation of these policies in the curriculum; and assessing perspectives for the re-signification of mental health in the school environment. This study employed a qualitative approach, as well as documentary and bibliographic analysis, examining legislation that addresses mental health in education. The theoretical framework presented the historical process of mental health in Brazil, reflections on concepts related to mental health in the educational context, and mapping of legislation related to mental health in the country's education system. The theoretical foundations for this thesis are based on Gonzalez Rey (1992), Amarante (2013), and Paulo Freire (2019). The analysis revealed that, despite the urgency of the topic, public policies related to mental health are still not treated as a priority in the educational environment, which perpetuates the issue that motivated this research. The findings also indicated that, although there have been advances, significant challenges still hinder the effective implementation of these policies, such as the lack of mental health professionals in the educational environment to support and guide demands. It was concluded that greater commitment from institutions and public authorities is needed for mental health to become a cross-cutting theme in the school curriculum, ensuring the development of an effective culture of psychosocial care in schools.
Keywords: Curriculum. School mental health. Policies. Legislation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – cotidiano em instituição psiquiátrica do séxulo XX.....40

Figura 2 – contenção de um paciente psiquiátrico do século XX.....41

Figura 3 – infância nos pátios de um hospital psiquiátrico do século XX.....42

Figura 4 – sobrevivência em hospital psiquiátrico do século XX.....42

Figura 5 – pontos da RAPS.....53

Figura 6 – prevalência de transtornos mentais no mundo.....60

Figura 7 – prevalência dos transtornos mentais no Brasil em 2021.....61

Figura 8 – prevalência de transtornos de ansiedade no Brasil de 1990 a 2021.....62

Figura 9 – prevalência de transtornos de ansiedade, por idade, no Brasil em 2021.....64

Figura 10 – percentual de escolares frequentando o 9º ano do Ensino Fundamental cujos pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações, 2012 – 2015.....80

Figura 11 – percentual de estudantes de 13 a 17 anos.....84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– projetos de leis relacionados à saúde mental na educação.....102
Quadro 2 – legislações relacionadas à saúde mental na educação.....115

LISTA DE TABELA

Tabela – desempenho escolar dos envolvidos nas ações de *bullying*.....74
Tabela 2 – proposições do plenário da câmara dos deputados.....93
Tabela 3 – projetos sujeitos à apreciação conclusiva das comissões.....94

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CCJC	Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
CE	Comissão de Educação
CFT	Comissões de Finanças e Tributação
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COVID-19	Coronavírus 19
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRP–21	Conselho Regional de Psicologia do Piauí
CsF	Programa Ciências sem Fronteiras
ESME	Estratégia para Saúde Mental nas Escolas
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LGBTQIAP+	Lésbicas, gays, bissexuais, trans, queer, interssexuais, assexuais e pansexuais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRONASAME	Programa Nacional de Promoção à Saúde Mental nas Escolas –
PROTESAUM	Programa Nacional de Proteção à Saúde Mental dos Estudantes das Escolas Públicas Brasileiras
PSE	Programa Saúde na Escola
PL	Projeto de Lei
PVC	Programa Nacional De Volta Para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SARS-CoV-2	Coronavírus 2
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....15

Trajetória acadêmico-profissional da pesquisadora e contextos socioculturais.....15

Pertinência da investigação.....18

1 FUNDAMENTOS DA SAÚDE MENTAL E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA NO BRASIL.....25

1.1 Saúde mental: definição, dimensões e abordagens.....25

1.2 Saúde mental no Brasil.....33

1.2.1 Período Colonial e Imperial no Brasil.....34

1.2.2 A Primeira República.....36

1.2.3 Era Vargas.....37

1.2.4 Holocausto brasileiro.....39

1.2.5 Reforma psiquiátrica.....43

1.3 Marco na garantia de direitos – Lei 10.216/2001.....47

1.4 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.....50

1.5 Estigmas dos transtornos mentais na sociedade.....56

1.6 Indicadores de saúde mental no Brasil.....60

2 CURRÍCULO COMO PRÁTICA SOCIAL E POLÍTICA: IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL.....67

2.1 Saúde mental do/a professor/a.....76

2.2 Saúde mental do/a estudante.....79

2.3 O currículo na educação integral.....85

3 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA EDUCAÇÃO BRASILEIRA.....87

3.1 Tramitação das legislações no Brasil.....90

3.1.1 Visão geral das leis e regulamentações.....93

3.2 Legislações educacionais relevantes.....96

3.3 Projetos de leis relacionadas à saúde mental na educação brasileira: análise e perspectivas.....100

3.3.1 Filosofia, sociologia e psicologia como disciplinas obrigatórias no Ensino Médio.....108

3.3.2 Prevenção à violência contra os profissionais do magistério público e privado.....110

3.3.3 Profissionais de psicologia na educação.....112

3.3.4 Programa Nacional de Prevenção do Sofrimento Psíquico no contexto Escolar.....113
3.4 Legislação relacionadas à saúde mental na educação brasileira: fundamentos e implicações.....114
3.4.1 Objetivos e diretrizes.....117
3.4.2 Programa Saúde na Escola (PSE) - Decreto n.º 6.286/2007.....119
3.4.3 Programa de combate à intimidação sistemática (*Bullying*) – Lei n.º 13.185/2015.....122
3.4.4 Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio – Lei n.º 13.819/2019.....124
3.4.5 Psicólogas/os e assistentes sociais nas escolas - Lei n.º 13.935/2019.....126
3.4.6 Campanha Janeiro Branco – Lei n.º 14.556/2023.....130
3.4.7 Semana Nacional de Conscientização sobre a Depressão – Lei n.º 14.543/2023.....131
3.4.8 Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares - Lei n.º 14.819/2024.....133
3.4.9 Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) - Lei n.º 14.914/2024.....139
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....145
REFERÊNCIAS.....149

INTRODUÇÃO

Trajetória acadêmico-profissional da pesquisadora e contextos socioculturais

A complexidade do comportamento humano e a riqueza da diversidade humana sempre despertaram meu interesse. Ao observar como as pessoas reagem aos desafios da vida e lidam com o sofrimento gerado pelas frustrações, percebi a oportunidade de criar abordagens mais eficazes para lidar com esses momentos e oferecer orientações que promovam o cuidado com a saúde mental.

Motivada por essas inquietações, aos dezoito anos, iniciei, em 2007, o curso de graduação em Psicologia, na Faculdade Integral Diferencial - FACID, na cidade de Teresina – PI. Concluída a graduação atuei como psicóloga clínica no acompanhamento e no preparo de jovens para intercâmbios, avaliando à saúde mental destes. Essas atividades permitiram identificar os desafios a serem enfrentados, tais como: intensa ansiedade e agitação, densidade de compromissos ao mesmo tempo, trâmites burocráticos que permeiam todo o processo, dificuldades frente às exigências das novas responsabilidades, expectativas a serem administradas e novas habilidades sociais exigidas e a serem desenvolvidas.

Ao longo dessa trajetória, iniciei os estudos sobre mobilidade acadêmica internacional. Nessa perspectiva, deparei-me com o Programa Ciências sem Fronteiras (CsF) e auxiliei jovens em preparo para o intercâmbio ou que já haviam retornado ao Brasil. Ressalto que o CsF me chamou bastante a atenção, especialmente por constituir a maior iniciativa de mobilidade acadêmica internacional já proposta no Brasil.

Procurei ressignificar esse interesse apresentando os resultados de trabalhos desenvolvidos em eventos científicos e em 2015 participei do processo seletivo para o Máster em Psicologia Comunitária na Universidade de Salamanca na Espanha; para minha alegria e satisfação, fui aprovada em todas as etapas do processo.

Nesse mesmo período, recebi outro presente, a chegada do meu filho, que me fez rever o objetivo de morar e estudar em outro país. Embora não iniciado o mestrado na Espanha, continuei os estudos acerca da internacionalização e sobre o CsF, com o objetivo de realizar mestrado, doutorado e pós-doutorado.

Ao buscar opções para prosseguir minha formação acadêmica, conheci o Programa de Pós-Graduação em Educação: Currículo da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

(PUC-SP), que recebe grandes educadores e permanece como referência no Brasil. Mais uma vez, para a minha alegria e satisfação, fui aprovada, atendendo a todos os quesitos da seleção.

Então mestra, retornei à minha cidade natal, onde, em 2019, atuei como professora universitária em faculdades particulares e na Universidade Federal do Piauí – UFPI, como professora substituta. Experiências significativas para meu desenvolvimento profissional e pessoal.

No mesmo ano, ocorreu a pandemia de COVID-19, evento de alcance global que impactou a vida em todo o planeta, gerando abalos significativos nos rumos da educação, e eu enquanto profissional dessa área, também, precisei ressignificar minhas abordagens metodológicas. 2020 foi o ano que escolhi previamente para iniciar o doutorado, inclusive com perspectivas de internacionalização, mas não contava com uma pandemia mundial. Mesmo diante de todas as incertezas, decidir seguir com meu plano de ingressar no doutorado, e, no primeiro desafio desse processo (a entrevista de seleção), fui alcançada pela COVID-19, em maio de 2020, momento mais crítico da pandemia no Brasil, pois não havia protocolos definidos para a prevenção e para tratamento, tampouco vacinas, agravando a insegurança e medo.

Apresentei todos os sintomas clássicos da COVID-19 de forma intensa. E, em meu processo de isolamento e recuperação, participei da seleção *online* para o doutorado do Programa Educação: Currículo. Tive o privilégio de ser selecionada e, então, iniciei mais uma etapa valiosa de minha trajetória acadêmica.

As aulas do doutorado seguiram *online* até 2021, e eu as conciliava, em Teresina, com as aulas *online* que ministrava na UFPI.

Nesses anos, também dei continuidade à pesquisa, mas a intenção de realizar o doutorado sanduíche com foco na internacionalização da Educação Superior precisou ser suspensa, já que as viagens internacionais foram paralisadas. Tal situação forçou a mudança de tema durante o doutorado, a fim de tornar a pesquisa viável. Dessa forma, busquei me voltar para a temática que tenho mais aderência devido à minha trajetória profissional de mais de 10 anos como psicóloga, voltada aos cuidados da saúde mental nas áreas clínica, social, organizacional e educacional. Diante dessa perspectiva, é válido frisar minha trajetória enquanto psicóloga clínica e membra do Conselho Regional de Psicologia do Piauí – CRP 21.

Desde o início da atuação profissional, dediquei-me aos cuidados da saúde mental na área clínica, acompanhando, sobretudo, jovens adultos e os impactos das negligências vividas ao longo dos seus desenvolvimentos. Atuei, também, como gerente executiva por quatro anos de um equipamento da assistência social na capital do Piauí, que me permitiu maior proximidade e conhecimento com as políticas públicas brasileiras.

Também lecionei por anos em instituições de Ensino Superior pública e privadas no Estado do Piauí. Durante minha atuação como professora, verifiquei, de maneira prática, como a saúde mental impacta a trajetória dos discentes no Ensino Superior. Essa vivência me sensibilizou para a importância de cuidar desses aspectos desde a infância, seguindo os cuidados na juventude, reconhecendo que uma abordagem preventiva nas escolas pode ter efeitos duradouros no desenvolvimento acadêmico e social dos estudantes.

Minhas atividades profissionais, também, foram associadas aos trabalhos desenvolvidos no Conselho Regional de Psicologia – CRP 21, em que atuei por nove anos, assumindo vários cargos, como Conselheira responsável pela Comissão de Orientação e Fiscalização, coordenando e executando processos de averiguação da prática legal da profissão, além de traçar estratégias de orientação a categoria a partir do código de ética profissional.

Atuei também como Conselheira responsável pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), que desempenha um importante papel ético e político para a categoria, ao se dedicar à qualificação profissional e orientar uma prática alinhada à garantia de direitos e à transformação social, destacando as contribuições da Psicologia no campo das políticas públicas. Enquanto estive no CREPOP, pude participar da elaboração de Referências Técnicas extremante relevantes para a categoria, como: Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) Juntamente aos Povos Indígenas; Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Âmbito das Medidas Socioeducativas; Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CRAS/SUAS; Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Gestão Integral de Riscos, Emergências e Desastres; Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Sistema Prisional; Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/AIDS; Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Política de Segurança Pública; Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual.

Por fim, finalizei minhas atividades no CRP – 21 como vice-presidente do Conselho, desempenhando papel ativo na luta pela implementação da Lei n.º 13.935/2019, que prevê que as redes públicas de Educação Básica disponham dos serviços de psicologia e serviço social para atender às necessidades e prioridades definidas pelas políticas de educação.

No Estado de São Paulo, integrei, por dois anos, o quadro funcional do Serviço Social da Indústria (SESI), onde atuei diretamente como psicóloga, atendendo os funcionários das indústrias. Durante esse período, observei o elevado grau de desconhecimento acerca dos

cuidados básicos com a saúde mental, o que resultou em sérios transtornos e impactos na vida pessoal e profissional desses trabalhadores.

Minha atuação como psicóloga, especializada em saúde mental, proporciona uma visão das necessidades emocionais e psicológicas que afetam diretamente o desempenho e o desenvolvimento das pessoas, começando pela infância e durante a fase escolar. A união desses dois campos — psicologia e educação — é fundamental para a promoção de um desenvolvimento pleno e saudável para a população. Nesse sentido, a educação não pode ser pensada de maneira fragmentada em relação às condições emocionais dos estudantes, pois o processo de ensino-aprendizagem é diretamente afetado por fatores como estresse, ansiedade, e questões relacionadas ao desenvolvimento infanto-juvenil, e traz reflexos na fase adulta.

Ao longo da minha trajetória profissional, reconheço a relevância de apoiar o desenvolvimento emocional durante as fases iniciais da vida e a necessidade de assegurar tais questões por lei. A escolha do tema proposto nesta tese, articula-se à importância de políticas que assegurem os cuidados com a saúde mental desde a infância, principalmente no contexto educacional, em que a criança passa a maior parte do seu tempo prevenindo demandas futuras e fortalecendo o desenvolvimento emocional das pessoas.

Pertinência da investigação

A temática saúde mental é relevante, na contemporaneidade, para a sociedade brasileira e de outros países. Nesse sentido, a sua inclusão no currículo escolar possibilita garantir o desenvolvimento integral, além de conscientização com os cuidados para o bem-estar socioemocional ao longo da vida, uma vez que a escola constitui um dos espaços de convivência e desenvolvimento dos sujeitos. Entretanto, as políticas públicas relacionadas à saúde mental ainda não são tratadas como prioridade no ambiente educacional, e a forma como o Estado direciona a inserção dessa temática na educação do país é decisiva. Nesse contexto, lançou-se o seguinte questionamento de pesquisa: “como as legislações abordam e asseguram a saúde mental no contexto educacional e curricular brasileiro?”

A partir da temática proposta, a problematização fomentou os objetivos da pesquisa, que apresentou como objetivo central:

- analisar as políticas relacionadas à saúde mental, direcionadas ao contexto educacional e curricular brasileiro, com base nas legislações existentes no país;

De forma a alcançar o objetivo geral, propuseram-se os seguintes objetivos específicos:

- mapear as legislações acerca da saúde mental no contexto educacional do país;

- identificar desafios existentes para a implementação das políticas de saúde mental no currículo;
- avaliar perspectivas de ressignificação da saúde mental no ambiente escolar.

Nas escolas brasileiras, a implementação de políticas relacionadas à saúde mental é insuficiente, constitui uma iniciativa recente e ainda em desenvolvimento — o que constitui parte do problema que justifica a presente pesquisa. Mapearam-se, neste trabalho, as legislações federais existentes, a fim de identificar as lacunas e os desafios que podem dificultar a implementação e avaliação das perspectivas de ressignificação da saúde mental no ambiente escolar, bem como de contribuir para o fortalecimento de uma cultura de atenção psicossocial nas escolas, promovendo o bem-estar e o desenvolvimento integral de estudantes e educadores.

Há vários projetos de leis apresentados para o desenvolvimento de políticas que alcancem a saúde mental no espaço educacional brasileiro. Apesar dos avanços, ainda há um longo caminho a percorrer para a efetivação da conversão desses Projetos de Lei em legislações federais consolidadas, o que permitirá avançar em direção a uma cultura de saúde mental mais ampla e consistente. As políticas públicas têm um papel fundamental para o desenvolvimento de ações, nesse caso, voltadas para a promoção da saúde mental no ambiente escolar. Por meio do engajamento e comprometimento do poder público, é possível a implementação de políticas de saúde mental nas escolas, configurando um direito de todos.

Um dos principais impactos esperados das políticas públicas na atenção à saúde mental no ambiente escolar refere-se ao aumento da conscientização sobre o tema. Quando há políticas claras que atendem às necessidades da comunidade escolar, torna-se possível considerar a importância da promoção e prevenção da saúde mental, o que, por sua vez, gera um maior engajamento de famílias, professores e outros profissionais da educação na implementação de práticas externas voltadas para essa área, fortalecendo uma cultura de cuidado e bem-estar psicológico no ambiente escolar. Outro reflexo importante das políticas públicas refere-se ao aumento do investimento em recursos humanos e materiais voltados para a promoção da saúde mental nas escolas.

Políticas que preveem a contratação de profissionais especializados em saúde mental para atuar nas escolas, assim como a destinação de recursos para a aquisição de materiais e equipamentos, geram um impacto significativo na qualidade dos serviços oferecidos e na atenção psicossocial. Além disso, as legislações podem incentivar a criação de parcerias com outras instituições, como universidades e instituições de pesquisa, gerando intercâmbio de conhecimentos e a execução de práticas inovadoras e eficazes para a promoção da saúde mental no contexto educacional. Por outro lado, quando as leis são insuficientes ou mal geridas, a

negligência em relação à saúde mental é perpetuada, levando a consequências para toda a sociedade. A ausência de políticas públicas específicas para a saúde mental no ambiente escolar resulta em abordagens fragmentadas e insuficiências no currículo, além de provocar a escassez de recursos e a falta de profissionais capacitados para lidar com essas questões.

O empenho para que as legislações vigorem é no sentido de firmar transformações na ressignificação da atenção com a saúde mental no contexto escolar. Ao invés de se concentrar apenas no tratamento e repassar a responsabilidade para profissionais externos, a atenção psicossocial é perpetuada na comunidade. Isso significa desenvolver um ambiente escolar construtivo e acolhedor, que promova o bem-estar emocional e auxilie os estudantes no desenvolvimento de habilidades para lidar com desafios diários inerentes ao desenvolvimento humano.

A atenção à saúde mental deve fazer parte de uma educação integral, possibilitando a abertura de diálogo sobre o tema e a disponibilidade de recursos de apoio constantes, e não apenas na ocorrência de problemas. Os educadores devem agir no sentido de romper estigmas a respeito da saúde mental e incentivar as famílias a buscarem suporte quando houver necessidade.

Além disso, a presença de profissionais especializados para atender a essas demandas é imprescindível. Nesse contexto, os professores não devem assumir a responsabilidade pela condução desses casos; eles devem identificar, acolher e encaminhar os estudantes para o acompanhamento adequado. A ressignificação dos cuidados com a saúde mental no ambiente escolar é uma mudança urgente e necessária. Ao criar um ambiente acolhedor e de apoio para todos, cuida-se não apenas da sua saúde mental, mas também se fortalecem as bases para um futuro mais saudável e seguro, em que as diferenças são respeitadas. Outra medida relevante diz respeito à inclusão de práticas que promovam a saúde mental de diversas maneiras, como atividades físicas e esportivas, práticas de respiração, aulas e práticas de arte e música, rodas de conversa com profissionais especializados sobre emoções, sentimentos, violências, sexualidade, afetos, religiosidade, entre outras. Essas atividades podem auxiliar os estudantes a desenvolverem habilidades de autoconhecimento, controle emocional e resiliência, além de lidar com o estresse e a ansiedade, por exemplo.

É fundamental que a família também esteja envolvida nesse processo de ressignificação dos cuidados com a saúde mental no ambiente escolar. Os responsáveis devem ser orientados, continuamente, sobre a necessidade dos cuidados com a saúde integral para o desenvolvimento saudável dos filhos, bem como a buscar ajuda profissional quando necessário.

Diante do exposto, a problemática e os objetivos desta investigação justificam a utilização da abordagem qualitativa, uma vez que o objeto de pesquisa está inserido em uma estrutura sociocultural e historicamente condicionada pelas ideologias dominantes. Tal contexto exige, nesse sentido, um aprofundamento na compreensão do fenômeno estudado, evitando generalizações (Minayo, 2001).

A escolha pelo método qualitativo, com abordagem bibliográfica e documental, deveu-se à necessidade de uma compreensão aprofundada e contextualizada das políticas de saúde mental no contexto educacional, envolvendo dimensões subjetivas, históricas e sociais. Como a pesquisa teve por objetivo analisar as legislações e identificar lacunas que podem dificultar a implementação dessas políticas, uma abordagem qualitativa permitiu explorar e investigar as nuances e interpretações com maior flexibilidade, favorecendo uma análise interpretativa e crítica dos textos legislativos e documentos.

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa apresenta uma relação de identidade entre o investigador e o objeto investigado, concepção corroborada por Severino (2000), que ressalta a importância dessa afinidade:

> a temática deve ser realmente uma problemática vivenciada pelo pesquisador, ela deve lhe dizer respeito. Não obviamente, num nível puramente sentimental, mas no nível da avaliação da relevância e da significação dos problemas abordados para o próprio pesquisador, em vista de sua relação com o universo que o envolve (Severino, 2000, p. 145).

Na abordagem qualitativa, além de considerar a identificação do pesquisador com o objeto do seu estudo, contempla-se o significado ideológico presente na trajetória de vida.

Chizzotti (2006) complementa que o caráter qualitativo das pesquisas, ao observar o pesquisador como um sujeito ativo, "descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais", necessita de coerência epistemológica, metodológica e técnica para atingir confiabilidade e segurança.

Dessa forma, como, por meio deste trabalho, busca-se explorar, descrever e interpretar perspectivas complexas das políticas de saúde mental no contexto educacional que não seriam facilmente alcançadas se fossem apenas quantificadas, a abordagem qualitativa alcançou a profundidade da compreensão, captando os aspectos subjetivos, contextuais e sociais do objeto de estudo investigado.

Para aprofundamento da investigação, utilizou-se como procedimento metodológico o estudo bibliográfico na composição do referencial teórico e a análise documental para o levantamento de dados.

Com base na análise bibliográfica e documental, descreveram-se os dados deste trabalho, buscando-se compreender seus significados no contexto educacional e curricular.

A análise documental, portanto, configura-se como uma técnica essencial para a abordagem de dados qualitativos, seja para complementar as informações obtidas por meio de outras técnicas; seja para revelar novos aspectos de um tema ou problema (Lüdke; André, 1986, p. 38).

Elencaram-se documentos (leis, diretrizes, relatórios, currículos etc.) como uma fonte central de dados para compreender as políticas e práticas educacionais, fornecendo uma visão oficial e histórica do tema estudado. Por meio da análise documental, verificaram-se as mudanças ao longo do tempo, permitindo acompanhar a evolução das legislações referentes à saúde mental no Brasil, identificando o que foi planejado em diferentes momentos históricos e o que está sendo praticado atualmente. A escolha dessa metodologia foi útil para analisar o discurso oficial que permeia as políticas de saúde mental, avaliar as ideologias, interesses e narrativas que os documentos trazem ou omitem, sendo essencial para entender os desafios e perspectivas da saúde mental no contexto educacional.

Ademais, a análise documental permitiu direcionar uma abordagem crítica, examinando os textos de maneira objetiva para identificar lacunas, ambiguidades e, inclusive, contradições nas políticas e diretrizes existentes no Brasil. Portanto, a utilização dessa metodologia constituiu-se como instrumento necessário e imprescindível para a pesquisa proposta, pois norteou o acesso ao acervo de documentos oficiais que embasam as teorias e direcionam as políticas educacionais brasileiras. Por meio da análise destes, é possível compreender as circunstâncias sociais e econômicas de um país (Richardson *et al*. 1999, p. 230).

Nesse sentido, foram selecionados documentos e legislações indispensáveis para o alcance dos objetivos da pesquisa e os pressupostos da investigação, cuja base documental consistiu nas leis relacionadas à saúde mental na educação brasileira, além de legislações educacionais relevantes, entre as quais se destacam: Lei 10.216/2001, a principal referência legal à proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais; Lei n.º 13.005/2014 instituiu o Plano Nacional de Educação – PNE; Decreto n.º 6.286/2007 que instituiu o Programa Saúde na Escola – PSE; Lei n.º 13.935/2019 que dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica, entre outras.

Marconi e Lakatos (2008) definem documentos de fonte primária aqueles encontrados em arquivos públicos (documentos oficiais, documentos jurídicos, material cartográfico e iconográfico), em arquivos particulares e em fontes estatísticas.

Esse recurso é pertinente para a realização de estudos que analisam fases e períodos cronológicos, permitindo a identificação de tendências para o desenvolvimento de um fenômeno. Considerando que os documentos permanecem constantes ao longo do tempo, eles revelam aspectos fundamentais ao contexto em que foram produzidos, o que justifica a importância e a contribuição da metodologia adotada (Godoy, 1995).

Estruturou-se a presente tese em três capítulos, intitulados respectivamente: (1) Saúde mental: Conceitos Fundamentais e a Evolução Histórica no Brasil; (2) Currículo como prática social e política e seu impacto na saúde mental; e (3) Políticas de saúde mental na educação brasileira. Fundamentaram-se as referências teóricas conceituais nos autores: Gonzalez Rey (1992), Amarante (2013), Paulo Freire (2019) que discutem, de maneira crítica, os conceitos de saúde mental e currículo.

O primeiro capítulo apresenta a trajetória da atenção à saúde mental no Brasil, desde o período colonial até a Reforma Psiquiátrica, destacando marcos legais importantes, como a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, além de discutir os estigmas sociais associados aos transtornos mentais e apresentar dados estatísticos sobre saúde mental no Brasil.

No segundo capítulo, examina-se o currículo com base na prática social e política, analisando seu impacto na saúde mental de professores e estudantes, bem como o papel da educação integral nesse contexto. Discute-se a relação entre a estrutura curricular e o bem-estar emocional no ambiente escolar, evidenciando a necessidade de um olhar atento para a saúde mental na educação.

No terceiro capítulo, exploram-se as políticas de saúde mental na educação brasileira. Analisam-se a tramitação, a viabilidade e implantação das legislações federais e os principais projetos de lei relacionados à saúde mental na educação, incluindo temas como a urgência da inserção de profissionais de psicologia na educação, as propostas do Programa Saúde na Escola – PSE, o detalhamento do Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying), e as mais recentes Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares e Programa de Atenção à Saúde Mental dos Estudantes – PAS, evidenciando o esforço e a atenção para integrar a saúde mental às políticas educacionais.

Nas Considerações Finais, são retomados pontos centrais das discussões sobre políticas e práticas voltadas à saúde mental no contexto educacional, abordando o mapeamento das legislações e as possíveis lacunas na implementação dessas iniciativas. Identificaram-se vários projetos de lei e novas legislações federais que tratam da temática, mas a análise revelou que,

apesar da urgência do tema, a saúde mental na educação ainda não é tratada como prioridade na saúde no legislativo, refletindo a distância entre as leis e a sua efetividade nas escolas. A pesquisa também destacou a importância de haver profissionais da área de saúde mental para gerenciar tais demandas nas escolas e a necessidade de constantes investimentos e monitoramento para a efetiva implementação das políticas. Por fim, conclui-se que há muito a ser feito para garantir que a saúde mental se torne um eixo transversal no currículo educacional, promovendo uma cultura de atenção psicossocial plena.

1 FUNDAMENTOS DA SAÚDE MENTAL E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA NO BRASIL

1.1 Saúde mental: definição, dimensões e abordagens

O termo saúde mental se popularizou e pode ser observado não somente no contexto de saúde, mas em legislações, políticas governamentais, nos meios de comunicação e comentado pela comunidade em geral. Apesar disso, não há um consenso para o significado de saúde mental.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), saúde mental consiste em um estado de bem-estar mental que permite que as pessoas lidem com o estresse da vida, percebam suas habilidades, aprendam, trabalhem bem, e contribuam para sua comunidade. Ela tem valor intrínseco e é essencial para o bem-estar.

O conceito de saúde mental apresentado pela OMS é abrangente e multidimensional, englobando quatro aspectos principais que merecem reflexão crítica:

1. Bem-estar emocional e psicológico: refere-se ao estado em que a pessoa se sente bem consigo mesma e com sua vida, mantendo um equilíbrio emocional que a capacita a enfrentar desafios e adversidades.
2. Capacidade de lidar com o estresse: a saúde mental envolve a habilidade de gerenciar o estresse diário e enfrentar adversidades, adaptando-se e encontrando soluções para os problemas que surgem.
3. Funcionamento social e profissional: relaciona-se à capacidade de o sujeito desempenhar suas funções sociais e profissionais, mantendo relações saudáveis e exercendo atividades produtivas.
4. Contribuição para a comunidade: refere-se à participação ativa na vida comunitária, contribuindo para a sociedade e sentindo-se parte integrante de um contexto social mais amplo.

Esses aspectos refletem a compreensão da OMS de que a saúde mental é fundamental para o bem-estar geral e para uma vida equilibrada e produtiva. Nesse sentido, a visão adota um enfoque biopsicossocial, porém torna quase inalcançável a saúde mental plena aos sujeitos.

Vários pesquisadores criticam as concepções sobre a saúde, propostas pela OMS, sinalizando que tais conceitos influenciam a medicalização humana, bem como estimulam abusos por parte do Estado a título de promoção de saúde (Caponi, 2003; Carvalho, 2005).

Caponi (2003) ressalta que, além do caráter utópico e subjetivo, a definição da OMS de saúde permite a utilização do conceito para legitimar estratégias de controle e exclusão daquilo

que se considera como anormal, indesejado ou perigoso. Para ele, o conceito de normalidade se refere tanto à média estatística quanto o que é considerado desejável em um determinado momento histórico numa determinada sociedade.

A definição da OMS enfoca aspectos positivos do bem-estar subjetivo, como a realização das capacidades e a contribuição para a comunidade. Essa abordagem pode ser vista como idealizada e talvez não reflita, totalmente, as realidades de pessoas que enfrentam dificuldades contínuas com sua saúde mental. O conceito pode ser desafiador para aqueles que vivem com transtornos mentais severos e persistentes, cujas vidas não se alinham, facilmente, com a descrição de um estado de "bem-estar" pleno.

A definição também desconsidera as variações culturais e contextuais na compreensão de saúde mental. Diferentes culturas têm diferentes perspectivas sobre o que constitui o bem-estar mental e como ele deve ser eficaz. A OMS oferece, nesse sentido, uma visão que, embora amplamente aplicável, não contempla a diversidade de experiências e práticas culturais em torno da saúde mental.

Já a capacidade de realizar as próprias atividades e lidar com o estresse rotineiro pode ser fortemente influenciada pelo acesso a recursos, suporte social e econômico. A definição da OMS também desconsidera, especificamente, as desigualdades no acesso a serviços de saúde mental e outras formas de suporte, o que pode limitar a sua aplicabilidade para pessoas em contextos socioeconômicos desfavoráveis.

Embora o conceito de saúde mental da OMS inclua os aspectos emocionais, sociais e funcionais, pode não enfatizar, suficientemente, a interação entre saúde mental e saúde física. A interdependência entre esses dois aspectos é crucial, e uma definição que não reconheça essa conexão pode ser vista como incompleta.

Além disso, a definição pode subestimar a importância de diagnósticos precisos e tratamentos para transtornos mentais. A ênfase na saúde mental como um estado positivo pode desviar a atenção da necessidade de consideração e tratar transtornos mentais graves e atuais, que requerem instruções específicas e cuidados especializados.

Assim, embora a definição da OMS seja um passo importante na promoção da saúde mental, ela pode se beneficiar de uma abordagem mais inclusiva e contextualizada, que considere a diversidade de experiências e os desafios enfrentados por sujeitos em diferentes situações.

De acordo com Alcântara et al. (2022), o conceito de saúde necessitaria ser reformulado, englobando as oscilações da vida, inclusive a própria possibilidade de adoecimento.

Assim, fundamentou-se esta tese nos conceitos de saúde e saúde mental apresentados por Fernando Gonzalez Rey, psicólogo, acadêmico e educador cubano, que propõe conceitos e reflexões sobre o contexto latino-americano, se aproximando no contexto brasileiro, em que se desenvolveu a presente pesquisa. Segundo ele, a saúde não deve ser concebida, apenas, como a ausência de doença, mas como um processo dinâmico e subjetivo que envolve o desenvolvimento e a integração de sentidos e significados individuais e coletivos em um contexto sociocultural.

Para Gonzalez Rey (1992), a compreensão do conceito de saúde deve considerar os seguintes aspectos:

1. não deve ser classificada a partir de um estado de normalidade, pois, em nível individual, é um processo único, que não se repete e apresenta manifestações próprias. A saúde não é uma medida; é uma integração funcional que pode ser alcançada por meio de múltiplas alternativas;
2. não é um estado estático do organismo, ela está em constante desenvolvimento, e o sujeito participa de forma ativa e consciente do processo;
3. está relacionada a fatores genéticos, naturais, sociais e psicológicos. A saúde é uma expressão multicausal e seu curso não é determinado pelo sujeito; este é apenas um dos elementos que influenciam o desenvolvimento do processo, pois muitos dos fatores de saúde não podem ser plenamente controlados pelo sujeito;
4. a expressão sintomatológica da enfermidade é resultante da estabilidade das funções e mecanismos que expressam o estado de saúde.

Compreende-se, portanto, que o conceito de saúde é indissociável da subjetividade, um processo pelo qual o sujeito constrói sentidos e significados para sua experiência de vida em contextos sociais específicos. A saúde é compreendida não como uma categoria estática ou mecânica, mas como uma construção contínua da subjetividade em relação ao ambiente social. Nesse sentido, não se define a saúde mental, simplesmente, pela ausência de transtornos mentais, mas pela capacidade de o sujeito desenvolver recursos subjetivos que lhe permitam lidar com os desafios e as contradições da vida cotidiana.

A subjetividade é influenciada pelas condições sociais, políticas e econômicas, apresentado um impacto direto sobre a saúde dos sujeitos. Assim, a saúde mental também pode ser observada pela capacidade de gerar respostas funcionais frente às adversidades, o que exige uma visão ampla que considere o contexto de vida das pessoas.

A saúde mental está relacionada à capacidade de o sujeito criar formas de viver e dar sentido às suas experiências, mesmo em condições adversas (Gonzalez Rey,1992).

Ele critica abordagens reducionistas e biológicas que isolam a saúde mental do contexto social e cultural, argumentando que essas perspectivas negligenciam a complexidade dos processos subjetivos. A saúde mental, para ele, constitui um reflexo do bem-estar subjetivo, que se expressa na maneira como os sujeitos se relacionam consigo mesmos, com os outros e com o mundo. Esse bem-estar está intrinsecamente ligado às condições de vida e às oportunidades de expressão criativa que a sociedade proporciona.

Outro ponto fundamental nas teorias de Gonzalez Rey refere-se ao papel dos processos subjetivos na construção da autonomia e da resiliência dos sujeitos. A saúde mental é vista como a capacidade de desenvolver uma identidade autônoma, que não seja rigidamente determinada por normas externas, mas que seja capaz de negociar e reinterpretar essas normas dentro do contexto da própria experiência de vida. Portanto, a saúde mental, com base nas teorias de Gonzalez Rey, é um processo contínuo de construção de sentido, autonomia e adaptação criativa às demandas e desafios do ambiente social e cultural, o que a torna uma questão complexa e multidimensional.

A saúde é, portanto, um processo humano individual, relacionado à subjetividade do sujeito, porém sofre influências sociais, culturais e históricas da sociedade. Nesse sentido, as manifestações e exigências relacionadas à saúde mudam conforme os valores culturais do contexto (Almeida, 1998).

Já é um consenso que a saúde não constitui apenas uma condição biológica, mas também um reflexo do ambiente em que o sujeito vive. As percepções e demandas relacionadas à saúde mudam de acordo com os valores culturais e as circunstâncias históricas de cada contexto. Dessa forma, o que é considerado “saudável” ou “normal” pode variar conforme as normas e expectativas da sociedade, evidenciando que saúde é um conceito construído coletivamente e não um estado imutável.

Gaudenzi (2016) compreende a saúde e a doença partir de dois entendimentos:

1 – o positivista, baseado nas ciências empíricas, que considera a saúde e a doença através da bioestatística e do selecionismo. Assim, a anormalidade ou o patológico seria um desvio estatístico do funcionamento normal do organismo, por meio de comparações do funcionamento de cada sujeito com o funcionamento geral da espécie.

2 – o subjetivista, que percebe a saúde e a doença por meio de um universo linguístico e genealógico, relacionados à cultura, gramática, epistemologia, antropologia e história. Saúde e doença não são avaliadas como um desvio estatístico, mas como algo mutável, de caráter subjetivo e intencional. Tal compreensão ainda se divide em duas:

a) aos grupos que percebem a saúde como um valor externo, pautado nos princípios de uma determinada comunidade que definirá em que consiste a doença;
b) e os grupos que percebem a saúde como um valor interno, pautado na percepção dos sujeitos e na sua experiência de adoecimento.

Diante do vasto conceito apresentado acerca de saúde, presumisse a complexidade para definir saúde mental. Além de estar diretamente vinculada à questão do normal e do patológico, envolve a discussão a respeito da loucura e todos os estigmas ligados a ela. A atribuição de um diagnóstico psiquiátrico a uma pessoa significa, na maioria das vezes, colocá-la num espaço que pode ser iatrogênico (Alcântara *et al*., 2022).

Observa-se a complexidade inerente ao conceito de saúde mental, destacando sua ligação com o amplo e multifacetado conceito de saúde. A partir disso, qualquer definição de saúde mental é marcada por subjetividades e ambiguidade, refletindo normas sociais que podem ser excludentes e estigmatizantes. Historicamente, como será abordado a seção 1.2, a loucura foi tratada como uma condição de exclusão e marginalização, o que influenciou a percepção coletiva sobre transtornos mentais. A atribuição de um diagnóstico psiquiátrico pode ter efeitos iatrogênicos, ou seja, pode, inadvertidamente, causar danos ao paciente, resultando em discriminação, exclusão social ou, inclusive, em um rótulo que diminui a identidade da pessoa a partir de sua condição de saúde mental. Assim, o diagnóstico que deveria trazer cuidado e bem-estar pode tornar-se uma barreira devido à carga de estigmas associada a ele.

Por isso a prática diagnóstica nem sempre promove a saúde, pois pode contribuir para o estigma e reforçar estereótipos prejudiciais. O intuito não é de negar a importância dos diagnósticos para o tratamento e manejo dos transtornos mentais, mas destacar a necessidade de um olhar humanizado e crítico sobre como são atribuídos e suas implicações para a vida das pessoas. Essa discussão sobre a complexidade do conceito de saúde mental evidencia a necessidade de uma abordagem que está além dos aspectos biomédicos, incorporando dimensões sociais, culturais e subjetivas para, efetivamente, promover a saúde mental e reduzir os estigmas que ainda cercam o tema.

Refletir sobre saúde mental implica considerar indicadores que, além de incluir a capacidade de estabelecer interações sociais positivas e a habilidade para realizar um trabalho produtivo, englobam também aspectos como a criatividade e a capacidade de elaborar experiências negativas. A abertura para novas ideias e relações, a preocupação com o próprio eu, com os outros e com a natureza, bem como a aceitação da responsabilidade pelas próprias ações, são igualmente fundamentais. Por fim, é importante buscar transcender os efeitos

determinantes e limitantes das incapacidades pessoais e das pressões sociais que promovem o conformismo e a rejeição ao estresse excessivo.

Para Canguilhem (1985), quem está acometido por algum sofrimento referente a questões mentais está limitado às normas estipuladas pelo meio social, não possuindo a capacidade de superá-las sozinho ou de inventar outras normas. Ele critica o discurso higienista que busca regulamentar a vida das pessoas, e determinar o saudável e o doente, marcada por uma ambição sociopolítico-médica.

Embora o higienismo tenha contribuído para a melhoria das condições de vida da população, a redução da saúde a questões ambientais e comportamentais negligencia os fatores sociais, econômicos e culturais que também influenciam a saúde. O foco no controle externo e na mudança de comportamento não considera as complexidades das condições de vida das diversas classes sociais.

A existência de um sujeito inclui os erros, os fracassos, as privações, as opções de vida, os desejos, as angústias existenciais, os desafios e as contradições. Quando o conceito de saúde impede uma conexão com a vida cotidiana, exclui as oscilações, as possíveis aventuras e as escolhas singulares, relacionando qualquer afastamento do padrão a uma questão que merece ser castigada; ao contrário de produzir saúde, está se normatizando o comportamento.

Foucault (2010) também se opôs a essas duas categorias — saúde e doença — e à forma como foram constituídas, influenciadas por dimensões culturais, sociais, políticas e econômicas. Ele oferece uma perspectiva crítica sobre saúde e doença, desafiando visões que as tratam, apenas, como condições biológicas ou médicas. Em vez disso, aborda esses conceitos como construções sociais e políticas, moldadas por práticas de poder e saber ao longo da história. As noções de saúde e doença não são universais ou atemporais; elas variam de acordo com o contexto histórico e cultural.

A maneira como uma sociedade define o que é (ou não) saudável ou patológico reflete as relações de poder e as normas de conduta daquela época. O que é considerado patológico em um período pode ser visto como normal em outro. Nesse sentido, saúde e doença são categorias que servem aos interesses de instituições e forças sociais dominantes.

Influenciado por tais reflexões em 20 de maio de 1961, Foucault, aos 34 anos, defendeu sua tese de doutorado, intitulada “A História da Loucura na Idade Clássica”. Nesta obra, ele investigou as diversas percepções da loucura no período que abrange o Renascimento até a Modernidade, analisando a forma como a loucura foi classificada como “doença mental”. Em sua tese, ele constatou que o entendimento da loucura, enquanto doença mental, é uma percepção muito recente na história; que não há uma continuidade ou identidade entre as

percepções e disposições para com a loucura e o louco; que a medicina demorou para se apropriar do conceito de loucura, antes dela a loucura era manifestada pelas artes, pela filosofia e pelo direito. Não havia terapêutica para a loucura até o final do século XVIII; a “doença mental” é uma invenção recente, reconhecida por Pinel e Esquirol no início do século XIX.

Isso ocorreu devido à constituição, no interior do racionalismo moderno, de uma noção de sujeito do conhecimento em que a razão como fundamento do sujeito garantia sua existência e a revelação da verdade sobre a natureza e sobre o homem (Foucault, 2002, p. 10).

Na visão foucaultiana, a doença, em especial os transtornos mentais, muitas vezes servem como um meio de justificar a exclusão de sujeitos que não se adequam às normas sociais. Em História da Loucura, Foucault descreve como, na Idade Moderna, os “loucos” foram segregados em instituições como hospícios e asilos, não necessariamente para tratamento, mas para controle social. A loucura foi medicalizada, e a pessoa com transtorno mental foi classificada como desviante, necessitando de correção ou exclusão.

Foucault (2011) explorou essa concepção, também, em sua obra “O Nascimento da Clínica”, descrevendo como a medicina moderna emergiu no século XVIII com o desenvolvimento do "olhar médico", uma forma de examinar e classificar os corpos. Esse olhar, institucionalizado em hospitais e clínicas, transformou a maneira como a saúde e a doença eram percebidas, passando de uma experiência subjetiva do sujeito para uma condição objetivamente definida e categorizada pelo médico. Nesse sentido o médico diagnostica e classifica a doença; enquanto a saúde se torna uma norma a ser alcançada ou mantida.

A medicina e a ciência não são campos neutros de conhecimento, não existe neutralidade científica; constituem, portanto, instrumentos de biopoder. Conforme Foucault (2012), uma forma de poder que se exerce sobre os corpos e a vida das populações. Por meio de diagnósticos, tratamentos e políticas de saúde pública, os corpos são disciplinados e normalizados. Assim, a medicina moderna contribui para a criação de uma normatividade sobre o que é considerado um corpo saudável e eficiente.

Essa prática reflete a maneira como as noções de saúde e doença estão ligadas a um projeto mais amplo de governança social, em que a disciplina dos corpos e a conformidade às normas sociais se destacam.

A medicina explicou suas enfermidades como desvios em relação a uma média estatística que indica a frequência desse fenômeno na população em geral, considerando o tratamento como um processo de normalização (Canguilhem,1990).

O confinamento dos ditos loucos, em instituições asilares ou manicômios, foi percebido como medida eficaz nesse tratamento. A internação em hospitais psiquiátricos garantiu que a

doença mental fosse submetida enquanto objeto da intervenção médica científica. Dessa forma, a loucura, vista como alienação, passou a ser avaliada como doença mental necessitando de diagnóstico e tratamento. O tratamento ofertado pela psiquiatria foi pedagógico-disciplinar e visou à cura por meio da reeducação moral, corrigindo o distúrbio das paixões, medida terapêutica alicerçada no isolamento e compreendida como um direito e não uma violação (Amarante, 2018).

Atribuiu-se pouca atenção às oscilações no percurso da vida, às possibilidades de adoecimento, e à capacidade de enfrentamento dos problemas para a compreensão da saúde mental de um sujeito (Canguilhem, 1990; Caponi, 2003).

É necessário, para quem estuda saúde mental, refletir sobre as práticas médicas contemporâneas e as definições de normalidade e patologia historicamente situadas e permeadas por relações de poder. Ao desconstruir a aparente neutralidade da medicina, percebe-se a saúde, em muitos aspectos, como uma construção política e cultural, usada para normatizar comportamentos e disciplinar os corpos. Além disso, é necessário considerar a subjetividade, o contexto social e a vasta experiência humana, em vez de apenas obedecer às categorias médicas e diagnósticas rigidamente estabelecidas.

Somente com o término da Segunda Guerra Mundial, com a popularização de terapias psicológicas e com o surgimento dos psicofármacos, se reconheceu a potencialização do sofrimento em relação ao tratamento por meio da privação de liberdade e retirada de autonomia, segregando ainda mais esses sujeitos. A partir de então, surgiram os movimentos referentes à reforma psiquiátrica (Freitas; Amarante, 2017).

Pereira (2000) problematizou a concepção dos manuais de diagnósticos psiquiátricos e tal discussão ainda é atual. Ele ressaltou que a abordagem hegemônica evidencia a sintomatologia do usuário de serviço de saúde, associando a uma tentativa de se criar uma abordagem empírica, operacional e pragmática dos problemas mentais. Esse movimento iniciou-se, na década de 1970, por um grupo de psiquiatras americanos, que pretendiam criar uma classificação das doenças mentais que permitisse a comunicação científica. Para tanto, essa abordagem não deveria se constituir como uma psicopatologia. No entanto, observa-se um desvio do enfoque inicial na medida em que o debate psicopatológico diminui-se em favor do diagnóstico. A influência que a psicanálise exerceu na psicopatologia até a década de 1960 foi substituída pela influência da psicofarmacologia. Novas entidades nosológicas foram criadas desconsiderando a dinâmica tampouco a estrutura da doença.

Manter a saúde mental requer um manejo significativo de vários aspectos, e é possível que a pessoa necessite de suporte psicológico em algum momento. Mesmo que não apresente

nenhum transtorno mental, o suporte de profissionais especializados auxilia o desenvolvimento pessoal, o autoconhecimento, gerenciamento das emoções, potencializando o bem-estar e a qualidade de vida.

Portanto, conceituar saúde mental é desafiador devido à sua natureza multifacetada e complexa, que abrange diversos aspectos do bem-estar psicológico, emocional, social e comportamental das pessoas. A saúde mental é uma experiência subjetiva e individual, e abrange uma ampla gama de aspectos, incluindo a capacidade de lidar com o estresse, manter relacionamentos saudáveis, tomar decisões, expressar emoções de forma adequada, ter uma autoimagem positiva e encontrar significado e propósito na vida.

A saúde mental está intimamente ligada à saúde física e ao bem-estar geral. Fatores como saúde física, estilo de vida, ambiente social, condições socioeconômicas e acesso a recursos podem influenciar, significativamente, o estado de saúde mental de uma pessoa. As práticas de cuidado têm evoluído ao longo do tempo, refletindo mudanças nas percepções sociais, avanços nas ciências, e novas abordagens de tratamento.

Devido a esses fatores, conceituar saúde mental requer uma abordagem minuciosa e inclusiva, que considere a diversidade de experiências, perspectivas e contextos individuais e sociais. É necessário reconhecer a complexidade e a multidimensionalidade da saúde mental, promovendo uma visão ampla que valorize o bem-estar emocional, psicológico e social das pessoas.

A história da saúde mental no Brasil reflete a evolução global desse conceito, mas com características próprias referentes a desafios sociais, econômicos e culturais. Tal trajetória é marcada pela transição de um modelo excludente e institucional para um sistema mais inclusivo e comunitário, no qual o respeito aos direitos humanos e o cuidado integral são os princípios norteadores.

1.2 Saúde mental no Brasil

Apresenta-se, nesta seção, uma retrospectiva dos cuidados com a saúde mental no Brasil. O processo histórico da atenção à saúde mental no Brasil é marcado por uma evolução gradual, que passou por diversas fases e transformações ao longo do tempo, reproduzindo as movimentações do cenário mundial. Desde os primórdios da colonização até os dias atuais, houve mudanças significativas nas políticas, práticas e abordagens em relação à saúde mental no Brasil.

1.2.1 Período Colonial e Imperial no Brasil

Durante o Período Colonial e Imperial no Brasil (1500-1889), as práticas de cuidado em relação à saúde mental foram rudimentares, cruéis, e permeadas por superstições e crenças religiosas, influenciadas pelas práticas da colonização Lusitana. Os ditos "loucos" eram frequentemente excluídos e marginalizados da sociedade.

Não havia instituições especializadas no cuidado, tampouco tratamento para pessoas com transtornos mentais. Grande parte da assistência a essas pessoas ficou a cargo das famílias, comunidades e instituições religiosas, quando estas se prontificaram a tal ato. Esse período refletia um cenário de negligência, exclusão e violência institucional, típicos de uma sociedade marcada pela exploração e pela hierarquia social rígida. Nesse contexto, houve limitação em relação à compreensão dos transtornos mentais, e as pessoas com comportamentos considerados desviantes foram tratadas com extrema intolerância. Sem conhecimento científico adequado, a sociedade colonial atribuía a loucura e os problemas mentais a fatores religiosos, sobrenaturais ou morais, o que resultou em tratamento desumanizador e segregador.

> Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e 'cabeças alienadas' assumirão o papel abandonado pelo lazarento [...] Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão" (Foucault, 1978, p. 6-7).

Em seu livro História da loucura na Idade Clássica, Foucault (1978) estudou a estrutura da exclusão dos corpos, ou seja, como ocorreu essa exclusão e sua lógica interna. Avaliou a subjugação do louco com base na forma do exílio da cidadania e a razão como o fio condutor na constituição da subjetividade ocidental.

> De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a loucura. Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que no entanto lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença (Foucault, 1978, p. 8).

Para maior organização e ordenação dos espaços sociais e controle da insalubridade, houve a necessidade de separar, afastar, isolar os disruptivos, como prostitutas, libertinos, doentes venéreos e terminais, desafetos do Rei, mendigos, marginais, loucos e quem mais

pudesse se desviar. No entanto, a exclusão do “louco” na época clássica não foi associada à doença, mas sim à forma como se esperava que o sujeito se comportasse (Foucault, 1975/1979).

Os colonizadores portugueses trouxeram consigo práticas repressivas e punitivas, muitas vezes inspiradas pela lógica inquisitorial que prevalecia na Europa. Pessoas com transtornos mentais foram confinadas em prisões, asilos ou "casas de correção", locais originalmente destinados a criminosos, onde eram tratadas com violência e negligência. O isolamento e o abandono foram as principais formas de "tratamento", com poucos ou nenhum recurso médico ou psicológico disponível. Não se considerou o sofrimento mental, na época, como uma questão de saúde, mas como um comportamento indesejado a ser controlado ou eliminado.

Além disso, o papel da religião na sociedade colonial também influenciou a forma como as doenças mentais foram percebidas. Muitos comportamentos atualmente identificados como sintomas de transtornos mentais foram interpretados como possessão demoníaca ou manifestações de castigos divinos, o que resultou em práticas como exorcismos e penitências religiosas, em vez de cuidados que pudessem aliviar o sofrimento dos sujeitos. Dessa forma, as pessoas com transtornos mentais foram excluídas e marginalizadas da sociedade, e frequentemente relegadas a uma existência de isolamento e estigmatização.

Em alguns casos, pessoas com transtornos mentais graves foram internadas em hospitais gerais ou albergues, onde recebiam cuidados básicos, mas não havia tratamentos especializados. O tratamento oferecido às pessoas com transtornos mentais era frequentemente atroz e cruel. Submeteram-se estas, frequentemente, a condições de vida degradantes, confinamento em celas insalubres e tratamentos agressivos, como o uso de correntes e métodos de contenção física, como a camisa de força, que restringia os movimentos dos braços do paciente; e as cintas de contenção com imobilização dos braços, pernas ou corpo do paciente, geralmente em uma cama.

Durante o período colonial e imperial, não houve leis específicas a fim de regulamentar o cuidado de pessoas com transtornos mentais.

O tratamento dessas condições ficou a critério das autoridades locais, das famílias e das instituições religiosas, resultando em uma falta de padronização e proteção dos direitos dos sujeitos afetados.

A falta de políticas públicas voltadas para o cuidado e tratamento de sujeitos com transtornos mentais reflete, também, o cenário mais amplo de desigualdade e injustiça social que permeou o Brasil colonial. A escravidão, a marginalização dos povos indígenas e a rigidez da estrutura social contribuíram para um ambiente de brutalidade que se estendia às pessoas

com transtornos mentais. A saúde mental consistiu em uma questão de invisibilidade, e aqueles que sofreram com transtornos mentais frequentemente ocuparam o mesmo espaço de exclusão e marginalização destinado às populações escravizadas e pobres.

Essa situação modificou-se apenas no século XIX, com a chegada de práticas médicas mais estruturadas e a criação de instituições psiquiátricas, como o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, fundado em 1852, sendo o primeiro hospital destinado a pessoas com transtornos mentais. Essas instituições iniciais seguiram com uma lógica manicomial, focada mais no controle social do que no tratamento humanizado.

1.2.2 A Primeira República

O período da Primeira República ou República Velha, que correspondeu entre os anos de 1889 e 1930, representou um momento de grandes transformações políticas, econômicas e sociais, e isso se refletiu também nas concepções e práticas relacionadas à saúde mental. Nesse contexto, o Brasil começou a dar os primeiros passos para organizar um sistema psiquiátrico, embora este ainda estivesse muito distante dos princípios de cuidado humanizado e inclusão que permeiam as discussões contemporâneas sobre saúde mental. A lógica manicomial e o isolamento social dos sujeitos com transtornos mentais continuaram a ser a norma, perpetuando uma visão excludente e patologizante da loucura.

Nesse período, o Brasil consolidou um modelo de assistência centrado no isolamento dos “loucos” em instituições manicomiais, prática que marcou a psiquiatria brasileira por décadas.

Com a Proclamação da República, o Brasil se modernizou e buscou alinhamento com as práticas científicas europeias. A psiquiatria, então emergente como disciplina médica, ganhou espaço como uma área de intervenção do Estado. Nesse período, a ciência psiquiátrica se desenvolveu com base em influência dos modelos europeus, principalmente franceses e alemães, que priorizaram a classificação e controle dos distúrbios mentais. No entanto, essa modernização ocorreu sem preocupação significativa com o tratamento dos pacientes. O objetivo principal foi a segregação dos considerados “loucos” ou “perigosos” para o convívio social, e a principal estratégia utilizada foi a internação em grandes hospícios.

Em 1923, criou-se a Liga Brasileira de Higiene Mental, no Rio de Janeiro, composta por médicos dedicados ao estudo de diversos assuntos que faziam parte do escopo da Liga: raça, doenças mentais, maternidade, eugenia, alcoolismo etc. Suas opiniões e posicionamentos foram desenvolvidos por meio de reuniões, conferências e publicações nos jornais nacionais — com

destaque para os Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, sua revista oficial (Tamano, 2022). Embora muitas de suas práticas estivessem alinhadas ao discurso higienista e de controle, a Liga abriu espaço para debates sobre a saúde mental que alimentariam, em décadas seguintes, os movimentos de reforma psiquiátrica.

Ao analisar esse período, a saúde mental no Brasil da Primeira República foi moldada por um contexto de exclusão social, higienismo e falta de políticas públicas inclusivas. A consolidação do modelo manicomial, com ênfase no confinamento e no controle, representou uma continuidade das práticas desumanizadoras que vinham desde o período colonial. Contudo, esse modelo intrinsecamente ligou-se aos interesses das elites em manter uma ordem social estável e "civilizada", o que implicou a marginalização de qualquer grupo ou sujeito considerado uma ameaça a essa ordem.

Atualmente, ainda há reflexos dessa higiene social, porém com novos significados, e buscando — talvez apenas buscando — rejeitar os aspectos discriminatórios do passado, enfatizando o cuidado com o coletivo e a promoção de um ambiente saudável para todos os membros da sociedade, sem exclusão ou preconceito. O que se compreendeu anteriormente como como práticas higienistas, atualmente se destina a práticas de inclusão, equidade e promoção de saúde pública, a fim a respeitar os direitos e a dignidade de todos.

1.2.3 Era Vargas

Nos anos seguintes, durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945), surgiu a primeira legislação específica sobre o cuidado de pessoas com transtornos mentais, o Decreto n.º 24.559/1934, que estabeleceu "a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e outras providências". Tais normas visaram direcionar a criação e o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, e garantir condições mínimas de cuidado e tratamento para os pacientes internados nessas instituições.

Getúlio Vargas, ao assumir o poder, trouxe uma política nacionalista de forte intervenção estatal, que buscou modernizar a sociedade brasileira em vários aspectos, incluindo a saúde pública. Em meio a esse processo, a saúde mental começou a ser vista como uma questão de interesse nacional, sendo incorporada aos esforços do Estado de disciplinar a população e manter a ordem social (Amarante, 2007). Nesse contexto, os transtornos mentais foram frequentemente tratados como ameaças à estabilidade social, justificando o confinamento em grandes instituições manicomiais.

Nessa época, houve um aumento no número de hospitais psiquiátricos no país, refletindo a necessidade higienista da época, e persistiram desafios significativos em relação ao tratamento oferecido nesses locais. Muitas dessas instituições ainda adotaram práticas de tratamento violadoras dos direitos humanos, como o confinamento em condições precárias e o uso de terapias agressivas, como a lobotomia, também chamadas de psicocirurgias, que eram intervenções que consistiam em desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo o encéfalo, visando modificar comportamentos ou curar doenças mentais (Masiero, 2003).

> Qual poderá ser, então, o papel do hospício nesse movimento de retorno às condutas regulares? Evidentemente, ele terá, de saída, a função que se prestava aos hospitais no final do século XVIII; permitir descobrir a verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, pode mascará-la, misturá-la, dar-lhe formas aberrantes, mantê-la também e relançá-la (Foucault, 1997, p. 48).

Aqueles cuja razão estava comprometida deveriam ser isolados para recuperar sua sanidade e se livrar de sua "loucura". Como resultado, muitas pessoas com transtornos mentais foram internadas em hospitais psiquiátricos, até de forma involuntária. Nesse sentido, as práticas de tratamento eram controversas, incluindo o uso de métodos de contenção física, como camisas de força, e terapias com eletrochoque e lobotomia. Essas práticas eram regularmente realizadas sem o consentimento dos pacientes, causando graves danos físicos e psicológicos, e dificultando mais ainda sua reinserção na sociedade.

> Porém, mais ainda que um lugar de desmascaramento, o hospital, cujo modelo foi dado por Esquirol, é um lugar de afrontamento; a loucura, vontade perturbada, paixão pervertida, deve encontrar aí uma vontade reta e paixões ortodoxas. O seu face a face, seu choque inevitável, que é de fato desejável, produzirão dois efeitos; por um lado, a vontade doente, que podia muito bem permanecer incompreensível, já que não se exprimia em nenhum delírio, produzirá à luz do dia seu mal pela resistência que oporá à vontade reta do médico; e por outro lado, a luta que se estabelece, a partir daí, se for bem conduzida, deverá levar à vitória da vontade reta, à submissão, à renúncia da vontade perturbada. Um processo, portanto, de oposição, de luta e de dominação (Foucault, 1997, p. 48-49).

Mesmo com mudanças na organização e regulamentação dos serviços de saúde mental — se é que poderiam ser considerados assim —, e a promulgação de legislação específica, nesse período, persistiu os desafios em relação ao tratamento oferecido e ao estigma associado aos transtornos mentais, que continuariam a ser enfrentados ao longo do tempo.

A legislação da época refletia esse modelo de controle e exclusão. O Código Penal de 1940, por exemplo, institucionalizou a figura do "inimputável" — aqueles que, por motivo de doença mental, não poderiam ser responsabilizados por seus atos. No entanto, em vez de promover um cuidado humanizado, a lei reforçou a ideia de que os sujeitos com transtornos mentais eram perigosos, justificando sua internação compulsória (Birman, 1992). Assim, o

Estado consolidou seu papel como regulador da "normalidade", enquanto os pacientes psiquiátricos foram tratados como casos de desvio moral e social.

A psiquiatria, fortemente influenciada pelo movimento higienista e pelas ideias de eugenia, atuou para classificar, segregar e tratar aqueles considerados "desviantes" ou "perigosos" para o progresso da nação. Isso reforçou a concepção de que o sujeito com transtornos mentais deveria ser retirado do convívio social e submetido a um tratamento que, na verdade, se baseava em práticas repressivas e punitivas.

Diante desse contexto, ainda prevaleceu o estigma associado aos transtornos mentais durante a Era Vargas, e este ainda é bastante atual. Surgiram, então, críticas ao modelo manicomial predominante, por meio de movimentos que buscaram promover uma abordagem mais humanizada e integrada aos cuidados das pessoas com transtornos mentais, respeitando sua dignidade e autonomia.

A análise da saúde mental na Era Vargas revelou uma continuidade das práticas manicomiais excludentes, então legitimadas por um Estado mais centralizador e comprometido com o controle social. A psiquiatria foi usada como uma ferramenta de regulação da sociedade, e os sujeitos com transtornos mentais continuaram a ser vistos como elementos que ameaçavam o projeto de modernização do Brasil. Esse período histórico deixou um legado profundo na maneira como a saúde mental foi tratada nas décadas seguintes, sendo necessário um longo processo de questionamento e reforma para que novas práticas mais inclusivas e humanizadas pudessem surgir.

1.2.4 Holocausto brasileiro

O Holocausto Brasileiro, como ficou conhecido o massacre que ocorreu no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, representa um dos episódios mais trágicos e violentos da história da saúde mental no Brasil. Entre as décadas de 1930 e 1980, mais de 60 mil pessoas morreram dentro dessa instituição psiquiátrica, vítimas de maus-tratos, negligência, condições sub-humanas e práticas desumanizadoras. O Hospital Colônia, que deveria ser um espaço de cuidado e recuperação para pessoas com transtornos mentais, tornou-se um lugar de morte, sofrimento e exclusão social.

Os brasileiros, em grande maioria, demonstram perplexidade com atos desumanos praticados nos campos de concentração nazistas na Europa Central, mas desconhecem atos igualmente desumanos praticados no Brasil, com isolamento, tortura e corpos humanos sendo utilizados para experimentos.

Os currículos dos cursos de saúde e das disciplinas de história do Brasil devem incluir essa parte da história do país, abordando como a saúde mental foi tratada em décadas passadas. Essa parte da história não pode ser omitida; os estudantes precisam conhecer como se deu o processo de evolução dos cuidados com a saúde mental, e não apenas sua importância atual. Uma política de saúde mental deve se comprometer também com a história e a trajetória de um povo que duramente sofreu as negligências desse processo, para que, como Auschwitz, não mais se repita.

Figura 1 – cotidiano em instituição psiquiátrica do século XX

Fonte: Arbex, 2019.

O Hospital foi inaugurado em 1903, inicialmente como um espaço para tratamento de pessoas com transtornos mentais, e muitas famílias encaminharam seus familiares para tratamento, sem saber exatamente como ocorriam as práticas internas. No entanto, com o tempo, a instituição passou a receber não apenas pessoas com transtornos psiquiátricos, mas sujeitos que não se adequavam às normas sociais da época, como usuários de drogas, homossexuais, pessoas em situação de rua, trabalhadoras sexuais e pessoas que simplesmente haviam sido indesejadas por suas famílias, inclusive crianças. A prática da internação compulsória se intensificou ao longo das décadas, transformando o hospital em uma verdadeira prisão para aqueles considerados “indesejáveis” pela sociedade.

As condições no Hospital Colônia eram extremas. Superlotado, o hospital, inclusive, abrigou mais de cinco mil pessoas ao mesmo tempo, muitas confinadas em espaços pequenos, insalubres e sem o devido cuidado médico ou psicológico. Os “pacientes” eram tratados de forma degradantes: mantidos nus, submetidos a eletrochoques e contenção física constante. Não

havia distinção entre tratamento e punição, e predominava o entendimento de que o hospital servia para isolar aqueles que não tinham lugar na sociedade.

Figura 2 – contenção de um paciente psiquiátrico no século XX

Fonte: Arbex, 2019.

Enviaram-se muitos pacientes para a instituição de maneira indiscriminada e muitos permaneceram nesse local até a morte. Estima-se que 70% dos internados no hospital não apresentaram nenhum tipo de transtorno mental diagnosticável, mas permaneciam no local por serem socialmente inconvenientes ou economicamente inviáveis para suas famílias. O "tratamento" oferecido no hospital foi, em muitos casos, uma sentença de morte (Arbex, 2019).

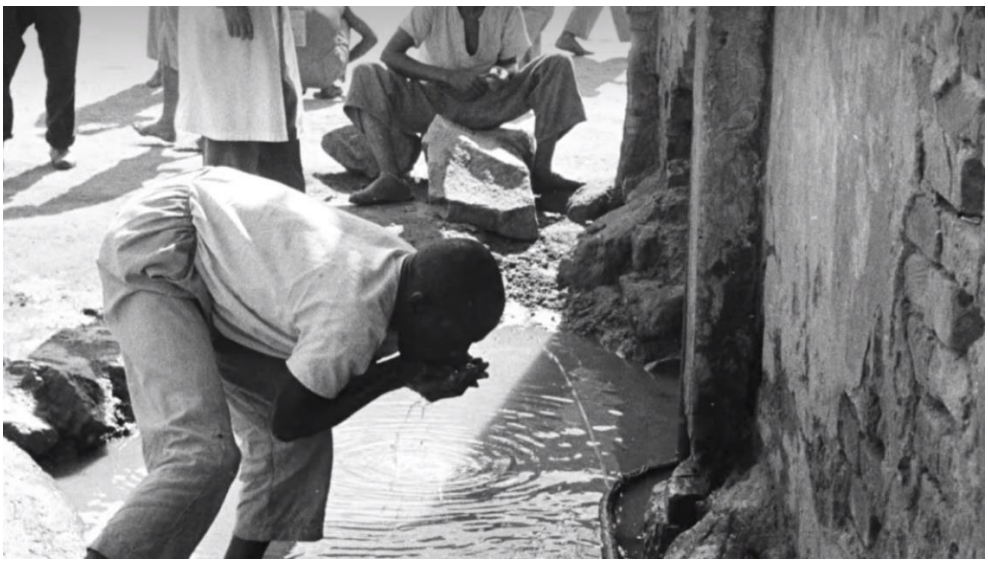
Houve assustadora taxa de mortalidade, com aproximadamente 16 mortes diárias nos períodos mais críticos. Venderam-se os corpos dos pacientes mortos para faculdades de medicina como material de estudo ou descarte de forma anônima e indigna. Diante de tantas atrocidades, considera-se o Hospital Colônia como um campo de extermínio para aqueles marginalizados pela sociedade. Nesse sentido, este jamais foi um espaço de tratamento e recuperação.

Figura 3 – infância nos pátios de um hospital psiquiátrico no século XX

Fonte: Arbex, 2019.

Esse massacre ocorreu em um contexto de forte controle social, em que os hospitais psiquiátricos atuaram como instrumentos de regulação social. A internação em massa e a consequente negligência demonstraram como a psiquiatria da época, ao invés de promover cuidados e bem-estar aos usuários do serviço, serviu aos interesses de exclusão social e controle de populações vulneráveis. O Estado, ao invés de garantir políticas de saúde pública adequadas, tornou o Hospital Colônia um símbolo do abuso e da violência institucional.

Figura 4 – sobrevivência em hospital psiquiátrico do século XX



Fonte: Arbex, 2019.

O Holocausto Brasileiro em Barbacena é um exemplo claro de como a intersecção entre saúde mental, política e exclusão social pode resultar em um processo sistemático de desumanização, e revela não apenas o fracasso da política manicomial no Brasil, mas também o propósito segregador que permeou as instituições psiquiátricas na primeira metade do século XX. Diante desses fatos, é necessário avançar nas políticas de saúde mental, garantindo que os direitos humanos e a dignidade dos sujeitos sejam sempre preservados.

A Reforma Psiquiátrica, que ganhou força nas décadas de 1980 e 1990, surgiu como uma resposta a esses abusos que ocorreram em hospitais psiquiátricos de todo o Brasil. Defendeu-se, por meio desta, a desinstitucionalização dos pacientes e a criação de um modelo de atenção psicossocial mais humanizado e integrado à comunidade. No entanto, não se deve esquecer a barbárie do Hospital Colônia e de outras instituições similares em outros estados brasileiros, a fim de que a história não se repita contemporaneamente.

1.2.5 Reforma psiquiátrica

O louco foi marginalizado e excluído, considerado pela medicina como alienação, desajuste, irracionalidade e perversão. A loucura sofreu e sofre pelas concepções ancoradas na moralidade, na ordem e no trabalho produtivo, de forma explicitamente violenta (Amarante, 1998).

Na década de 1970, iniciou-se a Reforma Psiquiatra Brasileira, consolidada nas décadas seguintes. Influenciada pelos conceitos de desinstitucionalização e humanização dos cuidados em saúde mental, buscou uma abordagem mais inclusiva e comunitária para o tratamento de transtornos mentais. Movimentos semelhantes, em países como Itália e França, nos anos 1960, também criticaram o modelo manicomial, centrado na internação e em práticas de tratamento desumanizantes.

> O manicômio é a tradução mais completa dessa exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura (Lüchmann; Rodrigues, 2007).

Com o regime militar, surgiram as primeiras manifestações no setor de saúde, principalmente por meio da constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e do movimento de Renovação Médica – REME enquanto espaços de discussão e produção do pensamento crítico na área. A partir deste, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM, por meio do qual se denunciaram as práticas do governo militar,

principalmente o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção.

As reivindicações desses profissionais se referiam ao aumento salarial, à redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, à estruturação dos manicômios e ao uso do eletrochoque, além de melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços. Esse movimento, em 1978, iniciou uma greve que durou oito meses e alcançou relevante repercussão na imprensa (Amarante, 1998).

No Brasil, o movimento antimanicomial formou-se com a participação de diversos atores, cujas lutas ainda se orientam por diferentes dimensões sociopolíticas e institucionais. O movimento foi liderado por profissionais de saúde, usuários de serviços de saúde mental, familiares e ativistas, que denunciaram as condições precárias dos hospitais psiquiátricos, defendendo e reivindicando os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

O movimento se estruturou com base em estratégias que exigiram iniciativas políticas, jurídicas, culturais para possibilitar a presença da "loucura" na sociedade (Soalheiro, 2003). A década de 1980 foi crucial para o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil, especialmente com a criação do Movimento da Luta Antimanicomial em 1987, que se consolidou com o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Esse movimento deu voz aos pacientes e às suas famílias, que clamaram por um tratamento mais humanizado e integrador, ao invés da internação em hospitais psiquiátricos. A partir desse momento, esboçou-se um novo modelo de atenção à saúde mental, assentado na desinstitucionalização e na criação de serviços comunitários.

> Ora, o que estava implicado, antes de tudo, nessas relações de poder, era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. [...] É esse ciclo que a antipsiquiatria se propõe a desfazer: dando ao indivíduo a tarefa e o direito de levar a cabo a sua loucura, de levá-la a seu termo, numa experiência que pode ter a contribuição dos outros, mas nunca em nome de um poder que lhe seria conferido por sua razão ou por sua normalidade [...] invalidando, enfim, a grande retranscrição da loucura na doença mental, que havia sido empreendida desde o século XVII e concluída no século XIX. A desmedicalização da loucura é correlativa desse questionamento primordial do poder na prática antipsiquiátrica (Foucault, 1997, p. 56).

Percebe-se o poder que o conceito de "normalidade" exerceu e ainda exerce sobre a loucura. A sociedade que se intitula "não louca" busca controlar a loucura, invalidando a autenticidade da experiência dos sujeitos que apresentam algum transtorno mental, sofrimento psíquico, ou aqueles que apresentam uma perspectiva dita fora do padrão. As reflexões de Foucault (1997) desestruturam essa lógica de dominação, permitindo que os sujeitos experimentem sua loucura sem serem subjugados pela razão imposta por outros. Nesse sentido,

ele questiona a “retranscrição” da loucura para a doença mental e propõe sua desmedicalização, desafiando a relação de poder subjacente a essas práticas.

A doença mental não é contagiosa, portanto, dispensa isolamento (Delgado, 2011, p. 4704). Em essência, o objetivo é transformar a maneira como a loucura é vista e tratada, de modo que não seja mais rotulada e gerida como doença que necessita de isolamento, mas compreendida como uma dimensão legítima da experiência humana, que não deve ser dominada pela imposição da razão ou da normalidade.

O enfraquecimento do modelo manicomial foi muito mais do que o fim do hospital psiquiátrico. Significou estruturar as cidades e territórios, como lugares de inserção, de ocupação, de produção e de compartilhamento de uma cidadania ativa e efetiva (Abou-Yd; Silva, 2003).

Em 1987, ocorreu a realização de dois eventos marcantes, por isso devem ser lembrados como marcos na história da Reforma Psiquiátrica: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru – SP. Esse momento marcou uma renovação teórica e política do MTSM, em que houve o distanciamento do movimento em relação ao Estado e aproximação com as entidades de usuários e familiares que passaram a participar das discussões. O movimento propôs o seguinte lema: por uma sociedade sem manicômios (Amarante, 1998). Nesse II Congresso, elaborou e apresentou-se o Manifesto de Bauru que, segundo Silva (2003), constitui-se como um documento de fundação do movimento antimanicomial que marca o compromisso social entre os profissionais com a sociedade em prol da luta antimanicomial.

Lobosque (2001) pontua que o movimento nacional da luta antimanicomial se constituiu enquanto uma instância política inscrita num processo mais amplo de transformações sociais, que combate as formas de exclusão permeadas pela loucura.

O movimento da luta antimanicomial no Brasil não foi isolado, fez parte de um contexto maior de transformações sociais. Esse movimento atua como uma força política que busca combater as formas de exclusão que a sociedade historicamente associou à loucura. A luta antimanicomial desafiou a lógica segregacionista dos manicômios, propondo a substituição do isolamento e do controle por práticas que promovam a inclusão, a dignidade e os direitos das pessoas com transtornos mentais, garantindo seu lugar na sociedade como cidadãos plenos de direitos.

Para Amarante (1998), a Reforma Psiquiátrica se apresenta como um processo social complexo que se configura pela articulação de várias dimensões que se inter-relacionam, e que

nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Apesar dos avanços, ainda há uma distância significativa entre o que é previsto legalmente e o que ocorre na prática. De acordo com Amarante (2003), a reforma enfrentou e ainda enfrenta desafios estruturais profundos, tais como a insuficiência de recursos, a falta de uma rede adequada de suporte e a resistência de setores conservadores dentro e fora do sistema de saúde. Essa resistência, muitas vezes, se manifesta na tentativa de retomar modelos hospitalocêntricos, que compreendem o isolamento como forma de tratamento, desconsiderando os princípios de liberdade e reinserção social que norteiam a reforma.

Os desafios de efetivar a Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental em um país com profundas desigualdades sociais e regionais indicam a necessidade de uma abordagem crítica ao modelo atual. A Reforma Psiquiátrica precisa ser entendida como uma construção contínua que requer ajustes e adequações diante de novas demandas que surgem, especialmente no que diz respeito à saúde mental de crianças e adolescentes no contexto escolar.

Portanto, para que ela atinja seus objetivos, é necessário um esforço contínuo de articulação entre os setores de saúde, educação e assistência social. A função da escola como espaço de promoção de saúde mental deve ser reforçada, bem como a formação continuada de educadores e profissionais de saúde para lidar com a complexidade das questões emocionais e psicossociais que emergem no cotidiano escolar. Somente assim será possível avançar para uma sociedade mais inclusiva e justa, que reconheça o direito à saúde mental como parte fundamental do desenvolvimento humano.

É inegável que a Reforma Psiquiátrica foi um marco transformador nas políticas de saúde mental, pautada pela luta contra a exclusão e o estigma associados aos transtornos mentais. Embora tenha proporcionado avanços significativos, como a criação de uma rede comunitária de atenção psicossocial e a redução do modelo manicomial, seu processo de implementação continua a enfrentar desafios relacionados à insuficiência de recursos, à desigualdade regional e à resistência de setores mais conservadores. A integração efetiva das políticas de saúde mental em setores como a educação, essencial para a promoção do bem-estar psicossocial de crianças e adolescentes, ainda é uma meta a ser plenamente alcançada. Assim, a consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica exige um esforço contínuo e intersetorial para garantir o acesso universal a um cuidado humanizado e inclusivo, cumprindo o compromisso de uma sociedade mais justa e igualitária.

1.3 Marco na garantia de direitos – Lei 10.216/2001

Diante desses desafios e complexidade, a reforma psiquiátrica foi se estruturando e se fortalecendo. Em 2001 promulgou-se a Lei 10.216, marco desse movimento revolucionário no Brasil.

Conhecida como "Lei Paulo Delgado" em referência ao deputado que a propôs, a lei consolidou juridicamente a mudança de paradigma no tratamento de pessoas com transtornos mentais, delineada nos anos anteriores. Seu principal objetivo foi assegurar os direitos dessas pessoas, promovendo um modelo de tratamento humanizado e inclusivo, em contraste com o modelo manicomial predominante até então (Brasil, 2001).

A essência da Lei 10.216/2001 está na determinação de que o tratamento de pessoas com transtornos mentais deve ocorrer, sempre que possível, em ambientes comunitários e menos restritivos. Com isso, a legislação estabelece que a internação psiquiátrica deve ser uma medida de última instância, reservada apenas para casos graves, e sempre por tempo limitado. A lei também introduziu um importante princípio de regulação ao estabelecer que as internações voluntárias ou involuntárias devem ser sujeitas a revisões periódicas, evitando a prática anterior de internações compulsórias de longa duração, desumanizadoras e sem acompanhamento judicial adequado.

Entre os principais avanços dessa reforma, destacam-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, a redução do número de leitos psiquiátricos em instituições asilares e a promoção de uma rede de atenção psicossocial mais comunitária e integrada.

A Lei 10.216/2001 “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, representando um avanço significativo na garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, ao mesmo tempo em que propõe um modelo de atenção mais humanizado e integrado.

> Art. 2º. Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.
> Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
> I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
> II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
> III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
> IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
> V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

> VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
> VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
> VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
> IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (Lei 10.216/2001).

Ressalta-se que, assim como os termos "portador de deficiência" ou "portador de necessidades especiais" não são mais utilizados, também não se deve empregar o termo "portador de transtorno mental". Nesse sentido, propõe-se o uso do termo "pessoa com transtorno mental". Essa questão evidencia a urgência de reformular e atualizar a legislação em consonância com os avanços conquistados na atenção à saúde mental no Brasil.[1]

A Lei n.º 10.216/2001 foi um marco na história da saúde mental no Brasil, pois estabeleceu diretrizes para a reorganização do modelo de atenção psicossocial, promovendo a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários de saúde mental e a valorização dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, além de impedir a construção de novos hospitais psiquiátricos no Brasil.

> Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
> § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.
> § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
> § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (Lei 10.216/2001).

O movimento antimanicomial brasileiro, como já debatido, foi impulsionado pelo cenário de violação de direitos humanos em relação aos hospitais psiquiátricos. Porém, é necessário lembrar — para que jamais se repita — que os pacientes foram submetidos a tratamentos desumanos, como eletrochoque, isolamento, contenção física, além de serem privados de seus direitos básicos como o direito à liberdade, à privacidade e à dignidade. Portanto, é essencial fortalecer a rede comunitária de atenção psicossocial, em todos os municípios brasileiros, principalmente onde há carência de infraestrutura suficiente.

[1] Diante disso, como psicóloga e pesquisadora comprometida com os estudos de saúde mental no Brasil, destaco que tomarei as medidas necessárias para propor um processo ao Conselho Federal de Psicologia, visando apresentar ao legislativo brasileiro as alterações essenciais para essa lei, que é de extrema importância para o cuidado da saúde mental da população.

> Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (Lei 10.216/2001).

Nesse sentido, propôs-se uma abordagem mais humanizada e integrada ao cuidado em saúde mental, que respeita a autonomia e a cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Um aspecto importante da Lei 10.216/2001, no contexto educacional, refere-se à promoção dos direitos à saúde mental para crianças, adolescentes e jovens. Ao garantir que o tratamento psiquiátrico seja realizado em espaços comunitários, a lei reforça a necessidade de uma atuação intersetorial que inclua o ambiente escolar como um espaço de promoção de saúde mental. Afinal, a educação é um processo de desenvolvimento contínuo que acontece por meio das interações sociais, sendo essencial para a construção do conhecimento e para o desenvolvimento cognitivo (Vygotsky, 1991).

A lei foi um avanço essencial para garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil e fortalecer a rede de atenção psicossocial, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, sua plena implementação depende de um esforço contínuo para superar os desafios estruturais e assegurar que o modelo de cuidado proposto seja uma realidade para toda a população, especialmente no que se refere à saúde mental de crianças e adolescentes no ambiente educacional.

Mesmo com os avanços promovidos pela lei, a sua implementação enfrenta desafios contínuos. A insuficiência de recursos destinados à saúde mental no Sistema Único de Saúde – SUS, as desigualdades regionais na oferta de serviços e, inclusive, a resistência de parte da sociedade e do setor privado, que lucrava com os antigos hospitais psiquiátricos, constituem entraves significativos. Sem um financiamento adequado e a efetivação de uma política pública, a rede de atenção psicossocial enfrentará, ainda, dificuldades para atender às necessidades crescentes da população. A continuidade desse processo, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o fortalecimento de políticas públicas que garantam a integração intersetorial, especialmente na esfera educacional, em que a promoção da saúde mental consiste em um aspecto essencial para o desenvolvimento integral dos cidadãos.

Pitta (2011) aponta a existência de 98 mil leitos psiquiátricos em 1982, disponíveis apenas em instituições privadas e conveniadas ao Estado, e concentrados em algumas regiões do país. Em contraste, os dados mais recentes do Ministério da Saúde (Brasil, 2015) indicam que os leitos psiquiátricos conveniados ao SUS somam 25.988, distribuídos em 167 hospitais localizados em 23 estados.

1.4 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Além de promover a desinstitucionalização, a Lei 10.216/2001 fortaleceu a criação e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que passaram a ser os principais dispositivos de cuidado na rede de atenção psicossocial. Os CAPS que funcionam como alternativas à internação hospitalar, oferecem tratamento ambulatorial intensivo e um cuidado interdisciplinar, garantindo que os usuários possam continuar suas vidas em seus ambientes familiares e sociais. Como resultado, houve uma significativa redução no número de leitos psiquiátricos, e um aumento gradual, ainda que insuficiente, na oferta de serviços comunitários (Brasil, 2005).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 336, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa portaria estabelece três modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, classificadas em ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Os CAPS devem estar capacitados para priorizar o atendimento a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, oferecendo tratamento em regimes intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

> 4.1.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:
> a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
> b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
> c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
> d – visitas domiciliares;
> e - atendimento à família;
> f – atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
> g – os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;
> 4.2 – CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.
> 4.2.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:
> a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
> b – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
> c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
> d – visitas domiciliares;
> e – atendimento à família;
> f – atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
> g – os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
> 4.3 – CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes.

> 4.3.1 – A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:
> a – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
> b – atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
> c – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
> d – visitas e atendimentos domiciliares;
> e – atendimento à família;
> f – atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
> g – acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
> h – os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;
> i – a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias (Portaria n.º 336/2002).

Assim, iniciou-se a implementação e estruturação dos CAPS, oferecendo assistência comunitária e multidisciplinar para pessoas com transtornos mentais. Tais instituições se tornaram uma peça central na validação da Reforma Psiquiátrica, promovendo a desinstitucionalização e a reinserção social dos usuários.

Então em 2003 foi instituída a Lei n.º 10.708, que determinou o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais egressos de internações. O benefício consiste em pagamento mensal de auxílio pecuniário, em que o valor é repassado, diretamente, aos beneficiários, salvo na hipótese de incapacidade de exercer, pessoalmente, atos da vida civil, quando é repassado ao representante legal do paciente. Tais pacientes passam a fazer parte do Programa Nacional De Volta Para Casa – PVC, desenvolvido pelo Ministério da Saúde no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, e o Programa segue ativo atualmente.

> Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:
> I – o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;
> II – a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;
> III – haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;
> IV – seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional (Lei 10.708/2003).

O PVC é regulamentado pela Portaria de Consolidação n.º 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, como uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, no contexto da Política Nacional de Saúde Mental, ancorada na Lei 10.216/2001. O PVC busca favorecer a ampliação

da rede de relações fora da unidade hospitalar, estimulando o bem-estar global, o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania dessas pessoas.

Atualmente, no Brasil, mais de 4.000 pessoas que ficaram internadas por longos períodos moram com suas famílias ou em estabelecimentos residenciais de serviços terapêuticos e recebem o auxílio do programa De Volta Para Casa; enquanto são acompanhadas por serviços comunitários de saúde mental da região (Opas, 2022).

Ao longo desses anos, os serviços e os cuidados com a saúde mental foram se firmando paulatinamente, e, em 2010, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em que se pactuaram diversas recomendações para consolidar as políticas sociais e políticas de Estado referentes à saúde mental no Brasil, bem como diretrizes para a Rede de Atenção Psicossocial e o fortalecimento dos movimentos sociais, além de validação dos direitos humanos e cidadania dessa população como desafio ético e intersetorial.

Nesse sentido, considerando também as recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, em 2011 foi instituída a Portaria N.º 3.088, que determinou a criação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS 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.

> Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:
> I – respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
> II – promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
> III – combate a estigmas e preconceitos;
> IV – garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
> V – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
> VI – diversificação das estratégias de cuidado;
> VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
> VIII – desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
> IX – ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
> X – organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
> XI – promoção de estratégias de educação permanente; e
> XII – desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular
> (Portaria n.º 3.088/2011).

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS é constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, em relação ao Sistema

Único de Saúde – SUS, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. Para que a assistência em saúde mental seja bem implementada de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 3.088/2011, os Governo Federal, Estaduais e Municipais devem atuar de forma coesa e integrada.

Os atendimentos em saúde mental, são realizados na Atenção Primária à Saúde – APS e nos CAPS, que existem nos diversos municípios do país, onde o usuário recebe assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme suas necessidades. Em algumas modalidades desses serviços, também há possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade.

A RAPS é formada por pontos de atenção, ou seja, serviços preparados para atender demandas de saúde mental: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família – UBS/ESF, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Unidades de Acolhimento – UA, Serviços Residências Terapêuticos – SRT, Programa de Volta para Casa – PVC, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura.

Figura 5 – pontos da RAPS

Fonte: Brasil, 2024.

O ponto central da Rede de Atenção Psicossocial na assistência psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é dividido conforme o público-alvo a que o serviço se destina:

> Art 7º
> § 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

> I – CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;
> II – CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;
> III – CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
> IV – CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
> V – CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e
> VI – CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (Portaria n.º 3.088/2011).

A intersetorialidade constitui, portanto, a base da rede como um todo. Por meio dela, os cuidados perpassam os vários setores sociais, e os serviços de atenção psicossocial se desprendem da estrutura física e buscam suporte e cooperação na sociedade, momento em que os pacientes deixaram de ser exclusivos “do médico” para se tornarem “da equipe” (Amarante, 2013).

Esse conceito refere-se à integração de diferentes setores sociais na prestação de cuidados em saúde mental, rompendo com a concepção de que o tratamento dos pacientes está restrito ao ambiente médico ou hospitalar. O cuidado se expande além das paredes das instituições, e os serviços de atenção psicossocial contemplam suporte na sociedade, envolvendo áreas como educação, assistência social, habitação, entre outras. Essa abordagem reforça o caráter comunitário e colaborativo da rede de atenção psicossocial, em que o cuidado ao usuário do serviço não é mais responsabilidade exclusiva de um único profissional, mas de uma equipe multiprofissional, ou seja, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, que devem trabalhar, de forma integrada, para garantir o bem-estar integral do paciente, abrangendo suas necessidades emocionais, sociais e físicas.

A intersetorialidade é, portanto, um pilar essencial para garantir que os serviços de saúde mental se desloquem da centralidade no hospital psiquiátrico e se tornem parte de uma rede

ampla e articulada, em que a sociedade como um todo participa da construção de um cuidado integral e inclusivo.

Em 1998 havia 148 CAPS no Brasil (OMS, 2022). Em 2023, esse número aumentou para 2.855 CAPS, distribuídos por todo o território brasileiro. Mesmo diante do avanço na atenção à saúde mental e no desenvolvimento na promoção dos direitos humanos para as pessoas com transtornos mentais, ainda persistem desafios, a serem enfrentados para garantir que os serviços de saúde mental sejam eficazes, acessíveis e inclusivos, como: a falta de cobertura universal, pois ainda há disparidades regionais na oferta de serviços de saúde mental, com áreas urbanas geralmente mais bem assistidas do que áreas rurais e periféricas. Muitos municípios ainda não contam com todos os tipos de serviços previstos na RAPS, o que dificulta o acesso equitativo ao cuidado em saúde mental em todo o Brasil. Além disso, os serviços de saúde mental muitas vezes enfrentam restrições orçamentárias e falta de investimento adequado, o que limita a capacidade de expansão e fortalecimento da RAPS, bem como de garantir a qualidade e a eficácia dos serviços oferecidos.

Outra questão que precisa ser debatida e evidenciada se refere aos serviços de saúde mental ofertados, exclusivamente, para crianças e adolescentes, como os CAPSi por exemplo, que ainda são insuficientes no país.

No ano de 2022, foram contabilizados apenas 285 Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, distribuídos de forma desigual pelo país, contrastando com a expansão e distribuição regional alcançada pelos CAPS para adultos no mesmo período, que totalizou 2.551 unidades no território brasileiro (IEPS; Instituto Cactus, 2022). É necessário foco nos cuidados da saúde mental de crianças e adolescência para que, no futuro, menos adultos precisem de intervenções.

Além disso, é indispensável fortalecer a integração da saúde mental com outros serviços de saúde, como atenção primária, urgência e emergência, e serviços de assistência social, garantindo suporte integral e coordenado para a sociedade.

Ressalta-se que o estigma associado aos transtornos mentais ainda é prevalente na sociedade brasileira, o que pode dificultar o acesso das pessoas aos serviços. A discriminação também pode afetar a qualidade do cuidado recebido por pessoas com transtornos mentais, levando a tratamento inadequado ou insensível por parte dos profissionais de saúde. Portanto, garantir um acolhimento humanizado e cuidado centrado no usuário é fundamental para promover a inclusão social e a autonomia das pessoas com transtornos mentais. Para isso, é fundamental a capacitação dos profissionais de saúde, ajuste na carga de trabalho e oferta de recursos de trabalho adequados.

Além disso, a pandemia da COVID-19 trouxe ainda mais desafios para a promoção da saúde mental no país. O isolamento social, a perda de entes queridos, a incerteza em relação ao futuro, o aumento do desemprego e da violência, bem como sequelas neurológicas do coronavírus SARS-CoV-2 contribuíram para o agravamento dos transtornos mentais.

Diante do exposto, é possível verificar que o processo histórico da atenção à saúde mental no Brasil reflete uma trajetória de evolução e transformação, processos de construção e desconstrução de políticas públicas, marcadas por avanços significativos, mas também por desafios persistentes. A construção de uma sociedade mais justa e inclusiva para as pessoas com transtornos mentais requer o comprometimento contínuo com a promoção dos direitos humanos, a valorização da diversidade e a consolidação de uma rede de cuidado que seja eficaz, humanizada e centrada na pessoa.

1.5 Estigmas dos transtornos mentais na sociedade

A história da loucura e dos cuidados direcionados às pessoas com transtornos mentais está marcada por estigmas e práticas excludentes que, por séculos, sustentaram uma visão negativa sobre a saúde mental, conforme mencionado anteriormente. Como constatado os sujeitos com transtornos mentais foram vistos como portadores de desvios morais ou espirituais, frequentemente marginalizados e confinados em instituições manicomiais. Essa abordagem histórica, baseada no isolamento e nas punições físicas, contribuiu para a consolidação de estigmas que ainda perduram na sociedade contemporânea.

Os preconceitos impactam diretamente na busca por tratamento, dificultam a aceitação social e perpetuam a marginalização dos sujeitos com transtornos mentais. Assim, é fundamental que o combate ao estigma esteja alinhado às políticas de saúde pública e educação, promovendo maior conscientização e acolhimento desde os primeiros anos escolares.

A escola, como espaço privilegiado de socialização, desempenha um papel fundamental para a desconstrução dos estigmas relacionados à saúde mental. A inclusão de políticas educacionais que promovam o bem-estar emocional e o apoio psicossocial pode contribuir para a redução de preconceitos, favorecendo um ambiente mais acolhedor para todos os sujeitos. No entanto, para que isso ocorra de forma efetiva, é necessário um esforço conjunto entre os setores de saúde e educação, garantindo a implementação de práticas intersetoriais voltadas ao apoio integral da saúde mental.

Os transtornos mentais estão presentes em diversas sociedades há séculos, e, mesmo com os avanços na compreensão científica, nas intervenções e tratamento, as marcas dos

estigmas são difíceis de serem apagadas. O estigma pode ser um fator tão prejudicial quanto o próprio transtorno, uma vez que promove isolamento, discriminação e reduz as oportunidades de tratamento e recuperação. Combater essas marcas estigmatizantes requer ações que vão além do tratamento, incluindo campanhas de conscientização, inclusão de temas de saúde mental em currículos educacionais e legislações que protejam os direitos das pessoas com transtornos mentais.

De acordo com Bauman (1999), ao "estranho" é negada a confiança em si mesmo, a sua existência é opaca, confusa e incompreensível. Dessa forma é desacreditado, e sua identidade é deslegitimada, e nem todos possuem as habilidades emocionais e psicológicas necessárias para lidar com as expectativas sociais, tornando a pessoa mais vulnerável ao agravamento do transtorno ou desenvolvimento de outros transtornos.

O descrédito e preconceito levam à marginalização e ao isolamento social das pessoas com transtornos mentais, que podem evitar contato mesmo com amigos e familiares, se desconectando ainda mais da comunidade. Esses sujeitos podem internalizar os estereótipos negativos, refletindo na sua autoestima, na sua autoimagem, na confiança em si mesmos e na capacidade de buscar ajuda e apoio quando necessário. "O estranho é modelo da ideia de universalidade: sem peso, em nenhum lugar está em seu lugar natural, é a própria antítese do concreto, do específico, do definido, ele é universal por não ter lar nem raízes (Bauman, 1999, p. 101)."

É evidente que o estigma afeta, de forma desproporcional, grupos marginalizados e vulneráveis, como minorias étnicas, LGBTQIAP+, pessoas de baixa renda, pessoas em situação de rua e até as mulheres. Isso pode aumentar as desigualdades sociais e econômicas, e dificultar o acesso a recursos e oportunidades para esses grupos, impactando na sua qualidade de vida e garantia de direitos.

> Uma vez que os sinais do estigma são irremovíveis, uma categoria só pode deixar de ser estigmatizada se o significante do estigma for reinterpretado como inócuo ou neutro ou se for completamente negada sua significação semântica e este se tornar socialmente invisível (Bauman, 1999, p. 79).

Nessa busca por deslegitimar os estigmas que envolvem a saúde mental ainda tão arraigados no inconsciente coletivo, em 2001, houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM, e nela foram apresentadas deliberações responsáveis por iniciar mudanças significativas referentes aos direitos das pessoas com transtornos mentais:

> o combate do estigma da loucura e a mobilização da opinião pública acerca da problemática da saúde mental devem ser implementados através de programas permanentes de educação e informação em saúde mental, com ampla participação dos

> usuários, familiares e comunidade, visando à sua capacitação e seu efetivo envolvimento. Da mesma forma, deve ser incentivada a discussão da legislação atual, por meio de cartilhas informativas, campanhas na mídia, encontros e palestras com a comunidade (Amarante, 1995).

Na oportunidade foram aprovadas propostas que visavam tornar o debate acerca da saúde mental acessível a todos:

> 387. Promover, de forma sistemática e permanente, através dos meios de comunicação de massa (TV, rádio, jornais, agências de publicidade e marketing), a informação, discussão e divulgação dos serviços e das políticas de saúde mental. Utilizar para isto, campanhas institucionais, programas de debates, elaboração de materiais educativos e informativos, estimulando parcerias com empresas que incentivem e criem a responsabilidade social.
> 388. Desenvolver processo de educação em saúde mental para conscientização e Integração da família e da comunidade na atenção à doença mental, informando seus direitos sociais, civis e trabalhistas.
> 389. Garantir que a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde crie um veículo de divulgação permanente, para informação e divulgação de experiências bem-sucedidas, baseadas no modelo inclusivo, além da divulgação da evolução da política nacional de saúde mental, utilizando os meios de comunicação existentes.
> 390. Garantir que os Conselhos Profissionais, na comunicação com suas categorias, viabilizem publicações na área de Saúde Mental, com vistas a uma maior eficiência, qualidade e controle social.
> 391. Criar um Banco de Dados no Ministério da Saúde e nas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, de fácil acesso, para conhecimento das capacitações e cursos oferecidos aos profissionais da rede que utilizarem recursos públicos para tal empreendimento (III CNSM, 2001).

A educação e a conscientização desempenham um papel crucial para a redução do preconceito, fornecendo informações precisas e combatendo mitos e equívocos comuns sobre saúde mental. Campanhas de sensibilização, programas de educação são estratégias eficazes para promover a compreensão e a aceitação dos transtornos mentais. A mídia desempenha uma função significativa para a formação de atitudes e crenças. Assim, desafiar representações distorcidas e estigmatizantes de saúde mental na mídia e na cultura popular é essencial para promover uma visão mais exata e compassiva.

> Decorre de atributos bem essenciais e constitutivos da sociedade moderna, como o princípio da igualdade de oportunidades, da liberdade pessoal e da responsabilidade do indivíduo por seu próprio destino. A modernidade é uma rebelião contra o destino e a atribuição a priori. De alguma forma é possível pensar que o estigma, enquanto conceito e a atitude de estigmatizar um indivíduo, restabelece a idéia de um destino, de estar predestinado e 'lança uma sombra sobre a promessa de aperfeiçoamento ilimitado' e esta premissa destoa de tudo que a modernidade representa e tudo aquilo que a sociedade moderna deve acreditar para (re)produzir sua existência (Bauman 1999, p. 78-79).

Além disso, é fundamental promover uma cultura de respeito e inclusão no sistema educacional, em que as pessoas com transtornos mentais sejam tratadas de acordo com seus

direitos. Isso pode envolver a promoção de ambientes de trabalho e comunidades inclusivas, a defesa de políticas de saúde mental e o desenvolvimento de sistemas de suporte acessíveis e eficazes.

Superar os estigmas dos transtornos mentais, focando na importância dos cuidados com a saúde mental de todos, é um processo contínuo que envolve esforços individuais e coletivos. “A pós-modernidade significa uma decidida emancipação face à ânsia caracteristicamente moderna de superar a ambivalência e promover a clareza que pressupõe um único sentido: o da uniformidade” (Bauman, 1999, p. 110).

Atualmente, pessoas com transtornos mentais podem ser superprodutivas, viver de forma harmônica em sociedade, ser inspiração para outras, pois, em muitos casos, o transtorno que elas apresentam afeta muito mais a elas que sofrem sem expor para os demais. Transtornos de ansiedade, depressão, TDAH, síndrome de burnout são alguns dos transtornos mentais que acomete cada vez mais pessoas, que, por meio do acompanhamento psicológico e psiquiátrico, podem seguir com muita qualidade de vida.

Para tanto é fundamental considerar a hipótese de que o aumento dos diagnósticos de transtornos mentais pode estar diretamente relacionado ao crescimento de distúrbios econômicos, ambientais, sociais e políticos. Em um cenário de crescente desigualdade, crises ambientais, instabilidade política e pressões econômicas, o sofrimento psíquico se intensifica, revelando uma correlação entre essas forças estruturais e a saúde mental da população. Transtornos como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático são reconhecidos não apenas como problemas individuais, mas como fenômenos socialmente produzidos.

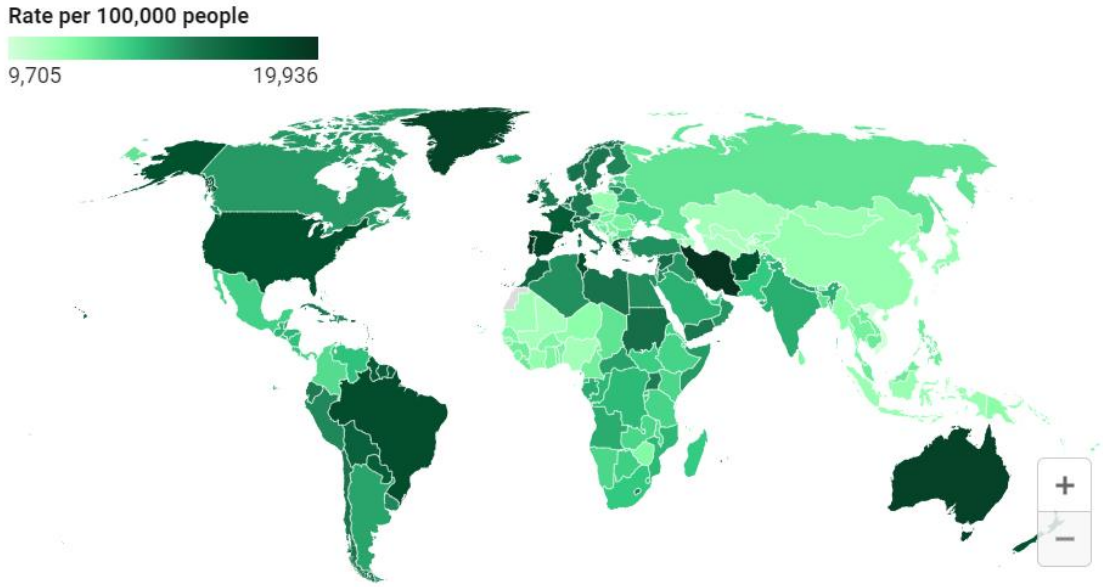
A precarização do trabalho, a insegurança econômica, o desemprego e a dificuldade de acessar recursos básicos criam um ambiente propício para o adoecimento mental. Da mesma forma, crises ambientais, como as mudanças climáticas, têm efeitos diretos sobre o bem-estar psicológico, seja pela perda de recursos naturais ou pelas incertezas sobre o futuro.

As tensões sociais e políticas, como desigualdades de gênero, raça e classe, agravam ainda mais esse cenário, gerando exclusão, violência simbólica e falta de pertencimento que se refletem em diagnósticos de transtornos mentais. Dessa forma, os transtornos mentais podem ser entendidos, em grande parte, como um produto social, cuja origem está enraizada nas condições estruturais da sociedade contemporânea. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde mental não podem ignorar essas dimensões, exigindo uma abordagem intersetorial que vá além da medicalização e aborde as causas sociais subjacentes.

1.6 Indicadores de saúde mental no Brasil

A saúde mental no Brasil tem se destacado como um tema de crescente preocupação, à medida que os dados estatísticos apontam para um aumento significativo na prevalência de transtornos mentais ao longo das últimas décadas. O Brasil está entre os países com as maiores taxas de prevalência de transtornos mentais no mundo.

Figura 6 – prevalência de transtornos mentais no mundo



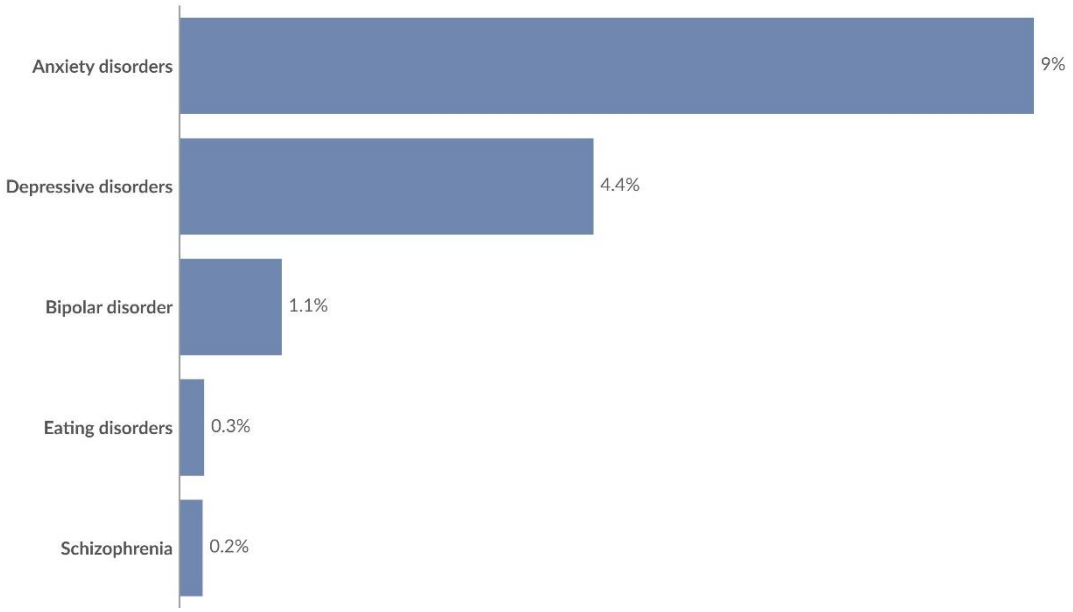
Fonte: Global Burden of Disease (IHME), 2024.

O mapa global apresenta incidência de transtornos mentais a cada população de 100.000 pessoas. Os países destacados em verde mais escuros apresentam um quantitativo mais elevado de pessoas com transtorno mental nesse grupo. O Brasil está entre eles, alcançando 18.411 casos a cada 100.000 habitantes. Esses números indicam que o sofrimento mental tem se tornado uma questão de saúde pública urgente no país, afetando pessoas de diferentes idades, classes sociais e regiões. A complexidade dos fatores que contribuem para esse aumento abrange desde questões socioeconômicas, como o desemprego e a insegurança financeira, até aspectos relacionados ao estilo de vida moderno, como o estresse, a sobrecarga de trabalho e o isolamento social. O que reforça a necessidade urgente do desenvolvimento e implantação de legislações e políticas que assegurem a saúde mental da população.

Conforme relatório da Global Burden of Disease (IHME), verificaram-se também os tipos de transtornos mentais mais prevalentes no Brasil em 2021, identificando que a ansiedade é o transtorno que mais afeta os brasileiros, alcançando 9,3% da população. A depressão é o

segundo transtorno mental mais presente no Brasil, alcançando 4,4% da população, seguido do transtorno bipolar que acomete 1,1% da população. Os transtornos alimentares e a esquizofrenia também apareceram na pesquisa, alcançando 0,3% e 0,2% da população, respectivamente. Essas informações podem ser observadas na figura 7.

Figura 7 – prevalência dos transtornos mentais no Brasil em 2021

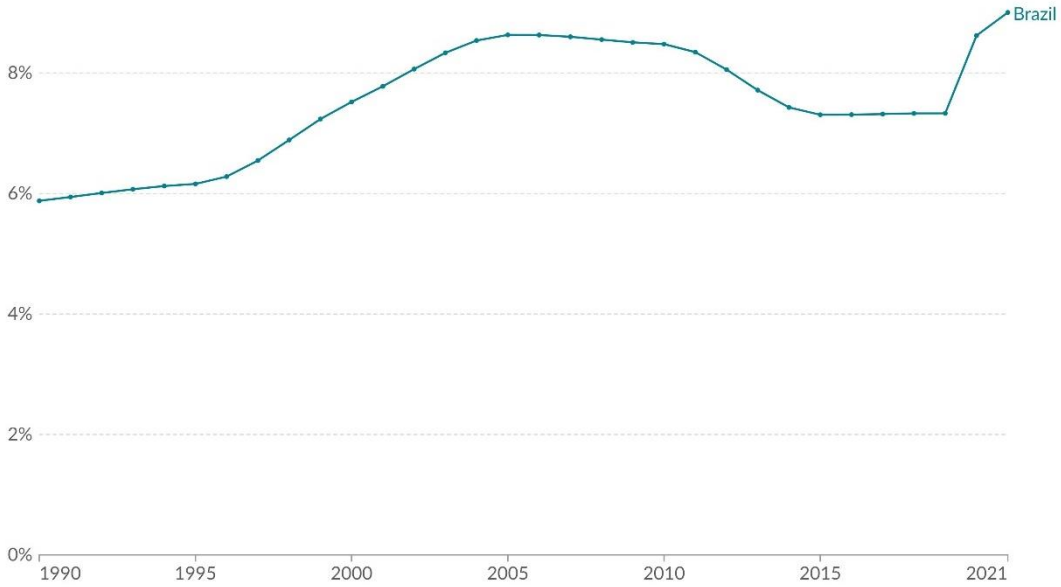


Fonte: Global Burden of Disease (IHME), 2024.

Com base nesses dados estatísticos, é possível compreender a real demanda dos brasileiros e a necessidade de políticas públicas eficazes que não apenas ampliem o acesso aos serviços de saúde mental, mas também promovam uma abordagem preventiva e educativa, garantindo que a população possa contar com suporte adequado. O panorama atual exige uma análise aprofundada das condições que favorecem o aumento dos transtornos mentais, bem como uma reavaliação das estratégias de cuidado oferecidas pelo sistema de saúde brasileiro.

Os transtornos ansiosos nos brasileiros somente aumentam ao longo dos anos, pouca atenção é dada para a prevenção e o tratamento se volta para intervenções medicamentosas. A IHME apresentou o levantamento dos índices de ansiedade na população brasileira ao longo de 31 anos, de 1990 a 2021 (conforme figura 8).

Figura 8 – prevalência de transtornos de ansiedade no Brasil de 1990 a 2021



Fonte: Global Burden of Disease (IHME), 2024

O gráfico inicia-se em 1990, quando 5,9% da população brasileira sofria de transtornos ansiosos; até 2008, os casos de ansiedade aumentaram continuamente, alcançando 8,6% da população.

Nos anos seguintes, observou-se uma queda no percentual, que se manteve estável em 7,3% entre 2015 e 2019. No entanto, logo houve um salto significativo, passando de 7,3% para 9% da população em 2021, período que coincidiu com a pandemia de COVID-19 no Brasil e no mundo, refletindo os impactos dessa crise na saúde mental dos brasileiros. O Brasil figurou, nesse momento, entre os países com maior incidência de transtornos ansiosos no mundo.

As incertezas relacionadas ao mercado de trabalho, o custo de vida elevado e as dificuldades em garantir condições básicas de bem-estar podem provocar um estado constante de preocupação e estresse, alimentando transtornos de ansiedade. Em tempos de crise econômica, muitas famílias enfrentam dificuldades em manter o padrão de vida e, frequentemente, encontram-se em situações de vulnerabilidade, o que agrava ainda mais o quadro. Além disso, a desigualdade social e o acesso desigual a serviços de saúde, educação e segurança geram uma sensação de impotência e falta de controle sobre a própria vida, fatores que estão diretamente ligados ao aumento dos transtornos de ansiedade. As populações marginalizadas ou em condições de pobreza são especialmente afetadas, já que têm menos acesso a suporte psicológico e tratamento adequado.

Nas últimas décadas, o estilo de vida brasileiro passou por transformações significativas, com um ritmo de vida cada vez mais acelerado, tanto nas grandes cidades quanto nas áreas menos urbanizadas. O excesso de trabalho, a competição no mercado de trabalho e as longas jornadas têm levado muitas pessoas a uma sobrecarga mental, aumentando os níveis de estresse. Para além disso, a cultura da produtividade, que valoriza o desempenho e a eficiência acima de tudo, contribui para um estado contínuo de alerta e pressão, tornando o ambiente de trabalho uma fonte recorrente de ansiedade.

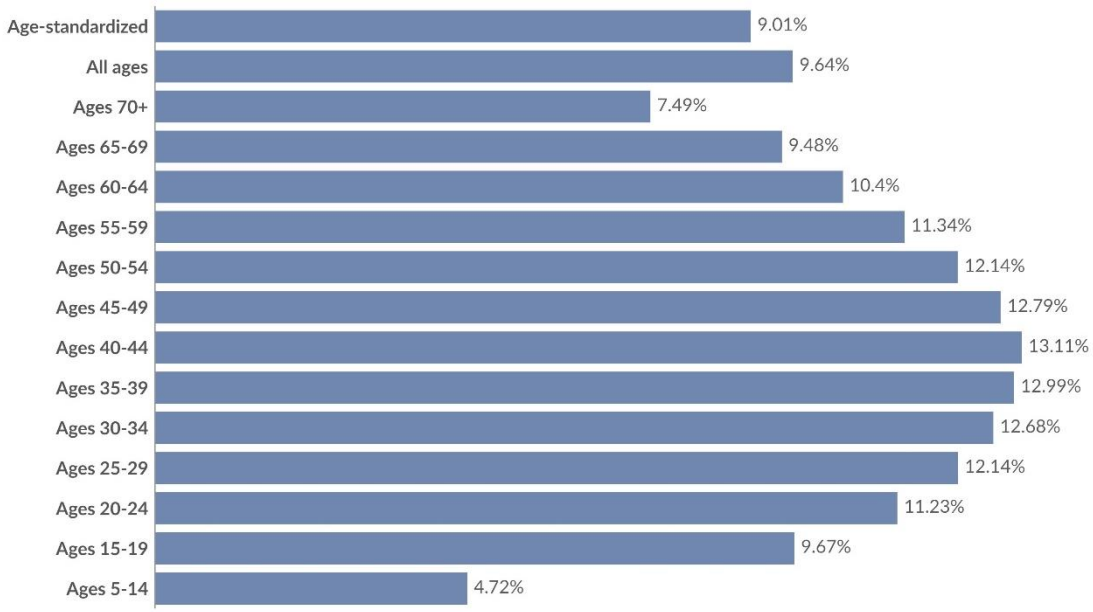
Outro ponto relevante é a função das redes sociais e da digitalização na vida cotidiana. Embora a tecnologia tenha trazido inovações e facilidades, o uso constante de dispositivos eletrônicos e a exposição às redes sociais têm exacerbado sentimentos de comparação, inadequação e inferioridade. A pressão por manter uma imagem idealizada, aliada à superexposição a notícias e informações trágicas, contribui para o aumento da ansiedade.

A pandemia de COVID-19 foi um fator que catalisou ainda mais o aumento dos transtornos de ansiedade no Brasil, como pode ser observado claramente no gráfico acima. O isolamento social, as incertezas sobre a saúde, o medo da contaminação e a perda de entes queridos geraram uma onda de sofrimento emocional que afetou toda a população. A pandemia não somente trouxe à tona questões de saúde mental pré-existentes, como também criou um ambiente propício para o surgimento de novos casos de ansiedade. Além disso, o impacto econômico da pandemia, com a perda de empregos e a recessão global, adicionou uma camada extra de estresse, especialmente para aqueles já em situação vulnerável.

Durante a pandemia, a busca por atendimento psicológico e psiquiátrico aumentou consideravelmente, mas muitos brasileiros enfrentaram dificuldades de acesso ao tratamento adequado, especialmente em regiões mais remotas ou em áreas de baixa renda, onde os serviços de saúde mental já eram limitados. O SUS embora tenha ampliado seu atendimento, não foi suficiente para suprir toda a demanda crescente.

Diante dessa realidade, é importante também considerar qual a faixa etária que mais sofre por ansiedade, para direcionar as intervenções de forma mais assertiva para cada grupo. A IHME também apresentou o levantamento da prevalência de ansiedade por idade no Brasil, conforme a figura 9.

Figura 9 – prevalência de transtornos de ansiedade, por idade, no Brasil em 2021



Fonte: Global Burden of Disease (IHME), 2024.

O gráfico mostra que a prevalência de transtornos de ansiedade é particularmente alta em adultos, com uma concentração maior entre os 35 e 44 anos (12,99% e 13,11%, respectivamente), o que pode ser interpretado como a fase da vida associada a um pico de pressões, tanto no contexto profissional quanto pessoal. Essas idades geralmente coincidem com momentos de grandes responsabilidades financeiras, familiares e profissionais, o que pode gerar maior vulnerabilidade a transtornos de ansiedade. Nessa fase as pessoas ficam mais vulneráveis às tensões do mercado de trabalho, o que corrobora a hipótese de relação entre aumento de transtornos mentais nesses sujeitos com o aumento dos descompassos econômicos, sociais e políticos.

O período dos 30 aos 59 anos também apresenta altas taxas, variando de 12,68% a 12,14%, respectivamente. Isso pode ser explicado pela sobrecarga relacionada à vida adulta, como construção de carreira, manutenção de relacionamentos, educação de filhos e responsabilidades econômicas. A alta exigência pessoal e profissional nessas faixas etárias, especialmente em um país com problemas econômicos e sociais como o Brasil, tende a intensificar os níveis de ansiedade.

Entre os 50 e 64 anos, o gráfico aponta uma diminuição, chegando a 10,4%, referente ao período próximo à aposentadoria, mas que pode envolver inseguranças em relação ao futuro, à saúde e à estabilidade financeira, contribuindo para o aumento dos transtornos de ansiedade.

As faixas etárias de 65 a 69 anos e 70+ apresentam uma diminuição acentuada nos níveis de ansiedade. Esse fenômeno pode ser associado a diferentes fatores, como o afastamento das pressões do trabalho e da criação de filhos, maior maturidade e resiliência emocional desenvolvida ao longo da vida. Entretanto, essa redução também pode refletir a subnotificação de transtornos em populações idosas ou o fato de que os sintomas podem ser confundidos com outros problemas de saúde.

A pesquisa avança ao delimitar a infância, agrupando crianças, pré-adolescentes e adolescentes em um único bloco, sem considerar as particularidades de cada fase. O gráfico mostra uma prevalência menor de ansiedade entre pessoas de 5 a 14 anos (4,72%), o que pode refletir uma combinação de subdiagnóstico e características naturais do desenvolvimento emocional em idades mais jovens. Entretanto, a prevalência entre adolescentes (15 a 19 anos) aumenta de maneira significativa (9,67%), sugerindo que a transição para a adolescência, com seus desafios emocionais, sociais e educacionais, eleva os níveis de ansiedade. Nessa fase, as pressões acadêmicas, sociais e as expectativas pessoais contribuem podem contribuir para esse aumento dos transtornos ou quadros ansiosos.

A prevalência na faixa etária dos 20 aos 24 anos é, ainda, mais alta, atingindo 11,23%, o que indica que os jovens adultos também enfrentam desafios significativos. A transição para a vida adulta, decisões de carreira, busca por inserção no mercado de trabalho, preocupação com independência financeira e desenvolvimento de relacionamentos, pode contribuir para esse alto nível de ansiedade. Essas taxas sugerem que essa fase da vida é particularmente vulnerável e, se não tratada adequadamente, pode acarretar problemas de saúde mental no longo prazo.

O aumento da ansiedade como observado na pesquisa ocorre ao longo da vida e pode ser agravada diante da dificuldade de acesso a serviços de saúde mental. Embora no Brasil o SUS ofereça tratamento, muitas vezes a demora no atendimento, a falta de profissionais capacitados e a escassez de programas preventivos nas escolas e no ambiente de trabalho agravam os problemas de saúde mental da população, bem como a falta de conscientização sobre a importância do cuidado psicológico faz com que muitos brasileiros demorem a procurar ajuda, ou sequer percebam que estão enfrentando transtornos de ansiedade.

Além disso, há, ainda, um estigma associado às doenças mentais no Brasil, o que impede muitas pessoas de buscarem tratamento por medo de julgamento ou discriminação. A estigmatização dificulta o debate aberto sobre a saúde mental e atrasa a implementação de políticas públicas eficazes que possam combater o aumento da ansiedade de forma ampla e inclusiva.

Diante desse cenário, o Brasil necessita de uma abordagem mais eficaz para enfrentar o aumento da ansiedade. As políticas públicas devem focar na promoção da saúde mental, ampliando a conscientização, melhorando o acesso ao atendimento especializado e garantindo suporte adequado para diferentes grupos populacionais. A educação emocional nas escolas pode desempenhar um papel preventivo importante, auxiliando crianças e adolescentes a conhecerem os transtornos mentais, seus sintomas, forma de prevenção e tratamento. Além disso, é fundamental que o governo invista em programas de saúde mental no ambiente de trabalho e nas comunidades, oferecendo suporte psicológico de forma acessível e descentralizada. A capacitação de profissionais da saúde e o aumento do número de serviços especializados em saúde mental são passos essenciais para conter o aumento alarmante dos transtornos de ansiedade no país.

Percebe-se que o aumento da ansiedade no Brasil, ao longo dos anos, reflete uma convergência de fatores geracionais, sociais, econômicos e culturais que precisam ser enfrentados com urgência. Embora o problema tenha se agravado com a pandemia, suas raízes são mais profundas, exigindo uma abordagem sistêmica que inclua não apenas o tratamento, mas também a prevenção e a promoção de uma vida mais saudável e equilibrada. Políticas públicas efetivas e o fortalecimento do sistema de saúde mental são cruciais para reverter esse quadro e proporcionar melhores condições de vida para a população.

2 CURRÍCULO COMO PRÁTICA SOCIAL E POLÍTICA: IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL

O currículo é parte central em todos os níveis de ensino e a concepção adotada pelas escolas, influencia diretamente na formação dos estudantes. Políticas públicas têm grande potencial para contribuir no aprimoramento das ações e programas desenvolvidos no currículo, bem como no fortalecimento de uma cultura.

Dessa forma, o currículo escolar está além da mera transmissão de conhecimento acadêmico; ele se configura como uma ferramenta essencial para o desenvolvimento integral do ser humano. A formação plena do estudante é um aspecto central desse processo, abrangendo a exploração e o desenvolvimento de competências humanas. Para tanto, torna-se necessária uma flexibilização curricular que permita repensar as disciplinas, os conteúdos e as formas de avaliação, considerando o contexto que define a realidade atual ao estruturar o currículo. O currículo ultrapassa a simples seleção de conteúdos disciplinares (Saviani, 2000).

Segundo Sacristán (2000), o currículo deve ser compreendido como uma construção social que reflete e perpetua os conhecimentos, valores e práticas de uma sociedade. Portanto, a inclusão (ou ausência) de temas relacionados à saúde mental no currículo demonstra a importância que a sociedade atribuiu a essa questão. Quando o currículo marginaliza ou ignora a saúde mental, isso reflete uma sociedade que não prioriza esse aspecto no desenvolvimento humano, perpetuando estigmas relacionados ao tema.

Por outro lado, a inclusão de políticas de saúde mental no currículo educacional contribui para a formação integral dos estudantes, enfocando não apenas conhecimentos acadêmicos, mas também no desenvolvimento de cidadãos saudáveis, críticos, independentes e capazes de enfrentar os desafios da vida. O currículo, nesse contexto, pode tanto reproduzir quanto combater às desigualdades sociais. Isso se aplica, diretamente, às questões de saúde mental, especialmente no caso de estudantes oriundos de contextos socioeconômicos desfavorecidos ou marginalizados, que enfrentam maiores desafios psicológicos e emocionais. não promover discussões sobre essas temáticas com todos os grupos, acabará reforçando as desigualdades no cuidado com a saúde mental

Políticas de saúde mental integradas ao currículo devem combater essas desigualdades ao proporcionar acesso equitativo à informação e recursos de suporte emocional e psicológico, auxiliando a reduzir o impacto dessas desigualdades no desenvolvimento de crianças e adolescentes. O currículo tem o poder de influenciar tanto o desenvolvimento intelectual quanto o emocional dos estudantes. Para tanto é necessária a integração de políticas e práticas que

valorizem o bem-estar psicológico para a construção de uma educação mais humanizadora e inclusiva; afinal, a prática educativa se articula, portanto, não apenas por meio de técnicas e teorias, mas também em resposta a demandas ideológicas, sociais e culturais. (Sacristán, 2008).

Para uma sociedade mais humanizada, a formação de cidadãos críticos, capazes de refletir sobre sua realidade, questionar injustiças, propor soluções coletivas somente é possível por meio do desenvolvimento do pensamento crítico. Quando o currículo inclui discussões sobre direitos humanos, democracia, ética e justiça social, ele abre espaço para que os estudantes compreendam seu papel como agentes transformadores na sociedade. Esses conteúdos incentivam a prática da cidadania ativa, a participação política e a defesa dos direitos de todos, fortalecendo a democracia e promovendo uma sociedade mais inclusiva. É por meio da educação que se transforma o mundo (Freire, 2019).

Um currículo comprometido com os direitos humanos está alinhado à dignidade humana e aos direitos fundamentais. Esse compromisso se manifesta em práticas pedagógicas que promovem o respeito à diversidade — seja ela minoria, de gênero, cultural ou social —, o combate à discriminação e ao fortalecimento de valores como respeito, tolerância e empatia. Quando os direitos humanos são incorporados ao contexto escolar, os estudantes são incentivados a respeitar e fortalecer a transparência desses direitos, tanto em suas comunidades locais quanto em contextos globais, promovendo atitudes que visam à construção de uma sociedade mais consciente, em que a proteção dos direitos é prioridade e a solidariedade entre os sujeitos se torna uma prática cotidiana, e não é de se admirar que, em um ambiente como esse, o manejo da saúde mental também se torna mais favorável.

Para complementar tal processo, se faz necessário também abordar a justiça social como prática para a construção de uma sociedade mais equitativa e inclusiva, e consequentemente mais saudável emocionalmente. O currículo é uma ferramenta para promover a justiça social ao garantir que os discentes, independentemente de sua origem socioeconômica, gênero ou etnia, tenham acesso às mesmas oportunidades diante das suas necessidades.

A justiça social no contexto educacional oferta mais do que conhecimento; desenvolve condições para que os estudantes obtenham êxito, independentemente de sua origem social, étnica ou econômica (Ponce; Chizzotti, 2012). É imprescindível a criação de condições equitativas que permitem que todos os estudantes alcancem os seus objetivos, independentemente de suas origens sociais, étnicas ou econômicas. A justiça social, nesse sentido, exige a remoção de barreiras que limitam o acesso e o sucesso, seja por meio de adaptações curriculares, de suporte emocional e psicológico, ou de estratégias que garantam a

igualdade de oportunidades. Portanto, o currículo escolar deve proporcionar não apenas ensinamentos, mas transformação, permitindo que todos possam atingir seus objetivos próprios.

Um currículo humanizado e democrático que impacta positivamente a saúde mental de uma sociedade valoriza a diversidade em todas as suas formas. Ele promove o respeito pelas diferenças de gênero, raça, cultura, religião, orientação sexual, e capacidades físicas e cognitivas. A estrutura curricular que respeita a diversidade cria um ambiente escolar mais acolhedor e seguro, em que os estudantes podem se sentir valorizados e respeitados por ser quem são, e os impactos disso ultrapassam os muros da escola.

A justiça curricular deve assegurar que todos os estudantes tenham acesso a um conhecimento historicamente acumulado, mas que possam reconhecer e valorizar as diversidades culturais, sociais e étnicas presentes na sociedade (Ponce, 2018).

O currículo deve ser inclusivo e plural, garantindo que todos os estudantes tenham a oportunidade de aprender com as mesmas bases de conhecimento, ao mesmo tempo em que esse conhecimento é contextualizado com as realidades e vivências de cada grupo. Ao garantir o acesso ao conhecimento, a educação proporciona a todos a oportunidade de compreender o mundo a partir de uma perspectiva crítica. No entanto, para que esse acesso seja realmente justo, as diversidades presentes nas experiências dos estudantes não podem ser ignoradas. O currículo deve ser moldado para não apenas respeitar identidades, mas também valorizar as múltiplas culturas que compõem a sociedade, criando espaços de aprendizados que reflitam as diferentes culturas, etnias e realidades sociais.

Além disso, a justiça curricular desafia a reprodução de desigualdades e a invisibilizarão de certos grupos no ambiente educacional. Ao promover a inclusão de narrativas e histórias que foram tradicionalmente marginalizadas, o currículo atua como uma ferramenta de empoderamento, permitindo que os estudantes se reconheçam no processo de aprendizagem e compreendam seu papel no mundo.

Para tanto, processos inovadores abrangem a redefinição da função do professor para uma postura de mediador, desenvolvendo relação de parceria e corresponsabilidade com os estudantes que passam a ser, também, responsáveis por seu processo de aprendizagem (Masetto, 2012).

O professor mediador não se limita a repassar informações, mas facilita o processo de aprendizagem, criando oportunidades para que os estudantes desenvolvam pensamento crítico, autonomia e habilidades de resolução de problemas. O foco deixa de ser apenas o conteúdo e passa a ser a construção de sentido e a capacidade dos estudantes aplicarem o conhecimento em diferentes contextos. Nesse modelo, o professor cria condições para que os estudantes façam

descobertas, reflitam sobre seus próprios processos de aprendizagem e desenvolvam competências mais amplas. Ensinar não é apenas transferir conhecimento, mas criar oportunidades para que o estudante construa seu próprio aprendizado (Freire, 2002).

Dessa forma, se estimula um ambiente escolar seguro e acolhedor para todos os estudantes, independentemente de sua identidade de gênero, orientação sexual, etnia ou capacidade física ou mental. As escolas devem desenvolver uma cultura de apoio e compreensão, em que todos se sintam confortáveis em compartilhar suas experiências e buscar ajuda.

A construção de um currículo voltado para práticas de atenção psicossocial é um processo que requer, além de propriedade e conhecimento técnico, muita dedicação por parte de todos os envolvidos, disponibilidade para persistir na edificação e no aprimoramento de um projeto em constante construção. Importante reafirmar que além desses aspectos, o currículo deve ser ético e crítico direcionando a formação de cidadãos conscientes e comprometidos com a justiça social, a equidade e a transformação das estruturas sociais opressivas (Casali, 2016).

Integrar a saúde mental ao currículo não é apenas uma questão pedagógica, mas também uma questão de responsabilidade social e equidade. É a busca pela liberdade, que se posiciona contra as estruturas sociais opressivas, que seguem marginalizando e estigmatizando pessoas que apresentam sofrimento psíquico.

Em uma sociedade marcada por desigualdades e pressões psicológicas crescentes, a escola se torna um espaço essencial para a promoção do bem-estar para todos que façam parte dela. Para tanto, a observação de como a saúde mental de professores e estudantes vem se apresentado nos últimos anos é essencial, a fim de desenvolver políticas mais assertivas que atendam de fato as demandas atuais da comunidade escolar brasileira.

No campo educacional, a integração de políticas de atenção psicossocial nas escolas é um aspecto crucial que ainda carece de maior atenção. A falta de suporte adequado para educadores e estudantes que necessitam de atenção aos aspectos relacionados à sua saúde mental revela uma lacuna significativa no sistema. A implementação de políticas públicas de saúde mental que reconheçam a escola como um espaço de acolhimento e promoção do bem-estar emocional é essencial para enfrentar os desafios atuais.

A escola, como uma das principais instituições de socialização, precisa ser incluída de forma mais contundente nas estratégias de saúde mental, indo além das políticas setoriais e fragmentadas, para uma visão mais intersetorial e integrativa.

A escassez de discussões sólidas, pesquisas e legislações sobre saúde mental nas escolas brasileiras, resulta na supervalorização dos diagnósticos, na cronificação dos preconceitos e no

excesso de medicalização. Tais questões impedem a articulação de projetos que estimulam o desenvolvimento de habilidades não apenas intelectuais, mas também emocionais e sociais, que contribuirão para o desenvolvimento integral do estudante e constituirá um fator de proteção para demandas de saúde mental no futuro.

A aproximação de diferentes setores e áreas do conhecimento, como, educação, saúde e saúde mental, bem como de políticas públicas, para elaboração de novas práticas que atendam a esse objetivo deve ser prioridade (Estanislau; Bressan, 2014).

Apenas 7% dos países contam com políticas explícitas para a atenção em saúde mental da infância. Os problemas de saúde mental acometem uma em cada cinco crianças/adolescentes e demandas de saúde mental apresentadas na infância sem tratamento adequado perduram até a idade adulta (Lauridsen-Ribeiro; Tanaka, 2012). No Brasil, mais de 80% das crianças de 6 a 12 anos com transtornos mentais não recebem tratamento adequado (Fatori et al., 2019), e os reflexos dessa negligência serão sentidos no futuro, e impactarão toda a sociedade.

Especialmente em países de baixa e média renda adolescentes em situação de vulnerabilidade social são mais afetados e menos tratados, e acabam por sofrer mais com os prejuízos dos transtornos mentais (Kieling et al., 2011).

Para Estanislau e Bressan (2014), o sistema educacional é protagonista no contexto de disseminação de saúde e definem o termo “aprendizagem socioemocional”, sendo um processo fundamental que auxilia o relacionamento interpessoal e introspectivo do sujeito, ressaltando cinco processos dessa aprendizagem: autoconhecimento, consciência social, tomadas de decisão responsável, habilidades de relacionamento e autocontrole. Essas habilidades, se bem desenvolvidas, podem ser fatores de proteção ao longo da vida, inclusive diante de um possível transtorno mental.

A escola deve ser, portanto, um espaço de atenção psicossocial, já que crianças e adolescentes estão convivendo no local diariamente e apresentando seus comportamentos de forma mais genuína e explícita, expostos a um olhar pedagógico mais neutro, objetivo e isento dos vieses afetivos. Mas, para isso, é essencial a presença de profissionais de saúde mental nas escolas. Essa responsabilidade não deve ficar a cargo de professores, que já acumulam muitas funções e necessitam de suporte especializado no seu ambiente de trabalho.

Os impactos da negligência com relação aos cuidados com a saúde mental de crianças e adolescentes, entre 0 e 19 anos, é de 387,2 bilhões de dólares. Já intervenções para prevenção da ansiedade, depressão e suicídio nas escolas geram um retorno de 21,5 dólares a cada 1 dólar investido, ao longo de 80 anos. Além disso, em países de baixa e média renda, esse valor chega a 88,7 dólares em 80 anos, o que representa a possibilidade de uma população adulta mais

saudável e funcional, além de reflexos positivos no desenvolvimento socioeconômico nessas regiões do mundo (UNICEF, 2021).

No Brasil, os custos com cuidados direcionados a uma criança aos sistemas de assistência social são 2,2 vezes maiores quando esta possui alguma questão relacionada à saúde mental. Na Grã-Bretanha, onde também há um sistema de saúde universal, como no Brasil, o investimento público na mesma área foi 15 vezes maior para os casos de crianças com questões de saúde mental, comparadas com as que não apresentam comprometimentos nesse sentido (UNICEF, 2021).

A demanda por recursos e serviços no cuidado de crianças com problemas de saúde mental é consideravelmente maior do que para aquelas que não precisam dessa atenção. O Brasil enfrenta grandes desafios para a implementar políticas de saúde mental, sobretudo para o público infantojuvenil e especialmente direcionado ao ambiente educacional.

Além das implicações emocionais e psicológicas, crianças e adolescentes com demandas relacionadas à saúde mental apresentam comprometimento na vida escolar, já que a evasão escolar de estudantes com problemas de saúde mental varia de 43% a 86%, e estudantes com depressão têm duas vezes mais chance de deixar a escola comparado com aqueles sem depressão (Dupéré, V., et al. 2017).

A evasão escolar entre crianças e adolescentes com transtornos mentais acarreta consequências significativas para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social desses sujeitos. A ausência prolongada do ambiente escolar limita o acesso a estímulos essenciais para o desenvolvimento de capacidades relacionadas ao aprendizado, à resolução de problemas e ao desenvolvimento intelectual, abrangendo habilidades como raciocínio lógico, memória, atenção e compreensão de conceitos, agravando quadros de isolamento e exclusão social. Além disso, a evasão reduz, drasticamente, as oportunidades futuras de inserção no mercado de trabalho e de participação plena na sociedade, criando um ciclo de exclusão que pode aumentar a vulnerabilidade ao desemprego, à pobreza e até mesmo à criminalidade. A falta de políticas educacionais inclusivas, somada ao estigma social em torno dos transtornos mentais, contribui para a perpetuação dessas barreiras, tornando urgente a implementação de medidas psicossociais e pedagógicas que visem à permanência e ao pleno desenvolvimento escolar de estudantes com transtornos mentais.

Becker et al. (2014) constataram que, após ações de saúde mental nas escolas, o rendimento dos estudantes tende a melhorar, eles verificaram que o grupo de estudantes que recebeu acompanhamento terapêutico obteve melhora significativa (83,3%) em seu desempenho escolar, em relação ao grupo que não recebeu nenhum tipo de intervenção. Diante

disso, tais ações trazem amplos benefícios acadêmicos, mas sobretudo para a saúde mental dos envolvidos e das suas famílias.

Outro fator que impacta, de forma significativa, a saúde mental da comunidade escolar é a violência praticada dentro da instituição. A insegurança no ambiente escolar pode afetar, negativamente, o desempenho escolar (Barboza, 2015); enquanto um clima escolar favorável pode elevar o desempenho escolar dos estudantes (Wang et al., 2014).

Verificou-se em pesquisa nos Estados Unidos que todos os dias, aproximadamente, 160.000 crianças não frequentam a escola porque têm medo de serem intimidadas, de acordo com a Associação Nacional de Educação (Rettew; Pawlowski, 2016). No estudo de Glew et al. (2008), também nos Estados Unidos, 7% dos estudantes que cursavam o 8º ano ficaram, pelo menos, um dia por mês em casa, em função do medo de outras crianças na escola.

De acordo com a Pesquisa Internacional sobre Ensino e Aprendizagem (*Teaching and Learning International Survey – TalIs*), apresentada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (*Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD*), cujos dados foram divulgados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep, em 2019, o ambiente escolar brasileiro é duas vezes mais suscetível ao *bullying* do que a média geral das instituições de ensino em 48 países, que a pesquisa analisou, também chamando atenção de que as escolas brasileiras precisam de medidas mais enérgicas contra o bullying no ambiente escolar.

Percebe-se, portanto, que a escola se apresenta como um local de produção e reprodução de violências e indisciplinas (Pinheiro et al., 2010; Silva & Pereira, 2008), em que muitas crianças e adolescentes não se sentem seguros ou pertencentes a ela (Glew et al., 2008).

O *bullying* passa a ser um fenômeno que se encontra presente em praticamente todas as escolas do mundo, independentemente de diferenças regionais e/ou culturais (Craig et al., 2009) e gera consequências desastrosas no desenvolvimento emocional e acadêmico dos estudantes.

Nos dois primeiros meses do ano letivo de 2022, no retorno das aulas presenciais, foram registrados 4.021 casos de agressões físicas nas unidades estaduais de ensino do país — 48,5% a mais que no mesmo período de 2019, o último ano de aulas presenciais antes da crise sanitária. Observa-se, portanto, um cenário de intensificação do processo de adoecimento de jovens, e de seus professores, o que demanda olhar cuidadoso dos formuladores de políticas públicas (Agência Senado, 2022).

Em pesquisa realizada no Brasil e em Portugal por Zequinao (2021), constatou-se que os envolvidos nas ações de *bullying* apresentam comprometimento no desempenho acadêmico, mas sobretudo os agressores, esses também são vítimas e sofrem sérios impactos na sua vida

escolar. Na tabela 1, apresentam-se as diferenças de desempenhos em diversas disciplinas dos envolvidos em ações de *bullying* que participaram da pesquisa no Brasil.

Tabela 1 – desempenho escolar dos envolvidos nas ações de *bullying*

Variáveis	BRASIL (N=179)				
	Não Participa $\bar{x}$ (DP)	Vítima $\bar{x}$ (DP)	Agressor $\bar{x}$ (DP)	Vítima-Agressor $\bar{x}$ (DP)	p-valor
Matemática	6,91 (1,93)	7,33 (1,50)	6,52 (1,57)	6,59 (1,56)	0,290
Português	6,72 (1,99)	7,17 (1,61)	6,50 (1,49)	6,50 (1,38)	0,358
Língua Estrangeira (Inglês)	7,69 (1,95)	8,42 (1,37)	7,48 (1,53)	7,41 (1,27)	0,068
Ciências	7,36 (1,74)	7,69 (1,48)	7,04 (1,40)	7,08 (1,48)	0,304
Média Final	7,17 (1,79)	7,65 (1,29)	6,89 (1,31)	6,90 (1,22)	0,173

$\bar{x}$ (dp): média (desvio padrão);* Kruskal-Wallis; [a-b] U de Mann-Whitney

Fonte: Zequinao (2021).

Diante do exposto, pode-se observar que os agressores, aqueles que praticam o *bullying* ou aqueles que sofrem e praticam o *bullying* são os mais comprometidos nesse contexto, reforçando um ciclo secular de desigualdades, segregação e violência existentes no Brasil, que necessita de constante atenção, para que não se perpetue.

Os agressores podem ter dificuldade em seguir regras, respeitar autoridades ou manter um comportamento apropriado em sala de aula. As ações dos agressores, muitas vezes, resultam em punições escolares, como advertências, suspensões ou, inclusive, expulsões temporárias. Essas interrupções no ciclo de aprendizado podem causar lacunas significativas no conteúdo escolar e afetar diretamente o desempenho acadêmico. Além disso, muitos agressores enfrentam déficits nas habilidades socioemocionais, como empatia, autocontrole e resolução de conflitos, que podem influenciar nas suas interações com professores e colegas, dificultando o desenvolvimento de um ambiente de aprendizagem estimulante e colaborativo. A falta de habilidades emocionais pode gerar uma série de prejuízos psicológicos, afetando a capacidade de concentração, atenção e consequentemente o desempenho acadêmico.

> A consideração dessa dupla faceta própria ao construto do bullying — que denuncia e age sobre iniquidades, ao mesmo tempo em que as mantém — revela-se, assim, fundamental para pensar produções acadêmicas, políticas públicas, programas escolares de intervenção, produtos e serviços, bem como coberturas noticiosas, em favor dos direitos humanos e da justiça social (Zequinao, 2021).

Nesse sentido orienta-se as ações sociais, cada vez mais, na direção de ações preventivas em saúde integral e a prevenção à exclusão social. Para Costa (1986), a educação não produz saúde mental, mas reproduz a ordem social, ou seja, a educação é reflexo da saúde mental presente no contexto. Sendo assim, para uma educação integral e libertadora, é necessária também atenção à saúde mental.

O setor da educação é fundamental para a implantação de projetos de identificação e prevenção de saúde mental de crianças e adolescentes, já que essa população permanece a maior parte do tempo na escola (Praisner, 2023).

No Brasil, as iniciativas regulamentadas de promoção da saúde em escolas encontram-se atualmente articuladas ao Programa Saúde na Escola – PSE, que se refere ao Decreto n.º 6.286/2007. E será abordado mais detalhadamente no capítulo 3 desta tese.

O PSE tem o objetivo de contribuir para o pleno desenvolvimento dos estudantes da rede pública de ensino da Educação Básica, por meio da articulação entre os profissionais de saúde da Atenção Primária e dos profissionais da educação. Entre seus objetivos principais, destaca-se a promoção de saúde e educação integral, fortalecendo as ações de enfrentamento de vulnerabilidades, ampliando o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes brasileiros.

Braga et al. (2023) identificaram que a adesão ao PSE somente cresce ao longo dos anos. Em 2010 e 2011, a participação das escolas alcançou 20%, em 2012 alcançou, aproximadamente, 45%, chegando a 90% em 2013 e 2014. Os autores concluíram que programas que promovem ações de saúde em escolas podem ser eficazes para melhorar os resultados educacionais, destacando um papel importante para controle de endemias locais.

Oliveira et al. (2018) investigaram a percepção dos adolescentes participantes do PSE sobre o mesmo, e identificaram que eles percebem o programa como um relevante mecanismo de acesso a cuidados em saúde, embora os relatos apontem maior peso às ações assistenciais em comparação àquelas de cunho preventivo e promotor de saúde, indicando a necessidade de rever as abordagens implementadas e forma como os participantes as percebem.

Além disso, há uma ausência de estudos que avaliem ações do PSE articuladas ao campo da saúde mental e atenção psicossocial. Tal fator pode ser reflexo da escassez de iniciativas voltadas à promoção de saúde mental no contexto escolar, reforçando a necessidade urgente de pesquisas que abordem este tema no interior das políticas do PSE (Oliveira, 2021).

O PSE representa uma política pública fundamental para a integração das áreas de educação e saúde no Brasil, buscando promover o bem-estar dos estudantes da rede pública. No entanto, apesar de seus objetivos amplos e de sua importância no combate a problemas como

a evasão escolar, a implementação efetiva do programa encontra desafios que limitam seu impacto, especialmente em relação à saúde mental. A fragmentação na execução das políticas, a falta de infraestrutura adequada nas escolas e a carência de profissionais capacitados para lidar com questões psicológicas são obstáculos recorrentes. A demanda por intervenções mais estruturadas e contínuas é evidente, especialmente diante do aumento dos casos de ansiedade e depressão entre crianças e adolescentes.

As ações do PSE são pontuais e assistenciais, não conseguindo oferecer o acompanhamento a longo prazo que os estudantes com transtornos mentais necessitam. Portanto, há uma necessidade urgente de uma reformulação que contemple recursos e profissionais suficientes para a promoção efetiva da saúde mental nas escolas públicas brasileiras.

Os setores da educação e da atenção primária, como partes essenciais de uma rede pública ampliada, voltada à saúde mental infantil, podem desempenhar um papel central para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde, além de identificar casos em que intervenções precoces possam reverter ou prevenir o agravamento de problemas mentais (Couto, et al. 2008).

A promoção de uma sociedade saudável e livre de estigmas requer a implementação de políticas de saúde mental, educação, moradia e trabalho dignos para todos, garantindo que os direitos humanos sejam uma realidade cotidiana. Nesse sentido, a justiça social não apenas a distribui de forma equitativa de recursos, mas também elimina barreiras sistêmicas que perpetuam a marginalização e a exclusão. A construção de um futuro mais justo e igualitário passa pela ação coletiva, em que governos, sociedade civil e sujeitos se responsabilizam pela transformação de um sistema que prioriza o ser humano em todas as suas dimensões.

2.1 Saúde Mental do/a Professor/a

Ser professor/a é uma das profissões mais impactantes em qualquer sociedade, mas o custo para a saúde mental daqueles que exercem essa nobre função é alto. Os/As professores/as enfrentam uma carga de trabalho extensa, e a remuneração geralmente não é proporcional ao esforço demandado. Além das atividades em sala de aula, há a necessidade de preparar aulas, elaborar materiais didáticos, corrigir atividades e avaliações, e participar de capacitações, o que exige muitas horas extras, comprometendo o tempo de lazer e descanso. No exercício de suas funções, os professores também sofrem pressão por resultados, como o alcance de metas de desempenho e o cumprimento de cronogramas. Essa sobrecarga de trabalho e a pressão

constante podem resultar em elevados níveis de estresse, ansiedade, depressão e, inclusive, levar ao esgotamento profissional.

Professores/as e educadores/as lidam com pessoas diversas e únicas e acabam por ter de gerir comportamentos, emoções e conflitos em muitos momentos, demanda que pode ser emocionalmente exigente. Esse contato constante com as emoções dos estudantes, vivenciando seus problemas pessoais e acadêmicos, pode levar à exaustão emocional, comprometendo todas as áreas da sua vida.

Os professores, frequentemente, apresentam níveis elevados de estresse relacionados ao ambiente de trabalho, incluindo demandas de ensino, gerenciamento de sala de aula, preparação de aulas e avaliações, comportamentos desafiadores dos estudantes, problemas familiares, expectativas dos pais e pressões administrativas. Diante disso, é comum experimentarem a sensação de esgotamento ou exaustão emocional devido à natureza intensa e emocionalmente exigente do trabalho.

Segundo dados mais recentes do Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo (APEOESP, 2017), o número de professores afastados por transtornos mentais e comportamentais nas escolas estaduais de São Paulo quase dobrou em 2016 em relação a 2015 foi de 25.849 para 50.046. Nessa progressão e diante do atual contexto de saúde mental do Brasil pós pandemia da COVID-19, é possível mensurar que tais números continuam a aumentar a cada ano.

Em pesquisa acerca dos afastamentos de professores do ambiente de trabalho, a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação – CNTE identificou que 71% dos 762 profissionais de educação da rede pública de vários estados entrevistados, no início de 2017, ficaram afastados da sala de aula após episódios que desencadearam problemas psicológicos e psiquiátricos nos últimos cinco anos. O estresse provocado em grande parte por situações de insegurança no ambiente escolar alcançou 501 dos entrevistados (65,7%), sinalizando uma demanda crítica na rotina dos profissionais de educação que não se sentem seguros no seu ambiente de trabalho.

A perda de voz por muitos anos foi o motivo de maior afastamento de profissionais de educação das suas atividades profissionais. Porém, a pesquisa da CNTE constatou que a depressão é atualmente a doença que mais gera afastamento de professores, alcançando o índice de 53,7%, seguido de alergia a pó (47,2%), insônia (41,5%) e hipertensão arterial (41,3%). E foram identificados casos expressivos de ansiedade, totalizando 531 dos entrevistados, bem como casos elevados de cansaço ou fadiga constante, alcançando 491 dos participantes da

pesquisa, e, por fim, há as questões relacionadas a problemas de voz, com 480 respostas dos entrevistados.

A mudança das queixas dos professores ao longo das décadas reflete a necessidade de reformular políticas públicas para garantir a saúde plena dos profissionais de educação na atualidade. Intervenções que visem reduzir o estresse no trabalho, promover o bem-estar emocional e criar uma cultura de apoio e colaboração para amparar o cuidado integral dos professores e educadores, bem como a segurança da sua integridade física no ambiente de trabalho, são urgentes. As políticas devem fornecer acesso a recursos de saúde mental, como serviços de psicoterapia, apoio psicológico, programas de bem-estar, estratégias de autocuidado e carga horária de trabalho flexíveis.

As escolas podem simplificar as demandas administrativas, oferecendo apoio na gestão do tempo e fornecendo recursos adequados para planejamento de aulas e avaliação de estudantes. “A precarização social e do trabalho, e a violência que se instaura no bojo deste fenômeno, são agentes que levam à perda da razão social do trabalho e, portanto, à sua desvalorização (Silva-Macaia; Fischer, 2015, p. 847)”.

A comunidade escolar também deve ser solidária, ao estimular uma cultura escolar que valoriza a saúde mental de todos, os professores devem ser apoiados e respeitados por colegas, pela direção, pelos estudantes e seus responsáveis. O cuidado com a saúde integral dos professores é uma responsabilidade moral de todos, e o poder público deve priorizar a atenção a esses profissionais, ofertando melhores salários, melhores condições de trabalho, melhores planos de aposentadoria, cuidado integral com a saúde e condições especiais para acesso a lazer e cultura. Visto que a repercussão de educadores saudáveis está além do ambiente escolar, toda a sociedade é positivamente impactada, tendo em vista que o futuro da nação é influenciado por eles.

- A experiência apresentada pelas psicólogas pesquisadoras da PUC-SP (Papelli, 2023), que acompanharam atendimentos em grupo voltados a profissionais da educação da rede pública municipal de São Paulo em 2016, realizados na Clínica-Escola Ana Maria Poppovic (vinculada ao Curso de Psicologia da PUC-SP), possibilitou a identificação dos principais temas adoecedores nas falas dos participantes, relacionados ao seu ambiente de trabalho. Os seguintes aspectos foram destacados: violência;
- falta de amparo da rede profissional, principalmente por parte dos superiores;
- excesso de carga de trabalho;
- indisciplina de estudantes;

- condições precárias das escolas;
- desrespeito por parte de colegas, gestão e estudantes;
- exclusão do funcionário readaptado da rede de convívio escolar;
- racismo e xenofobia, dentre outros comportamentos preconceituosos;
- pouca ou nenhuma tentativa por parte da gestão de criar coletividade na resolução de problemas, com consequente sentimento de solidão e desamparo daqueles que ainda assim se empenham nessas tarefas.

Diante de tais aspectos, as demandas dos professores são diversas e não se resumem a questões acadêmicas ou administrativas, envolvem demandas que impactam, de forma significativa, o seu emocional, o que têm contribuído para o aumento de casos de estresse, *burnout* e outras questões relacionadas à saúde mental entre os profissionais da educação.

Investir na saúde mental dos professores não se trata, apenas, de uma responsabilidade institucional, deve ser responsabilidade também do Estado. A ausência de políticas efetivas de cuidado com a saúde mental desse público gera um ciclo de desgaste contínuo, que, por sua vez, impacta o cenário da educação brasileira, fragilizando os profissionais atuantes e dificultando a retenção de novos profissionais.

Em vista disso, é imprescindível que políticas públicas e iniciativas escolares incluam a saúde mental dos professores como uma prioridade. Isso pode ser feito por meio de programas de acompanhamento psicológico, capacitação em gestão de estresse e bem-estar, além da criação de ambientes de trabalho mais colaborativos e menos competitivos. Ao reconhecer a importância de apoiar os docentes em seu desenvolvimento emocional, não somente se contribui para a construção de uma educação de maior qualidade, mas também se promove o desenvolvimento de uma sociedade mais consciente e justa.

2.2 Saúde mental do/a estudante

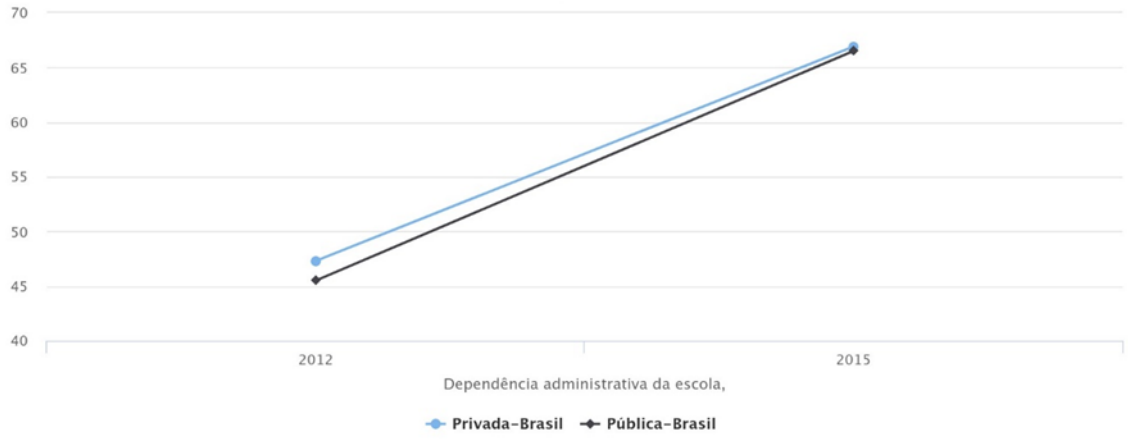
A escola desempenha um papel central para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, não apenas intelectualmente, mas também emocionalmente, sendo indispensável promover um ambiente escolar que cultive não apenas o aprendizado, mas também a atenção às demandas de saúde mental.

A jornada educacional é uma fase crucial na vida de todos e repleta de desafios. O ambiente escolar, muitas vezes, exige alto desempenho acadêmico, habilidades sociais eficientes, alta carga horária, cumprimento de extensa lista de regras, cumprimento rigoroso de

horários, entre tantas outras exigências que crianças e adolescentes são submetidos diariamente. Uma rotina tão exigente pode trazer impactos emocionais e necessita de atenção integral tanto por parte da família quanto por parte da escola, pois crianças e adolescentes são sujeitos únicos que precisam de orientação e suporte para alcançar seu pleno desenvolvimento.

Na figura 10, apresenta-se o resultado da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE realizada pelo IBGE, que avaliou, entre os anos de 2012 e 2015, a atenção dada frente às demandas dos estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental no contexto familiar.

Figura 10 – percentual de escolares frequentando o 9º ano do Ensino Fundamental cujos pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações, 2012 – 2015



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2012 - 2015

No gráfico, apresenta-se a evolução de mais de 20% referente a atenção dada pelos pais aos problemas enfrentados pelos filhos entre os anos de 2012 e 2015. Realizou-se a pesquisa em escolas públicas e privadas de todo o Brasil, a qual identificou que, em 2012, apenas 45,5% dos estudantes do 9º ano de escolas públicas relataram receber a devida atenção em casa frente às suas demandas diversas; enquanto uma porcentagem um pouco maior (47,3%) dos estudantes do 9º ano de escolas privadas recebiam essa maior atenção em casa.

A pesquisa constatou que, ao longo dos anos, há uma maior atenção dos pais e responsáveis frente a problemas e preocupações dos filhos, e em 2015 o percentual da atenção dada em casa para estudantes de escolas públicas e privadas quase que se igualou, demonstrando um maior comprometimento das escolas públicas com a interação familiar no contexto escolar. Em 2015, 66,5% dos estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas obtiveram atenção dos pais e responsáveis diante de seus problemas e preocupações, resultado tecnicamente similar ao dos estudantes do 9º ano de escolas privadas (66,9%),

demonstrando a importante e crescente necessidade de suporte frente às demandas de adolescentes no seu desenvolvimento escolar e pessoal.

Em 2019, a pesquisa foi reaplicada e constatou-se que, do total de escolares de escolas públicas e privadas, 66,6% relataram que os pais compreenderam seus problemas e preocupações. Identificou-se que os escolares do sexo masculino obtiveram percentuais maiores (70,0%) do que do sexo feminino (63,4%). Para esse indicador, demonstrou-se que as demandas do sexo feminino podem ser mais complexas e exigem maior atenção e cuidado por parte da família e escola, pois, ao tempo que não recebem a atenção devida, também se tornam mais vulneráveis emocionalmente.

Os estudantes estão enfrentando níveis cada vez mais altos de estresse relacionados à pressão acadêmica, expectativas sociais, preocupações com o futuro, problemas familiares, bullying e pressões sociais e culturais. E o uso excessivo das mídias sociais tem sido associado a problemas de saúde mental entre os estudantes, incluindo ansiedade, depressão, baixa autoestima, cyberbullying e dependência tecnológica.

Os resultados da PeNSE de 2019 mostraram que 23% dos estudantes afirmaram que duas ou mais vezes se sentiram humilhados por provocações dos colegas. Os percentuais foram maiores entre as meninas (26,5%) do que entre os meninos (19,5%), tal resultado associado à menor compreensão de seus problemas pelos familiares reforça a vulnerabilidade emocional feminina ao longo do seu desenvolvimento.

A presença de *bullying* entre os estudantes de escolas públicas e privadas se apresentou de forma similar, sinalizando que o contexto social e econômico pode não ser o principal determinante para essa prática. A proporção foi de 22,9% para escolas privadas e entre aqueles de escolas públicas, 23%.

Quanto às vítimas de *bullying*, os estudantes de 13 a 15 anos obtiveram os percentuais maiores tanto para as meninas (27,7%) quanto para os meninos (20,4%), comparados com as meninas (24,2%) e meninos (17,8%) de 16 e 17 anos. Quando perguntados sobre o motivo de sofrerem *bullying*, os três maiores percentuais referiram-se à aparência do corpo (16,5%), à aparência do rosto (11,6%) e à cor ou raça (4,6%). Esses dados refletem uma sociedade que hipervaloriza a estética, em que os estereótipos físicos são alvo de percepções distorcidas. Essa atenção distorcida é, em grande parte, direcionada ao corpo feminino, que, desde a infância, enfrenta esses apelos prejudiciais, gerando impactos na autoestima e na saúde mental das mulheres ao longo de suas vidas. Em relação aos causadores de *bullying*, observou-se que esse percentual era proporcionalmente maior entre os estudantes do sexo masculino (14,6%) do que do feminino (9,5%).

O percentual é proporcionalmente maior entre os estudantes de escolas privadas (13,5%) do que entre os de escolas públicas (11,8%). Isso evidencia a violência de gênero enfrentada por pessoas do sexo feminino desde a infância, já que as meninas são as mais afetadas pelo bullying, enquanto os meninos são os que mais o praticam. Essa dinâmica perpetua um ciclo de violência que se reproduz de diversas formas na vida adulta, com as mulheres se tornando as principais vítimas da violência masculina, especialmente no ambiente doméstico. As escolas devem tratar com mais seriedade as demandas referentes às questões de gênero para auxiliar nas reflexões referentes aos direitos e deveres de todos.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE de 2019 dedicou questionamentos também relacionados à saúde mental dos estudantes e buscou acessar informações referentes a sentimentos de preocupação com as demandas comuns do dia a dia, mais da metade dos estudantes de 13 a 17 anos responderam que se sentiram assim na maioria das vezes ou sempre em 2019: 50,6%.

A diferença entre os grupos etários revelou-se significativa, indicando que o mal-estar era mais pronunciado entre os adolescentes mais velhos. Isso sugere que o amadurecimento traz uma maior consciência da realidade, resultando em um aumento das preocupações.As adolescentes se sentiram muito preocupadas na maioria das vezes ou sempre mais do que os adolescentes, 59,8% frente a 41,1%. Em relação à diferença entre os discentes da rede pública e privada, o sentimento de muita preocupação, na maioria das vezes ou sempre, foi maior entre os estudantes da rede privada, alcançando 63%.

Também se investigou o percentual de estudantes que se sentiram irritados, nervosos ou mal-humorados na maioria das vezes ou sempre. Considerando o grupo de 13 a 17 anos, 40,9% dos adolescentes se sentiram dessa forma. Entre os mais velhos (16 e 17 anos) o indicador foi maior, 43,6% frente a 39,4% entre os estudantes de 13 a 15 anos. Mais uma vez o indicador foi desfavorável para as adolescentes, atingindo 54,6%. Já para os adolescentes, esse percentual foi de 26,7%. Os estudantes da rede privada apresentaram indicador ligeiramente superior, 43,6%. Para aqueles da rede pública, o indicador assumiu o valor de 40,4%.

Outro indicador pesquisado foi o percentual de estudantes que sentiram que ninguém se preocupava com eles na maioria das vezes ou sempre. Para os estudantes de 13 a 17 anos do Brasil, o percentual atingiu 30%. Não houve variação significativa entre os grupos de idade. A respeito do sexo do adolescente, a diferença foi estatisticamente significativa e considerável, tendo o indicador apresentado o valor de 39,8% para o sexo feminino e 19,9% para o sexo masculino. Foi também significativa a diferença entre adolescentes estudantes da rede pública e privada, 30,7% e 25,9%, respectivamente.

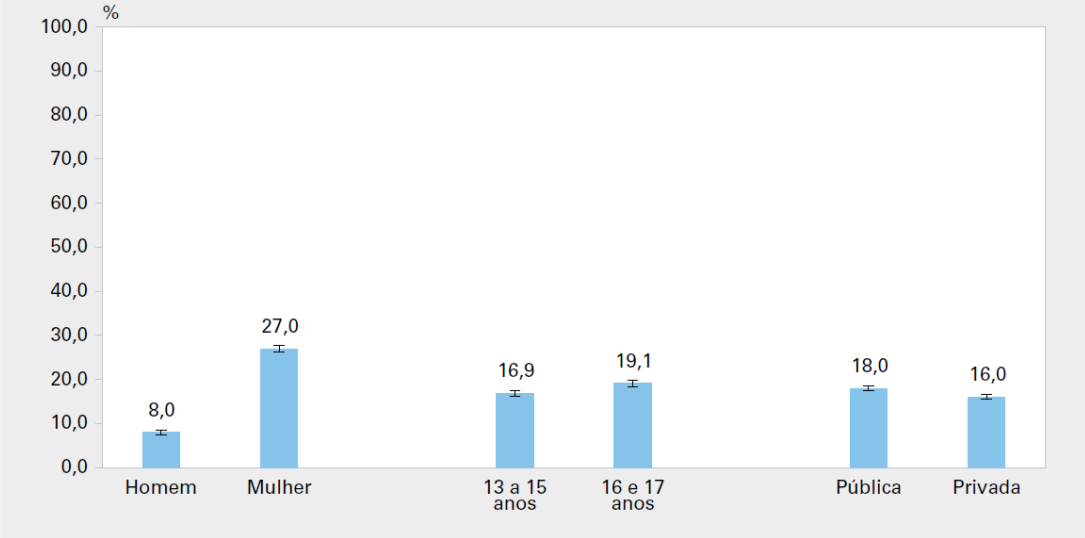
Em relação ao sentimento de tristeza, 31,4% dos estudantes de 13 a 17 anos afirmaram terem se sentido tristes na maioria das vezes ou sempre. A questão pareceu agravar-se, novamente, em adolescentes mais velhos, apresentando um percentual de 33,1% no grupo de 16 e 17 anos, enquanto, para aqueles de 13 a 15 anos, o indicador assumiu o valor de 30,4%. Destaca-se a diferença entre os sexos, tendo o grupo feminino (44,9%) um percentual maior do que o dobro do masculino (17,5%). Além da desigualdade, ressalta-se, também, o elevado percentual de adolescentes do sexo feminino se sentindo triste na maioria das vezes ou sempre. Com desigualdade bem menor, adolescentes oriundos de escolas públicas (31,8%) tiveram esse indicador maior do que aqueles da rede privada (29,0%).

O sentimento de tristeza é mais presente em adolescente mais velhos, do sexo feminino e de origem socioeconômica desfavorecida, especialmente em países com elevada desigualdade (Inchley; Currie; Budisavljevic, 2020).

Por último foi perguntado a respeito de um sentimento mais crítico, o de que vida não vale a pena ser vivida. Entre os estudantes de 13 a 17 anos, 21,4% afirmaram sentir que a vida não valia a pena ser vivida na maioria das vezes ou sempre. Entre o sexo masculino e feminino, mais uma vez, o percentual para sexo feminino superou o dobro do indicador para o sexo masculino: 29,6% das adolescentes sentiram que a vida não valia a pena ser vivida na maioria das vezes ou sempre, frente a 13,0% no caso dos adolescentes. Em relação à rede de ensino, o indicador para adolescentes estudando em escolas públicas foi mais elevado frente àquele referente aos em rede privada, 22,3% e 16,4% respectivamente.

Finalmente, realizou-se um indicador composto a fim de resumir as cinco perguntas sobre como os adolescentes se sentiam nos 30 dias anteriores à pesquisa. A autoavaliação em saúde mental foi considerada como negativa nos casos em que o adolescente atribuiu como resposta “na maioria das vezes” ou “sempre” para ao menos quatro dos cinco aspectos investigados sobre como ele se sentia nos 30 dias anteriores à pesquisa, quais sejam: sentimento de preocupação com as coisas comuns do dia a dia; sentimento de tristeza; sentimento de que ninguém se preocupa com ele; sentimento de irritação, nervosismo ou mau humor; sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida. Nesse sentido, a autoavaliação em saúde mental foi negativa em 17,7% dos estudantes de 13 a 17 anos. Entre os mais velhos, o indicador foi mais elevado, 19,1% consideraram os adolescentes de 16 e 17 anos. Enquanto para aqueles de 13 a 15 anos tal percentual foi de 16,9%. A diferença entre os sexos foi bastante expressiva. Conforme a figura 11, o percentual de adolescentes do sexo feminino com autoavaliação em saúde mental negativa foi mais de três vezes maior do que para aqueles do sexo masculino.

Figura 11 – percentual de estudantes de 13 a 17 anos



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2019.

Observou-se que pessoas do sexo feminino sofrem mais e encontram-se mais angustiadas frente às demandas do dia a dia, levando a crer que o sofrimento emocional feminino não é casual ou descontextualizado. Tais resultados merecem atenção e devem ser abertamente divulgados para promover reflexões e intervenções para esse público que enfrenta grandes desafios ao longo da vida.

Essas questões destacam a importância de priorizar políticas de saúde mental voltadas para a prevenção, intervenção e apoio ao ambiente escolar e à comunidade em geral para mulheres de todas as idades. Ao reconhecer e abordar essas questões de forma significativa e responsável, é possível auxiliar estudantes a um desenvolvimento emocional, acadêmico e social saudável.

O desenvolvimento de um ambiente escolar acolhedor, inclusivo e de apoio, em que os discentes se sintam seguros para compartilhar suas preocupações e buscar ajuda, com a apresentação de temas sobre saúde mental, incluindo estratégias de enfrentamento saudáveis e a importância de buscar ajuda quando necessário é essencial, além de garantir que tenham acesso à suporte dentro e fora da escola, bem como recursos comunitários. Isso pode envolver a implementação de políticas *anti-bullying*, programas de apoio emocional e oportunidades para os estudantes se conectarem com colegas e adultos de confiança, desenvolvendo práticas de autocuidado, de gerenciamento de estresse e promovendo o bem-estar emocional.

É urgente um ambiente escolar que promova a aceitação da diversidade e respeite as diferenças individuais de cada um, rejeitando expectativas irrealistas e desenvolvendo a

promoção do senso de pertencimento e inclusão. As políticas, ao implementarem essas discussões, desempenham um papel significativo para a promoção da saúde mental no contexto escolar e auxiliam no desenvolvimento de um currículo justo e ético, propício ao bem-estar emocional, ao crescimento pessoal, social e acadêmico.

2.3 O currículo na educação integral

A educação integral não se resume a ampliar o tempo de permanência dos estudantes na escola, mas sim a repensar a escola e o papel que ela desempenha para a formação do sujeito. Ela propõe um projeto educativo que articule saberes formais, oriundos do currículo escolar, e saberes informais, que surgem das experiências cotidianas dos estudantes em suas relações com a comunidade e o ambiente externo à escola. A educação integral é a articulação entre espaços, tempos e saberes diversos, numa perspectiva de formação plena do sujeito.

Logo, é importante distinguir os conceitos de Educação Integral e Escola de Tempo Integral. Nesse sentido, conforme Ana Cavaliere (2010) a educação integral é:

> Ação educacional que envolve diversas e abrangentes dimensões da formação dos indivíduos. Quando associada à educação não-intencional, diz respeito aos processos socializadores e formadores amplos que são praticados por todas as sociedades, por meio do conjunto de seus atores e ações, sendo uma decorrência necessária da convivência entre adultos e crianças. [...] Quando referida à educação escolar, apresenta o sentido de religação entre a ação intencional da instituição escolar e a vida no sentido amplo (Cavaliere, 2010).

A educação integral promove a valorização da vida humana e o reconhecimento da singularidade de cada sujeito, considerando suas trajetórias e histórias de vida únicas. A escola precisa ser um espaço onde o estudante possa viver experiências múltiplas que transcendam o ambiente puramente acadêmico, precisa ser um espaço de socialização, de trocas culturais, de construção de valores éticos e de vivências estéticas e artísticas. Nesse sentido, a educação integral busca criar um ambiente educacional que não se limite à transmissão de conhecimento, mas que também valorize as interações e as experiências que contribuem para a formação de cidadãos críticos e conscientes.

Nessa perspectiva, Moll (2010) explica como se constitui uma escola de tempo integral, e seus objetivos:

> Em sentido restrito refere-se à organização escolar na qual o tempo de permanência dos estudantes se amplia para além do turno escolar, também denominada, em alguns países, como jornada escolar completa. Em sentido amplo, abrange o debate da educação integral — consideradas as necessidades formativas nos campos cognitivo, estético, ético, lúdico, físico-motor, espiritual, entre outros — no qual a categoria

> "tempo escolar" reveste-se de relevante significado tanto em relação a sua ampliação, quanto em relação à necessidade de sua reinvenção no cotidiano escolar (Moll, 2010).

A escola de tempo integral não pode se resumir, apenas, ao tempo em que o estudante permanece na escola, mas sobretudo à qualidade do tempo que ele experimenta naquele espaço. O tempo integral na educação não significa, simplesmente, mais horas de aula, essa proposta busca possibilitar construções educativas ricas e significativas, que proporcionem aos estudantes experiências diversas e oportunidades de desenvolvimento integral, desde atividades culturais, esportivas e artísticas até momentos de interação com a comunidade e com os diferentes espaços públicos.

Ressalta-se que a intersetorialidade é uma estratégia fundamental para garantir o sucesso de políticas de educação integral. A integração com outros setores e a mobilização da comunidade ampliam as possibilidades educativas, permitindo que a escola colabore com diversos atores sociais para a formação integral dos estudantes, uma vez que muitas instituições carecem de infraestrutura adequada para oferecer atividades diversificadas e de qualidade durante o período integral.

É necessário superar a visão de que a educação integral é uma soma de atividades extracurriculares à jornada regular. Trata-se de uma transformação profunda na concepção de escola e de currículo, exigindo uma reconfiguração da prática pedagógica e do projeto político-pedagógico da instituição de ensino. Além disso, é imprescindível fortalecer a formação inicial e continuada dos professores, que precisam estar preparados para atuar em um projeto de educação integral, que não corresponde a uma reprodução do ensino tradicional (Moll, 2010).

A educação integral propõe a superação do modelo tradicional de ensino, que fragmenta os indivíduos e se concentra exclusivamente no desenvolvimento cognitivo. Essa abordagem busca uma formação mais abrangente, promovendo o desenvolvimento integral do estudante de forma ética, crítica e cidadã. Trata-se, portanto, de uma política emancipatória que visa à inclusão social, à equidade educacional e à promoção do desenvolvimento humano em todas as suas dimensões.

3 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NA EDUCAÇÃO BRASILEIRA

A saúde mental já é considerada um direito humano fundamental e universal, reconhecida pela Organização das Nações Unidas – ONU, a garantia do direito constitucional à saúde inclui o cuidado à saúde mental. O Estado tem o dever e a responsabilidade em oferecer condições dignas de cuidado em saúde para toda população. No Brasil, a política de saúde mental se pauta em princípios como a desinstitucionalização, o cuidado em liberdade e os direitos humanos.

Legislações bem implementadas fornecem um quadro legal para regular e supervisionar práticas e instituições relacionadas à saúde mental, incluindo hospitais psiquiátricos, centros de atenção psicossocial, profissionais de saúde mental e procedimentos de internação involuntária, o que reforça a garantia dos direitos dos usuários, previne abusos e violações dos direitos das pessoas com transtornos mentais, incluindo práticas coercitivas, negligência, abuso físico, abuso sexual e tratamento desumano ou degradante.

No atual governo de Luiz Inácio Lula da Silva, há o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – Desmad que integra a Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde – SAES e tem como competência formular, coordenar, implementar, acompanhar e monitorar a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, além de fomentar o diálogo com a sociedade brasileira para promover avanços nessa política. Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e das leis federais, da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Luta Antimanicomial, o Desmad visa ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no contexto do SUS, que é fundamentada para a defesa dos direitos humanos, a desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial e o conceito do cuidado em liberdade.

Em um contexto em que questões relacionadas à saúde mental e ao uso de substâncias psicoativas são frequentemente estigmatizadas e negligenciadas, a existência de um órgão dedicado a essas temáticas é essencial, já que pautas relacionadas terão a devida atenção e financiamento. No Brasil, ao longo das últimas décadas, observa-se avanço nas políticas relacionadas ao campo da saúde mental, mas há constantes obstáculos na implementação das legislações, fator que exige atenção e aprimoramento contínuo.

A Lei 10.216, de 2001 é a principal referência à proteção e aos direitos das pessoas com transtornos mentais. De acordo com esta, é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações, com a participação da

sociedade e da família, devendo ser realizada em instituições especializadas nos cuidados com a saúde mental. No entanto, é uma lei que necessita ser atualizada, inclusive por conta de terminologias já em desuso, como “pessoa portadora de transtorno mental”.

Quando a Lei 10.216/2001 foi promulgada, enfocou a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos severos e sua reintegração social. Atualmente, no entanto, os transtornos mentais afetam 86% da população brasileira, segundo a OMS (2002). Embora essas pessoas necessitem de suporte psicológico e psiquiátrico, nem todas requerem internação. Além disso, questões como o aumento do uso de drogas e o impacto da pandemia de COVID-19 trouxeram novas demandas e realidades que a legislação atual não abrange adequadamente.

A abordagem da lei em relação aos transtornos mentais ainda contribui para a perpetuação de estigmas relacionados ao tema. Portanto, é essencial uma atualização que assegure que o sistema de saúde mental possa lidar de forma eficaz com a nova realidade, considerando que pessoas com transtornos mentais hoje estão inseridas na sociedade e desempenham suas atividades cotidianas. Porém, grupos como pessoas em situação de rua, populações carcerárias, indígenas entre outros, enfrentam desafios específicos relacionados à saúde mental que não são tratados pela legislação atual. A atualização da lei poderia incorporar diretrizes mais específicas para o cuidado dessas populações, levando em conta suas particularidades culturais e sociais e garantindo uma abordagem mais inclusiva e equitativa.

A lei não abrange, de forma específica, a interseção da saúde mental com outros setores, como educação e trabalho, que necessitam cada vez mais de atenção psicossocial e intervenção de profissionais de saúde mental. A legislação deve ser atualizada para incluir políticas específicas de prevenção e promoção da saúde mental nesses ambientes, o que se alinha com a ideia de uma abordagem intersetorial, fundamental para a atenção aos transtornos mentais. Ademais, a referida lei é baseada na defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mas as discussões sobre direitos humanos e inclusão evoluíram consideravelmente desde 2001. Novos marcos legais, como o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015), que trouxeram novos parâmetros para a garantia de direitos e o alinhamento da legislação de saúde mental com esses novos marcos, asseguram que os sujeitos com transtornos mentais sejam tratados de forma inclusiva e com respeito à sua autonomia.

Com o passar das décadas, ocorreram avanços tecnológicos e o desenvolvimento de novas metodologias terapêuticas; assim, a abordagem para o cuidado da saúde mental também evoluiu. Terapias *online*, telemedicina e o uso de aplicativos e plataformas digitais para acompanhamento da saúde mental são exemplos de inovações que não estavam previstas na lei

original. Uma atualização permitiria que a legislação incluísse essas novas formas de tratamento, garantindo a regulamentação adequada para tais intervenções.

A atualização da lei também poderia regulamentar o financiamento da rede de atenção psicossocial, bem como a ampliação de suas capacidades para atender a demandas regionais e específicas, incluir dispositivos que garantam uma sustentabilidade financeira mais sólida para os serviços de saúde mental, garantindo a qualidade e a continuidade no atendimento.

Para o desenvolvimento das políticas públicas, é fundamental que haja investimentos orçamentários constantes, a fim de expandir e aprimorar os serviços oferecidos. Em 2023, na 17ª Conferência Nacional de Saúde, o governo anunciou um investimento de R$ 414 milhões de reais para saúde mental divididos entre os estados brasileiros no período de um ano. O valor será destinado para a recomposição financeira dos 870 Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT e para os 2.855 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, existentes no país.

Não ficou claro como será a distribuição dos recursos pelos estados, entretanto as desigualdades regionais devem ser observadas e consideradas, pois compromete a expansão e a melhoria dos serviços, a contratação e a capacitação de profissionais, e a aquisição de recursos materiais e tecnológicos necessários para o atendimento adequado.

Além disso, há disparidades na oferta e qualidade dos serviços de saúde mental entre as regiões do Brasil. Em áreas rurais e periféricas urbanas o acesso aos serviços é mais limitado, regiões mais vulneráveis economicamente e grupos minoritários enfrentam mais barreiras para receber tratamento adequado.

O investimento em saúde mental também deve enfocar prevenção e promoção, ações e programas devem ser fortalecidos para abordar fatores de risco e proteger a população contra o desenvolvimento de transtornos mentais desde a infância.

Além disso, é essencial a presença de profissionais de saúde mental nas escolas e o fomento a um currículo integrado, em que a temática seja abordada de forma transversal. Com diretrizes claras e bem estruturadas, a saúde mental será tratada com base nas prioridades escolares, em vez de ser apenas uma demanda secundária que recebe atenção em momentos de crise. Tais propostas desempenham um papel fundamental para a redução do estigma associado aos transtornos mentais. A atualização e a implementação de novas legislações, que integram a saúde mental no currículo escolar, têm o potencial de criar um ambiente que apoie o desenvolvimento integral dos estudantes, assegurando que a saúde mental seja tratada com a mesma seriedade que outras necessidades humanas. Para que essas leis sejam efetivamente implementadas, é essencial um compromisso contínuo do Estado, governantes, escolas e

comunidades. Todos devem acompanhar de perto a tramitação das legislações relacionadas ao tema e exigir sua rigorosa aplicação.

3.1 Tramitação das legislações no Brasil

Para a leitura e compreensão deste capítulo, é fundamental o entendimento de como ocorre a tramitação de projetos de leis no Congresso, já que os conceitos acerca de saúde mental foram abordados nos capítulos anteriores, e neste serão abordadas as legislações existentes no Brasil que visam à atenção à saúde mental nas escolas.

O processo legislativo, portanto, compreende a elaboração, análise e votação de vários tipos de propostas: leis ordinárias, medidas provisórias, emendas à Constituição, decretos legislativos e resoluções, entre outras. Cada tipo de proposta segue uma tramitação própria.

Dessa forma, um projeto de lei pode ser apresentado por qualquer deputado ou senador, comissão da Câmara, do Senado ou do Congresso, pelo presidente da República, pelo procurador-geral da República, pelo Supremo Tribunal Federal, por tribunais superiores e cidadãos. O projeto de lei de iniciativa popular, por exemplo, deve ser proposto por no mínimo 1% do eleitorado nacional, distribuído por pelo menos cinco estados. Em cada estado, deve-se alcançar um valor razoável de assinatura de 0,3% dos eleitores. A tramitação é a mesma do projeto de lei ordinária.

Se o projeto da Câmara for alterado no Senado, volta para a Câmara. Da mesma forma, se um projeto do Senado for alterado pelos deputados, volta para o Senado. A Casa onde o projeto se iniciou dá o parecer acerca do seu conteúdo, acatando ou não as alterações propostas na outra Casa.

O próximo passo é a análise pelas Comissões, em que os projetos são distribuídos de acordo com os eixos temáticos. A Câmara tem 25 comissões permanentes, em que o projeto é analisado por um relator, que recebe e examina as sugestões (emendas) dos deputados, podendo alterar a proposta ou não. Após a votação do parecer do relator, o projeto segue para a comissão seguinte. Se as comissões que analisarão o mérito de determinado projeto forem mais de três, a Câmara dos Deputados cria uma comissão especial para analisar a proposta, a fim de evitar que a tramitação seja muito longa.

Além das comissões de mérito, há duas que podem analisar mérito e/ou admissibilidade, que são as Comissões de Finanças e Tributação – CFT que analisa a adequação financeira e orçamentária, e a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania – CCJC que analisa a constitucionalidade. Há, também, a Comissão Especial para tratar de assuntos relativos a mais

de quatro comissões de mérito e são enviados para uma comissão especial criada, especificamente, para analisá-los. Essa comissão substitui todas as outras.

A Comissões de Finanças e Tributação – CFT e de Constituição e Justiça e de Cidadania – CCJC são as últimas a analisar os projetos. As propostas que criam gastos ou tratam de finanças públicas passam pela CFT, que avalia se estão adequadas ao Orçamento Federal. Todas as propostas finalizam sua passagem pela CCJC, que avalia se estão de acordo com a Constituição. Essas análises são chamadas de admissibilidade. Se a CFT ou a CCJC considerarem que a proposta não pode ser admitida, por não estar adequada ao orçamento ou por ser inconstitucional, ela será arquivada. Essas duas comissões também podem analisar o mérito dos projetos, caso tenham sido designadas para isso.

A maioria dos projetos tramita em caráter conclusivo, o que significa que, se forem aprovados nas comissões, seguem para o Senado sem precisar passar pelo Plenário. No entanto, se 52 deputados recorrerem, o projeto seguirá para o Plenário. A maioria dos projetos em tramitação na Câmara somente precisa passar pelas comissões. Ou seja, tem tramitação conclusiva nas comissões. Se forem aprovados por todas elas, seguem, diretamente, para o Senado e, posteriormente, para sanção presidencial. Se forem aprovados por algumas e rejeitados por outras, são encaminhados para o Plenário. Há também a possibilidade de o Projeto de Lei passar a tramitar em regime de urgência se o Plenário aprovar requerimento com esse fim, aprovação de urgência depende do acordo de líderes. Desse modo, projeto em regime de urgência pode ser votado, rapidamente, no Plenário, sem a necessidade de passar pelas comissões. Os relatores da proposta nas comissões dão parecer oral durante a sessão, permitindo a votação imediata. Ressalta-se que o presidente da República também pode solicitar urgência para votação de projeto de sua iniciativa. Nesse caso, a proposta tem de ser votada em 45 dias ou passará a bloquear a pauta da Câmara ou do Senado, onde estiver no momento.

O quórum para votar um projeto de lei ordinária é de maioria absoluta, ou seja, 257 deputados. Para aprovação, é necessária a maioria simples dos votos, em turno único. Os projetos de lei ordinária são aprovados com maioria de votos, desde que esteja presente no Plenário a maioria absoluta dos deputados (257).

A Constituição estabelece que alguns assuntos são tratados por Lei Complementar. Essa Lei tem o mesmo valor da Lei Ordinária, mas exige maior número de votos dos parlamentares que compõem a Câmara dos Deputados e o Senado Federal para ser aprovada, ou seja, maioria absoluta (artigo 69 da CF/88), o que torna mais difícil sua aprovação e posterior alteração. Devem ser adotadas para regulamentar assuntos específicos, quando expressamente determinado na Constituição da República. Uma Lei Complementar somente é elaborada

quando a Constituição prevê que esse tipo de lei é necessária para regulamentar uma certa matéria.

Precisam ser votados no Plenário, entre outros: projetos de lei complementar; de código; de iniciativa popular; de comissão; projetos aprovados pelo Plenário do Senado; projetos em regime de urgência; e projetos que tramitam em caráter conclusivo, mas que tenham recebido pareceres divergentes nas comissões (pela aprovação e rejeição) ou que que tenham sido alvo de recurso para votação em Plenário.

Em geral, os deputados aprovam o texto principal do projeto e destacam alguns trechos para votação posterior. Esses trechos são chamados destaques. Normalmente, essas votações posteriores servem para confirmar ou retirar alguns trechos do texto da proposta. Também podem ser destacadas emendas, para alterar o texto.

Após a aprovação no Plenário da Câmara, há diversos caminhos possíveis:

1. se tiver iniciado a tramitação na Câmara, o projeto segue para o Senado, onde será analisado e votado. Se for alterado, volta para a Câmara, que analisa apenas as alterações, podendo mantê-las ou recuperar o texto original. Em seguida, segue para sanção ou veto do presidente da República, que tem prazo de 15 dias úteis para sancionar ou vetar o projeto, no todo ou em partes;
2. se for oriundo do Senado e for aprovado sem alterações, segue para sanção ou veto do presidente da República. Se for alterado, volta para o Senado, que analisa as mudanças da Câmara, podendo mantê-las ou recuperar o texto original. Em seguida, segue para sanção ou veto do presidente da República, que tem prazo de 15 dias úteis para sancionar ou vetar o projeto, no todo ou em partes.

Se o presidente sancionar (ratificar) o projeto, ele se torna lei e é publicado no Diário Oficial da União. Mas o presidente pode vetar uma parte do projeto ou todo ele; se vetar alguns trechos, a parte sancionada torna-se lei, e os vetos retornam para análise do Congresso Nacional (sessão conjunta da Câmara e do Senado); se esses vetos forem mantidos, a lei fica como está; ou se forem derrubados, os trechos anteriormente vetados passam a integrar a lei.

Por fim, os projetos de lei aprovados nas duas Casas são enviados ao presidente da República para sanção, este tem 15 dias úteis para sancionar ou vetar. O veto pode ser total ou parcial, e todos os vetos têm de ser votados pelo Congresso. Para rejeitar um veto, é preciso o voto da maioria absoluta de deputados (257) e senadores (41).

Toda essa movimentação para aprovação ou não de um projeto de lei é extremamente moroso, podendo durar meses, anos e, inclusive, décadas, passando por vários períodos políticos diferentes. Isso porque cada comissão tem à sua disposição 40 sessões ordinárias para

dar seu parecer sobre uma proposição apresentada. Como todos os projetos de lei ordinária precisam passar por pelo menos duas comissões e podem passar por até cinco, o parecer final de todas as comissões pode demorar de 80 a 200 sessões ordinárias para ser entregue, e então segue para votação no Plenário, onde entra em uma extensa fila de espera, para então ser analisado pelas comissões e o Plenário da casa revisora, que pode emendá-lo e enviá-lo de volta à casa de origem, antes de ser enviado para a sansão presencial. Em caso de veto, há mais um prazo de 30 dias para deliberação do veto.

A exemplo a PEC 171/1993, que alterou a redação do art. 228 da Constituição Federal para modificar a maioridade penal, e tramita há 30 anos, aguardando no momento apreciação do Senado Federal. Além do processo extenso do regime de tramitação, há os conflitos de interesses dos parlamentares e Presidente para aprovação ou não, e também o volume extenso de proposições que são apresentadas à Câmara e ao Senado diariamente.

3.1.1 Visão geral das leis e regulamentações

Por meio do levantamento estatístico de 2022, referente a 56ª Legislatura da Câmara dos deputados, é possível verificar as ações realizadas acerca da aprovação de legislações (conforme tabela 2).

Tabela 2 – proposições do plenário da câmara dos deputados

	Proposições	Aprovadas	Rejeitadas	Total
1	Medida Provisória	54	-	54
2	Mensagem	1	-	1
3	Objeto de Deliberação	3	-	3
4	Projeto de Decreto Legislativo	39	-	39
5	Proposta de Emenda à Constituição – 1º turno	15	-	15

6	Proposta de Emenda à Constituição – 2º turno	15	-	15
7	Projeto de Lei	101	-	101
8	Projeto de Lei Complementar	8	-	8
9	Projeto de Resolução	8	-	8
10	Emendas/Substitutivo do Senado Federal	27	4	31
	Total	271	4	275

Fonte: estatística – 56ª Legislatura, 2022.

No ano de 2022, 271 proposições do Plenário da Câmara foram aprovadas, um número pouco expressivo diante dos investimentos que são postos para manter cada deputado na sua ocupação. E, dessa forma, segue o acúmulo exorbitante de legislações estagnadas.

As Comissões permanentes e temporárias da Câmara dos deputados também apreciaram proposições referentes a Projetos de Lei e Projeto de Decreto Legislativo, conforme a tabela 3.

Tabela 3 – projetos sujeitos à apreciação conclusiva das comissões

Proposições	Aprovadas	Rejeitadas	Total
Projeto de Lei	238	-	238
Projeto de Decreto Legislativo	250	-	250
Total	488	-	488

Fonte: estatística – 56ª Legislatura, 2022.

Diante do exposto em 2022, 238 Projeto de Leis e 250 Projetos de Decretos Legislativos foram aprovados, totalizando 488 projetos aprovados nas Comissões permanentes e temporárias.

Dos 135 requerimentos com tramitação finalizada em 2022 apresentado na 56ª Legislatura, nenhum deles apresentou conteúdo relacionados a saúde mental na educação, o que demonstra que, embora seja um tema urgente, os trâmites burocráticos negligenciam demandas relacionadas, e as consequências se tornam cada vez mais latentes, como: *bullying*, ataques armados direcionados a estudantes e funcionários, afastamento de professores em decorrência de transtornos mentais, entre outros.

Nesse sentido, é necessário o amparo legal para tornar a atenção à saúde mental na educação prioritária, e diminuir os impactos negativos nesse cenário composto por pessoas com diversas vivências, emoções e comportamentos.

A morosidade na tramitação das legislações no Brasil pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo:

a) complexidade do Processo Legislativo: o processo legislativo no Brasil é complexo e envolve várias etapas, desde a apresentação de um projeto de lei até sua aprovação e sanção. Isso inclui debates em comissões, análise de emendas, pareceres técnicos, votações em plenário e possíveis revisões no Senado, o que pode demandar tempo considerável;

b) fragmentação do Poder Legislativo: o Congresso Nacional brasileiro é composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, o que pode resultar em uma fragmentação de interesses e opiniões. A necessidade de construir consensos e coalizões políticas para a aprovação de leis pode prolongar o processo legislativo;

c) volume de propostas: o volume de propostas legislativas apresentadas no Congresso Nacional é alto, o que pode sobrecarregar o sistema e tornar o processo de análise e deliberação mais demorado. Muitas vezes, há muitos projetos em tramitação simultaneamente, o que pode retardar a apreciação de cada um deles;

d) interesses Políticos e *Lobby*: interesses políticos divergentes, pressões de grupos de interesse e lobby podem influenciar o ritmo e o resultado da tramitação legislativa. Disputas partidárias, negociações políticas e interesses corporativos podem gerar atrasos e obstáculos no processo de aprovação de leis;

e) burocracia e procedimentos regimentais: a burocracia e os procedimentos regimentais dentro do Congresso Nacional também podem contribuir para a morosidade na tramitação legislativa. Regras de funcionamento das casas legislativas, prazos regimentais e exigências formais podem prolongar o processo sem necessariamente agregar valor à análise das propostas.

f) priorização de pautas: a priorização de determinadas pautas políticas ou projetos de lei pode levar à postergação de outros temas, resultando em atrasos na tramitação legislativa. A agenda do Congresso Nacional muitas vezes reflete as prioridades políticas do governo e das lideranças partidárias, o que pode influenciar a ordem de votação e discussão dos projetos de lei.

Esses são apenas alguns dos principais fatores que contribuem para a morosidade na tramitação das legislações no Brasil. E, para superar esses desafios, é necessário um esforço conjunto do Legislativo, Executivo e sociedade civil para promover reformas institucionais, simplificar os procedimentos legislativos e garantir maior transparência e eficiência no processo legislativo.

3.2 Legislações educacionais relevantes

As legislações que garantem os direitos na educação desempenham um papel fundamental para a promoção de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática. Elas são essenciais para assegurar que o acesso à educação seja um direito de todos, independentemente de condições socioeconômicas, culturais ou pessoais.

As legislações educacionais são o principal instrumento pelo qual os Estados asseguram o direito universal à educação. Elas estabelecem que o acesso à educação de qualidade deve ser garantido a todas as pessoas, sem discriminação de gênero, raça, classe social, religião ou qualquer outro fator. Isso significa que, legalmente, o Estado se compromete a oferecer as condições necessárias para que todos possam frequentar a escola e receber uma formação adequada.

Nesse tópico serão apresentadas as principais legislações relacionadas à educação, pois, a partir delas, muitos avanços foram conquistados, direitos estabelecidos e reflexões aguçadas. Por meio delas, atualmente, é possível embasar as reivindicações acerca da saúde mental no currículo das escolas brasileiras.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) referente a Lei n.º 8.069/1990 que dispõe sobre os direitos das crianças e dos adolescentes, incluindo o direito à educação de qualidade e a proteção contra o abandono escolar e outras formas de negligência. Foi um marco na garantia dos direitos dessa população e o acesso a educação se fortaleceu a partir daí.

Os princípios que subsidiam a Declaração de Salamanca (1994) estabelecem, dentre outros aspectos, que: todas as crianças e adolescentes, de ambos os sexos, têm o direito fundamental à Educação; cada um possui características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprios; os sistemas educativos devem ser projetados e os

programas aplicados de modo que tenham em vista toda a gama dessas diferentes características e necessidades; as escolas com essa orientação integradora, representam o meio mais eficaz de combater atitudes discriminatórias e de criar comunidades acolhedoras e conscientes.

Além de assegurar o acesso à educação, as legislações educacionais também são responsáveis por definir parâmetros de qualidade para o ensino. Elas estabelecem diretrizes sobre currículo, formação docente, infraestrutura escolar e recursos pedagógicos. A ideia é garantir que todos os estudantes, independentemente de onde estudem, tenham direito a um ensino de qualidade que possibilite seu pleno desenvolvimento.

Nesse sentido a Lei n.º 9.394/1996 que definiu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB estabeleceu princípios, objetivos, organização e gestão do sistema educacional brasileiro, desde a educação básica até a educação superior, e seu entendimento é fundamental para o desenvolvimento de políticas no contexto educacional do país. Portanto, é essencial um planejamento educacional estratégico que estabelece diretrizes e metas para as políticas do país, a fim de orientar ações governamentais voltadas para a melhoria da qualidade e da equidade na educação em todos os níveis, desde a educação infantil até o ensino superior.

O Plano Nacional de Educação – PNE, instituído pela Lei n.º 13.005/2014 estabeleceu metas e estratégias para o desenvolvimento da educação no país ao longo de um período de dez anos, e agora, em 2024, esse ciclo se encerra e abre caminho para uma necessária avaliação dos avanços alcançados e dos desafios persistentes. Esse momento é crucial para analisar quais metas foram efetivamente cumpridas, quais ainda apresentam lacunas e como os próximos passos podem ser ajustados para fortalecer o sistema educacional brasileiro.

A avaliação do PNE permitirá identificar áreas que demandam novas abordagens e recursos, especialmente em questões como acesso, permanência, qualidade do ensino, formação de professores e infraestrutura escolar. Também é uma oportunidade para aprofundar o compromisso com a educação inclusiva e a promoção da saúde mental no ambiente escolar, integrando essas questões como prioridades em futuras políticas educacionais.

As legislações educacionais também têm a função de responsabilizar o Estado pelo cumprimento de seu papel como garantidor do direito à educação. Isso significa que as leis não apenas definem o que é o direito à educação, mas também inserem o Estado como principal agente responsável por proporcionar os recursos necessários para garantir esse direito. Elas estabelecem diretrizes para o financiamento da educação, a distribuição de recursos e a criação de políticas públicas educacionais.

Esse aspecto é fundamental para que a educação não seja tratada como uma mercadoria ou como um privilégio. A função social da educação, prevista em muitas constituições e

legislações nacionais e internacionais, é promover a cidadania, a consciência crítica e o desenvolvimento humano. Assim, as legislações educacionais asseguram que a educação seja uma ferramenta de transformação social, promovendo a coesão social e a igualdade de oportunidades.

A Lei n.º 14.113/2020 que regulamenta o Fundeb (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação), é o principal mecanismo de financiamento da educação básica no Brasil, destinado a garantir recursos para a manutenção e o desenvolvimento do ensino. O Fundeb é responsável por redistribuir recursos de maneira mais equitativa entre os municípios e estados do país, possibilitando que regiões com menor capacidade arrecadatória tenham acesso a um financiamento mínimo para manter e desenvolver suas redes de ensino. Isso assegura que as desigualdades regionais não prejudiquem o direito à educação de qualidade, possibilitando que todas as escolas recebam o suporte financeiro necessário para manter suas operações.

As legislações também atuam como uma barreira contra retrocessos em períodos de crise política ou social. Em tempos de instabilidade, mudanças nos governos ou nas políticas podem colocar em risco os direitos já conquistados. No entanto, quando esses direitos estão garantidos por leis bem estruturadas, torna-se mais difícil para qualquer governo retroceder em relação ao acesso e à qualidade da educação. Leis educacionais sólidas protegem o direito de estudantes e professores, mesmo em contextos adversos.

A Lei n.º 11.738/2008, é um exemplo disso, pois estabeleceu o piso salarial nacional para os profissionais do magistério público da educação básica, buscando valorizar a carreira docente e promover a qualidade da educação.

Além disso, as legislações educacionais desempenham um papel importante para a proteção de grupos em situação de vulnerabilidade ou que necessitem de atenção especializada. Sem uma legislação que assegure o direito à educação para todos, esses grupos poderiam ser excluídos ou marginalizados no sistema educacional. A Lei n.º 13.146/2015 de acesso à educação inclusiva (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), estabelece diretrizes para a promoção da educação inclusiva e o acesso de pessoas com deficiência a todos os níveis e modalidades de ensino.

Dessa forma, as legislações educacionais não apenas garantem o direito ao acesso e à qualidade da educação, mas também são instrumentos para inclusão e a promoção da formação cidadã. Ao estabelecer a educação como um direito básico, as leis refletem o compromisso da sociedade com a formação de sujeitos críticos, conscientes de seus direitos e deveres. Isso

contribui diretamente para o fortalecimento da democracia, uma vez que a educação permite que participem de forma mais ativa e consciente na vida política e social de seu país.

Para isso, a história e cultura do um povo não podem ser apagadas do currículo, para tanto a Lei n.º 10.639/2003 se movimentou no sentido de incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", bem como a Lei n.º 11.645/2008 que incluiu no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena". Tais legislações promovem o reconhecimento das contribuições dos afrodescendentes e indígenas na formação da identidade brasileira e valoriza suas tradições, costumes e legados, respeitando a diversidade cultural e étnica que compõe o Brasil.

Outro aspecto que merece muito a atenção dos legisladores se refere à educação de jovens e adultos, para consolidar o compromisso coletivo com a erradicação do analfabetismo. Nessa perspectiva, o decreto n.º 12.048/2024 instituiu o Pacto Nacional pela Superação do Analfabetismo e Qualificação da Educação de Jovens e Adultos, lançando, também, a Medalha Paulo Freire. A proposta visa articular a Educação de Jovens e Adultos (EJA) com a educação profissional e tecnológica, oportunizando o desenvolvimento pleno do educando e sua qualificação para o trabalho. E destina a Medalha Paulo Freire em reconhecimento a iniciativas e personalidades que se destacam na promoção da alfabetização e educação de jovens e adultos, homenageando o legado do educador Paulo Freire.

Na intenção de, também, reforçar a conclusão do ensino médio, programas educacionais e políticas públicas buscam fortalecer a segurança financeira dos estudantes. Ao estar amparado financeiramente, o estudante pode se concentrar plenamente no desenvolvimento dos objetivos pessoais e profissionais, sem a pressão constante das preocupações monetárias e a necessidade de abandonar os estudos para assegurar a renda familiar. Além disso, a segurança financeira reforça a autoestima e o senso de realização pessoal. No entanto, aliado a isso, é necessário equipar os estudantes com as ferramentas e conhecimentos para gerir suas finanças, fortalecendo sua resiliência emocional e capacidade de lidar com desafios.

A Lei n.º 14.818/2024 que institui o Pé-de-Meia, programa de incentivo financeiro-educacional na modalidade de poupança para estudantes matriculados no ensino médio público, visa reduzir desigualdades sociais, democratizar o acesso ao ensino médio e diminuir taxas de evasão e abandono escolar. Através dos incentivos financeiros atrelados ao desempenho e à assiduidade escolar, busca-se impulsionar os estudantes a concluir o ensino médio, ampliando suas oportunidades futuras e contribuindo para o desenvolvimento socioeconômico do país.

Para que as legislações voltadas para saúde mental em educação sejam devidamente implementadas, é primordial buscar o amparo e a fundamentação de outras diretrizes que já estruturam o contexto educacional atual. A integração dessas legislações com políticas e programas existentes assegura uma abordagem coesa e eficaz no desenvolvimento dessa temática no currículo.

As diretrizes educacionais vigentes, como a Base Nacional Comum Curricular – BNCC e os Parâmetros Curriculares Nacionais – PCNs, já estabelecem fundamentos importantes para o desenvolvimento integral do estudante, incluindo aspectos socioemocionais. Ao alinhar as novas legislações de saúde mental com essas bases, é possível criar um ambiente escolar que valoriza não apenas o conhecimento acadêmico, mas a promoção de um contexto saudável e humanizado. Além disso, considerar as diretrizes existentes permite uma melhor articulação entre os diferentes atores envolvidos na educação como: professores, gestores, famílias e a comunidade.

Outro ponto crucial refere-se ao fato de que a fundamentação em diretrizes estabelecidas garante a continuidade e a sustentabilidade das ações voltadas à saúde mental. Políticas educacionais não podem ser fragmentadas ou temporárias; elas precisam ser parte de um esforço contínuo e integrado. Ao buscar apoio em normas já consolidadas, as legislações de saúde mental ganham maior legitimidade e resistência a mudanças políticas ou administrativas que possam ocorrer ao longo do tempo.

A análise das legislações existentes facilita a identificação de lacunas e necessidades específicas no sistema educacional. Ao compreender o que já foi implementado e os resultados obtidos, é possível direcionar esforços para áreas que realmente necessitam de intervenção, otimizando recursos e aumentando a eficácia das ações propostas. Ao fundamentar as legislações de saúde mental nas diretrizes que já estruturam o contexto educacional, reafirma-se o compromisso de um currículo integrado. Reconhece-se que a aprendizagem está além do cognitivo e que o bem-estar emocional é essencial para o desenvolvimento pleno do sujeito. Essa perspectiva amplia o papel da escola na formação de cidadãos conscientes, resilientes e capazes de contribuir positivamente para a sociedade.

3.3 Projetos de leis relacionadas à saúde mental na educação brasileira: análise e perspectivas

PL é a sigla para Projeto de Lei, um projeto de lei é uma proposta formal apresentada em um órgão legislativo, como um parlamento ou congresso, com o objetivo de se tornar uma

lei. Ele pode ser introduzido por membros do legislativo ou pelo poder executivo e passa por um processo de debate, emendas e votação antes de ser aprovado e se tornar lei. PLs podem abordar uma ampla variedade de questões e são necessárias para a criação e a modificação das leis que governam uma sociedade.

No Brasil há um excesso de PLs em curso. Tal realidade pode ser analisada por dois lados, uma visão mais positiva e uma visão mais realista: por meio de um olhar mais positivo, pode-se avaliar a extensa lista de PLs com base na diversidade de ideias e perspectivas, permitindo que diferentes interesses e necessidades da população sejam consideradas e diversificadas. A apresentação de muitos projetos de lei pode indicar um alto nível de engajamento por parte dos legisladores, que se espera que estejam buscando resolver problemas e melhorar a vida dos cidadãos, por meio de inovações e melhorias nas leis existentes, promovendo um sistema jurídico mais justo e eficiente.

No entanto, um olhar mais realista reflete que um grande volume de projetos pode sobrecarregar o sistema legislativo, dificultando a análise e discussão adequada de cada proposta, levando a uma tramitação mais lenta e ineficiente. A urgência em apresentar muitos projetos pode comprometer a qualidade das propostas, resultando em leis mal formuladas ou redundantes. A constante modificação e criação de leis pode gerar insegurança jurídica, dificultando o entendimento e o cumprimento das normas tanto por parte dos cidadãos quanto das instituições, refletindo em um sistema jurídico mais complexo e moroso, dificultando a aplicação da justiça e aumentando os custos com processos. Além disso, há chances reais de muitos projetos de leis não serem aprovados ou não serem prioritários para a sociedade.

Para mitigar os efeitos negativos, é essencial que haja um processo legislativo bem estruturado, com mecanismos práticos de rastreamento, priorização e revisão dos projetos de lei. A participação ativa da sociedade civil, de conselhos de classe e de especialistas também pode ajudar a melhorar a qualidade das propostas legislativas e garantir que elas atendam às reais necessidades da população.

Nesse sentido, o cenário político nacional que envolve a saúde mental na educação não é diferente de outros cenários, ele é repleto de propostas e projetos de leis. No mapeamento realizado neste estudo, identificou-se até 2024, 32 projetos de leis que contemplam a saúde mental no contexto educacional e curricular.

O quadro a seguir apresenta uma compilação de PLs submetidos ao Congresso Nacional brasileiro, que abordam diferentes temáticas relacionadas à educação, saúde mental, segurança e inclusão. Os PLs são de autoria de diversos parlamentares e refletem a preocupação crescente com a integração da saúde mental e do apoio psicossocial no ambiente educacional desde a

educação básica a educação superior, bem como a proteção dos profissionais da educação e o fortalecimento de políticas educacionais inclusivas.

Cada PL está em diferentes estágios do processo legislativo, desde a aguardando parecer do relator até o apensamento a outras propostas similares. Alguns PLs estão há vários anos aguardando avanços; enquanto outros já foram aprovados por comissões específicas e aguardam apreciação.

Com base no quadro 1, é possível visualizar as principais demandas legislativas relacionadas à educação e à saúde mental no Brasil. Ao reunir as proposições de diferentes anos e autores, destacam-se algum esforço do parlamento para responder a questões fundamentais que afetam o desenvolvimento integral dos estudantes, a segurança nas escolas e a promoção da saúde mental, temas cada vez mais urgentes no contexto educacional contemporâneo.

Quadro 1– projetos de leis relacionados à saúde mental na educação

N.º	Proposição/ Autoria	Ementa	Situação	Eixo temático
1	PL 105/2007 Luiza Erundina (PSOL/SP)	Altera dispositivos do art. 36 da Lei n.° 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir o ensino da Filosofia, da Sociologia e da Psicologia como disciplinas obrigatórias durante o Ensino Médio.	Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE).	Educação
2	PL 604/2011 Manoel Junior (MDB/PB)	Dispõe sobre a Política de Prevenção à Violência contra os Profissionais do Magistério Público e Privado e dá outras providências.	Pronta para Pauta na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).	Segurança
3	PL 1011/2011 Fábio Faria (PP/RN)	Define o crime de Intimidação escolar no Código Penal Brasileiro e dá outras providências.	Apensado ao PL 847/2019 Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família (CPASF).	Sistema de justiça
4	PL 7180/2014 Erivelton Santana (PATRIOTA/BA)	Altera o art. 3º da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Inclui, entre os princípios do ensino, o respeito às convicções do estudante, de seus pais ou responsáveis, dando precedência aos valores de ordem familiar sobre a educação escolar nos aspectos relacionados à educação moral, sexual e religiosa.	Pronta para Pauta na Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família (CPASF).	Educação
	PL 7986/2014	Dispõe sobre a criação do Programa Creche Saudável	Apensado ao PL 1616/2011	

5	Vitor Paulo (REPUBLICANO S/DF)	visando propiciar o acompanhamento médico, nutricional e psicológico para crianças nas creches públicas e comunitárias	Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE).	Saúde
6	PL 8013/2014 Dr. Jorge Silva (PROS/ES)	Dispõe sobre a assistência psicológica ao educando da educação básica.	Apensado ao PL 7986/2014 Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE).	Saúde mental Educação
7	PL 1166/2015 Toninho Pinheiro (PP/MG)	Acrescenta dispositivo à lei de diretrizes e bases da educação, para incluir a merenda escolar e assistência psicológica entre as despesas de manutenção e desenvolvimento do ensino pelos Municípios.	Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE).	Segurança alimentar Saúde mental
8	PL 2527/2015 Marcelo Álvaro Antônio (PL/MG)	Institui a obrigatoriedade de atendimento psicológico nas escolas de educação básica, fundamental e ensino médio.	Apensado ao PL 8013/2014 Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE)	Saúde mental
9	PL 3129/2015 Clarissa Garotinho (UNIÃO/RJ)	Altera a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Trata da capacitação dos professores para o apoio ao estudante com deficiência.	Aguardando Designação de Relator(a) na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)	Educação
10	PL 8632/2017 Garibaldi Alves Filho (PMDB/RN)	Dispõe sobre a Semana Nacional de Prevenção do Suicídio e de Valorização da Vida.	Pronta para Pauta no Plenário (PLEN)	Saúde mental
11	PL 282/2019 Rubens Otoni (PT/GO)	Altera e acrescenta dispositivos à Lei de diretrizes e bases da educação, instituída pela Lei n.º 9.394 de 20 de dezembro de 1996 para dispor sobre o atendimento psicopedagógico na educação básica.	Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE).	Educação Saúde mental
12	PL 974/2019 Flávia Morais (PDT/GO)	Dispõe sobre a exigência de apresentação de atestado de sanidade mental e certidões negativas de antecedentes criminais para o trabalho em creches ou instituições análogas.	Apensado ao PL 237/2019 Pronta para Pauta na Comissão de Educação (CE)	Saúde mental
13	PL 1878/2019 José Medeiros (PL/MT)	Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para exigir a presença de profissionais da área de psicologia no quadro funcional dos estabelecimentos de educação básica.	Apensado ao PL 2527/2015 Aguardando Parecer do/a Relator/a na Comissão de Educação (CE)	Saúde mental
14	PL 2157/2019 Styvenson Valentim (PODEMOS/RN)	Institui a Política Nacional de Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas nas Escolas.	Aguardando designação do/a relator/a	Saúde Educação

15	PL 2806/2019 Gustinho Ribeiro (REPUBLICANOS/SE)	Determina a presença de psicólogos em escolas de ensino fundamental da rede pública.	Apensado ao PL 1571/2019 Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE)	Saúde mental Educação
16	PL 4537/2019 Marreca Filho (PATRIOTA/MA)	Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de assistência social nas Escolas públicas de educação básica.	Apensado ao PL 2729/2019 Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE)	Saúde Mental Educação
17	PL 563/2020 Comissão de Seguridade Social e Família	Altera a Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019, para estabelecer o Programa Nacional de Prevenção do Sofrimento Psíquico no Âmbito Escolar, e para promover a articulação das políticas públicas que têm acesso às famílias para a prevenção e detecção do sofrimento.	Pronta para Pauta no Plenário (PLEN)	Saúde Mental Educação
18	PL 3035/2020 Alexandre Frota (PROS/SP)	Institui a Política para Educação Especial e Inclusiva, para atendimento às pessoas com Transtorno Mental, Transtorno do Espectro Autista (TEA), deficiência Intelectual e Deficiências Múltiplas.	Pronta para Pauta no Plenário (PLEN)	Educação inclusiva
19	PL 3479/2020 Delegado Marcelo Freitas (UNIÃO/MG)	Acrescenta dispositivos ao artigo 35-A, da Leii 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação, de forma a incluir o estudo de psicologia aos currículos do ensino médio.	Apensado ao PL 105/2007 Aguardando Parecer do/a Relator/a na Comissão de Educação (CE)	Educação
20	PL 5093/2020 André Figueiredo (PDT/CE)	Dispõe sobre o sistema educacional inclusivo.	Apensado ao PL 3035/2020 - Pronta para Pauta no Plenário (PLEN)	Educação inclusiva
21	PL 542/2021 Jorge Kajuru (CIDADANIA/GO)	Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para instituir semana dedicada à saúde mental nas escolas de educação básica.	Pronta para Pauta na Comissão de Educação (CE)	Saúde mental Educação
22	PL 2225/2021 Nilda Gondim (MDB/PB)	Altera a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para garantir à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica prioridade absoluta para matrícula ou transferência para a instituição de educação básica mais próxima de seu domicílio.	Aguardando Designação de Relator/a na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)	Saúde mental

23	PL 3249/ 2021 Célio Silveira (PSDB-GO)	Inclui o § 9º-B ao artigo 26 da Lei nº 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, para que a educação voltada para a conscientização sobre transtornos mentais seja incluída entre os temas transversais	Apensado ao PL 542/2021 Pronta para Pauta na Comissão de Educação (CE)	Educação Saúde mental
24	PL 3339/2021 Gastão Vieira (PROS/MA)	Altera dispositivos da Lei n.º 14.113, de 25 de dezembro de 2020, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), de que trata o art. 212-A da Constituição Federal; e dá outras providências.	Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)	Educação
25	PL 1215/2022 Idilvan Alencar (PDT/CE)	Dispõe sobre a Estratégia para Saúde Mental nas Escolas (ESME)	Arquivada	Educação Saúde mental
26	PL 1596/2022 Ney Leprevost (UNIÃO/PR)	Cria o Programa Nacional de Promoção à Saúde Mental nas Escolas – PRONASAME.	Apensado ao PL 1215/2022 Arquivada	Educação Saúde mental
27	PL 2449/2022 Jader Barbalho (MDB/PA)	Decreta a troca dos sinais sonoros nas instituições de ensino públicas e privadas, e estabelece o "Horário do Silêncio" nos estabelecimentos comerciais, em benefício das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).	Matéria com a relatoria	Saúde mental
28	PL 140/2023 Rubens Otoni – PT/GO	Acrescenta parágrafo único ao art. 12 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (estabelece as diretrizes e bases da educação nacional), para assegurar, nos estabelecimentos de ensino, da rede pública e privada de educação básica, a atuação profissional de assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas.	Apensado ao PL 3426/2019 Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE)	Saúde mental
29	PL 345/2023 Jonas Donizette PSB/SP	Acresce o inciso IX ao art. 70 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996 e dá outras providências.	Apensado ao PL 1166/2015 Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE)	Saúde Educação
30	PL 1482/2023 Professora Goreth PDT/AP	Institui a Política Nacional de Promoção da Cultura de Paz nas Escolas	Aguardando Apreciação pelo Senado Federal	Educação Segurança

31	PL 3599/2023 Erika Kokay PT-DF	Altera a Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir os profissionais da área de psicologia e de serviço social no quadro funcional dos estabelecimentos de educação básica.	Pronta para Pauta na Comissão de Educação (CE)	Saúde mental
32	PL 1777/24 Raimundo Santos PSD-PA	Altera a Lei nº 13.935, de 11 de dezembro de 2019, que: "Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica.", a fim de abranger os serviços de psicologia e de serviço social para o nível de ensino superior e na educação profissional e tecnológica.	Aguardando Parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE)	Educação Saúde mental

Fonte: autora (2024).

Diante do exposto, observa-se que, desde 2007, há reflexões a respeito da importância de apresentar conteúdos psicológicos no currículo das escolas brasileiras.

A partir de 2010, há um aumento significativo nas propostas relacionadas à presença de profissionais de saúde mental no ambiente escolar. Esse movimento pode refletir as crescentes demandas relacionadas à saúde mental nesse contexto.

Projetos de lei como o PL 2.527/2015 (Marcelo Álvaro Antônio – PL/MG), que institui a obrigatoriedade de atendimento psicológico nas escolas de Educação Básica, Fundamental e Ensino Médio; o PL 1.878/2019 (José Medeiros – PL/MT) que altera a Lei n.º 9.394/1996, e estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para exigir a presença de profissionais da área de psicologia no quadro funcional dos estabelecimentos de educação básica; o PL 2806/2019 (Gustinho Ribeiro – Republicanos/SE) que determina a presença de psicólogos em escolas de Ensino Fundamental da rede pública; o PL 282/2019 (Rubens Otoni – PT/GO) que altera e acrescenta dispositivos à Lei de diretrizes e bases da educação, instituída pela Lei n.º 9.394/1996 para dispor sobre o atendimento psicopedagógico na educação básica; e o PL 4537/2019 (Marreca Filho – Patriota/MA) que dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de assistência social nas Escolas públicas de Educação Básica, podem ser vistos como uma resposta às mudanças sociais e educacionais dos últimos anos, o aumento de diagnósticos de transtornos mentais em crianças e adolescentes, o impacto de fatores externos, a sobrecarga dos professores para lidar com diversas demanda, e a urgente necessidade de profissionais de psicologia no contexto educacional para direcionar as demandas relacionadas à saúde mental.

Dos PLs pesquisados, 11 tratam especificamente sobre a presença de psicólogos ou outros profissionais de saúde ou da área social, no contexto educacional brasileiro. Esse dado evidencia uma crescente preocupação e reconhecimento, por parte dos legisladores, da importância do apoio psicossocial no ambiente educacional. A proposição de políticas para incluir esses profissionais nas escolas reflete o entendimento de que a saúde mental e o bem-estar social são fatores fundamentais para o desenvolvimento integral dos estudantes e para a construção de um ambiente escolar mais inclusivo e acolhedor.

Ao longo dos anos há também o aparecimento de PLs voltados para a segurança no ambiente escolar, certamente devido ao aumento de atos violentos e até fatais direcionados a professores e estudantes. Vale sinalizar PL 604/2011 (Manoel Junior – MDB/PB) que dispõe sobre a Política de Prevenção à Violência contra os Profissionais do Magistério Público e Privado; PL 1011/2011 (Fábio Faria – PP/RN) que define o crime de intimidação escolar no Código Penal Brasileiro; PL 974/2019 (Flávia Morais – PDT/GO) que dispõe sobre a exigência de apresentação de atestado de sanidade mental e certidões negativas de antecedentes criminais para o trabalho em creches ou instituições análogas, PL 1482/2023 (Professora Goreth – PDT/AP) que institui a Política Nacional de Promoção da Cultura de Paz nas Escolas. Esse foco na segurança sugere que, além das questões educacionais e de saúde mental, há uma preocupação crescente com a integração da segurança ambiente escolar, visto que essa vulnerabilidade gera abalos emocionais a todos os envolvidos.

Com a chegada da pandemia de COVID-19, surgiram novas demandas relacionadas à saúde mental, também, no contexto escolar. O isolamento social, as mudanças abruptas no formato de ensino, o aumento da ansiedade e outros transtornos mentais impulsionaram a apresentação de muitos projetos de leis relacionados a essa temática. Esses projetos são reflexo direto dos efeitos da pandemia sobre a saúde mental dos estudantes e professores, e indicam um movimento legislativo para tentar mitigar esses impactos no longo prazo.

A pandemia evidenciou a importância de políticas públicas de saúde mental bem estruturadas e implantadas no país. Outro aspecto importante ao analisar os anos de publicação dos projetos é o tempo prolongado de tramitação de algumas propostas. Projetos como o PL 105/2007 (Luiza Erundina - PSOL/SP) e o PL 604/2011 (Manoel Junior - MDB/PB) ainda estão inconclusivos após mais de uma década, mostrando que, embora as demandas sejam legítimas e urgentes, o processo legislativo pode ser lento e não acompanhar a rapidez com que as necessidades nas escolas e na sociedade mudam.

Esse atraso na tramitação pode gerar um descompasso entre a criação de leis e a realidade nas escolas, em que as demandas por inclusão, segurança e saúde mental são cada vez

mais urgentes. Tal situação reforça a necessidade de mobilização social para pressionar o avanço dessas pautas e garantir que as políticas públicas sejam atualizadas e implementadas com a agilidade necessária.

Dada a extensa quantidade de Projetos de Leis relacionados à educação, saúde mental e segurança mapeados, torna-se inviável analisar todos de forma detalhada em um único documento. Por isso, realizou-se a seleção de alguns PLs para uma análise mais aprofundada, com base em sua relevância temática, impacto potencial e estágio de tramitação. Essa seleção permite uma discussão mais aprofundada sobre os PLs que apresentam maior relevância para o presente estudo, oferecendo ao leitor uma compreensão clara das propostas e suas possíveis consequências para o sistema educacional e para a sociedade.

3.3.1 Filosofia, sociologia e psicologia como disciplinas obrigatórias no Ensino Médio – PL 105/2007

O PL 105/2007, proposto pela deputada Luiza Erundina (PSOL/SP), visa incluir o ensino da Filosofia, da Sociologia e da Psicologia como disciplinas obrigatórias durante o Ensino Médio, ainda aguarda parecer do/a relator/a na Comissão de Educação – CE. A inclusão de disciplinas obrigatórias como Filosofia e Sociologia já foi parcialmente contemplada em outras discussões educacionais, como na reforma do ensino médio e na Base Nacional Comum Curricular – BNCC, o que pode ter diminuído o foco na aprovação desse projeto específico.

A inclusão de Psicologia como disciplina obrigatória, em particular, poderia trazer desafios adicionais, como a formação e contratação de professores qualificados para essa área, além de mudanças na estrutura e organização das escolas. Implementar uma nova disciplina em escala nacional exige recursos financeiros e planejamento logístico consideráveis, o que pode ter gerado resistência entre os gestores de políticas educacionais, especialmente em momentos de crises orçamentárias e contenção de gastos públicos.

Ademais, o Brasil passou por diversas reformas educacionais desde então, como a reforma do ensino médio aprovada em 2017, que levou a uma maior flexibilidade nos currículos e direcionou os itinerários formativos. Essas reformas priorizaram a oferta de caminhos diversos para os estudantes, incluindo áreas técnicas e de habilidades práticas, em vez de uma ampliação obrigatória das disciplinas comuns. Nesse contexto, a obrigatoriedade de Filosofia, Sociologia e Psicologia perde força em relação às propostas mais alinhadas com o modelo de flexibilização curricular.

Ainda assim o PL 3479/20 (Marcelo Freitas - PSL/MG) foi proposto com o mesmo intuito, e visa acrescentar dispositivos ao artigo 35-A, da Lei 9.394/1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação, de forma a incluir o estudo de psicologia aos currículos do ensino médio. Ele foi apensado ao PL 105/2007 e aguarda parecer do relator na Comissão de Educação (CE).

Ao propor a introdução da psicologia no ensino médio, o PL 3479/20 oportuniza aos adolescentes uma compreensão mais aprofundada das questões psicológicas, emocionais e sociais que permeiam o cotidiano, tanto no ambiente escolar quanto fora dele. Esse conhecimento básico de psicologia pode contribuir para o autoconhecimento, fortalecer a saúde mental e aumentar sua capacidade de lidar com conflitos, emoções e relacionamentos interpessoais.

Com intenção similar foi proposto o PL 3249/2021 (Célio Silveira - PSDB/GO) que inclui o § 9º-B ao artigo 26 da Lei nº 9.394/96, para que a educação voltada à conscientização sobre transtornos mentais seja incluída entre os temas transversais do currículo. Como a maioria dos PLs pesquisados, ele também foi apensado ao um outro PL com temática paralela, PL 542/2021 (Jorge Kajuru - CIDADANIA/GO) que propõe alteração da Lei nº 9.394/1996 para instituir uma semana dedicada à saúde mental nos estabelecimentos de ensino de educação básica e superior e incluir o tema nos currículos do ensino fundamental e do ensino médio. No momento a pauta está pronta para discussão na Comissão de Educação (CE), no entanto não há fortes perspectivas da sua efetiva aprovação.

Ambos os PLs visam uma prática educativa contínua e integrada ao desenvolvimento escolar dos estudantes, com caráter preventivo, valorizando a educação como uma ferramenta essencial para lidar com questões de saúde mental e para reduzir preconceitos que ainda cercam o tema.

Em suma, mesmo que haja propostas que visam aliar a temática de saúde mental no currículo escolar brasileiro, elas são postergadas ou arquivadas, revelando a dificuldade de priorizar a implementação de políticas educacionais voltadas ao tema. Exemplo disso são o PL 1215/22 (Idilvan Alencar - PDT/CE) que dispõe sobre a Estratégia para Saúde Mental nas Escolas (ESME) e o PL1596/22 (Ney Leprevost - UNIÃO/PR) que propõe o Programa Nacional de Promoção à Saúde Mental nas Escolas (PRONASAME). Esses projetos delineiam iniciativas estruturadas para promover a saúde mental nas escolas, mas encontram obstáculos para avançar no processo legislativo, e no atual momento encontram-se arquivadas.

Esses entraves, portanto, indicam a necessidade de um compromisso mais sólido e estruturado com o tema da saúde mental nas escolas, reconhecendo-a como componente

indispensável para o desenvolvimento integral dos estudantes e para a criação de um ambiente escolar mais construtivo. As ciências humanas promovem uma reflexão mais profunda sobre a sociedade, os valores humanos, a ética e as estruturas sociais. Ignorar a relevância dessas temáticas no currículo é subestimar seu valor formativo e reduzir a educação a um processo de mera transmissão de conteúdos técnicos, negligenciando o papel fundamental de formar cidadãos críticos, reflexivos e socialmente engajados.

3.3.2 Prevenção à violência contra os profissionais do magistério público e privado – PL 604/2011

O PL 604/2011 (Manoel Junior – PMDB/PB), que trata da Prevenção à Violência contra os Profissionais do Magistério Público e Privado, propõe medidas de proteção e prevenção para professores, dada a crescente violência enfrentada por esses profissionais no ambiente escolar. A iniciativa é necessária, pois reconhece formalmente um problema crescente nas escolas brasileiras, em que os professores, em muitos casos, se veem expostos a ameaças, violências verbais, físicas e psicológicas, prejudicando não apenas sua saúde mental e física, mas também o ambiente educacional como um todo. Apesar disso, após mais de uma década o PL segue em apreciação, e no momento, encontra-se na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJS), que já é um passo importante, mas precisará de forte mobilização e articulação para ser efetivamente aprovado e implementado.

Os objetivos do PL se voltam para:

> Art. 2º – A Política de Prevenção à Violência os Profissionais do Magistério Público e Privado tem como objetivos centrais:
> I – estimular a reflexão acerca da violência física e/ou moral cometida contra educadores, no exercício de suas atividades acadêmicas e educacionais nas escolas, universidades e comunidades; e
> II – implementar medidas preventivas, cautelares e punitivas para situações em que profissionais do magistério, em decorrência do exercício de suas funções, estejam sob risco de violência que possa comprometer sua integridade física e/ou moral (Brasil, 2011).

Esse primeiro objetivo é essencial porque a violência contra educadores, muitas vezes, é invisibilizada ou banalizada no cotidiano escolar. A proposta de estimular a reflexão sobre essa problemática abre espaço para um debate necessário sobre o papel dos professores, as condições de trabalho e as dinâmicas de poder dentro do ambiente escolar. A violência contra professores, embora seja uma realidade grave, muitas vezes compete por atenção com outras

problemáticas sociais e educacionais, como a reforma do Ensino Médio, orçamento para educação e questões de segurança pública mais amplas.

Embora o PL promova a reflexão, não menciona, explicitamente, a importância do apoio emocional e psicológico para os professores que enfrentam violência. Uma reflexão profunda deveria incluir também o reconhecimento da necessidade de suporte psicossocial, que é um pilar fundamental para o enfrentamento e a prevenção da violência.

As propostas de prevenção incluem o desenvolvimento de campanhas educativas, além de fortalecer práticas punitivas.

> Art. 4º – As medidas preventivas, cautelares e punitivas serão aplicadas pelo Poder Público em suas diferentes esferas de atuação e consistirão em:
> I – implantação de campanhas educativas que tenham por objetivo a prevenção e combate à violência física/moral e o constrangimento contra educadores;
> II – afastamento temporário ou definitivo de sua unidade de ensino de aluno ou funcionário infrator, dependendo da gravidade do delito cometido;
> III – transferência do aluno infrator para outra escola, caso as autoridades educacionais concluam pela impossibilidade de sua permanência na unidade de ensino;
> IV – licença temporária do educador que esteja em situação de risco de suas atividades profissionais, enquanto perdurar a potencial ameaça, sem perda dos seus vencimentos (Brasil, 2011).

A prevenção pode incluir ações como mediação de conflitos, melhoria na formação emocional dos estudantes e criação de protocolos claros para lidar com situações de agressão. No entanto, o PL não especifica quais seriam essas medidas preventivas, deixando um espaço vazio para interpretações variadas e possivelmente insuficientes em termos de execução.

Há inclusão de medidas punitivas no texto para gerar reflexões das consequências de tais atos. No entanto, deve haver cuidado para que essas punições sejam justas e proporcionais, evitando um enfoque punitivista extremo que possa desconsiderar os fatores sociais e psicológicos envolvidos nas ações de violência, especialmente entre estudantes.

A punição deve ser acompanhada de um trabalho psicossocial e pedagógico que contribua para a mudança de comportamento, em vez de apenas reprimir. Ao incluir tanto o magistério público quanto o privado, o PL tenta abordar a questão de forma abrangente, mas a implementação dessas medidas pode enfrentar desafios distintos nos dois contextos. O setor privado, por exemplo, pode ter mais recursos para investir em segurança e apoio psicossocial, enquanto o setor público pode enfrentar limitações orçamentárias. O PL poderia discutir essas diferenças para garantir que as medidas sejam eficazes em ambos os contextos.

O PL 604/2011 aborda, de forma pertinente, a necessidade de refletir sobre a violência contra educadores e de implementar ações concretas para proteger esses profissionais. No

entanto, para que esses objetivos sejam alcançados, é preciso mais clareza e detalhamento sobre as medidas preventivas, cautelares e punitivas propostas, além de uma articulação mais forte entre as dimensões da conscientização, ação prática e suporte psicossocial. A política de prevenção à violência deve ir além da punição, promovendo uma cultura de respeito e valorização do magistério dentro das instituições educacionais.

3.3.3 Profissionais de psicologia na educação

O levantamento realizado nesta pesquisa identificou até 2024, 11 PLs que tratam da presença de psicólogos no ambiente escolar. Os PLs se estruturam de formas diversas e com reflexões legislativas variadas, reforçando a necessidade desses profissionais no quadro funcional das instituições de Ensino Básico, Fundamental, Médio e Superior para acompanhamento das demandas de saúde mental no contexto educacional.

No entanto, os PLs são apensados a outros, permanecem aguardando o parecer do relator, e a proposição fica sujeita à apreciação conclusiva pelas comissões, enquanto as demandas de saúde mental no contexto escolar se multiplicam, não recebem o devido suporte, e os impactos se estendem a toda a comunidade. A prática de apensamento de PLs, que visa a consolidação de projetos de temas similares, pode criar um efeito de paralisia, em que novas propostas aguardam anos para serem analisadas, muitas vezes sem prioridade ou encaminhamento adequado. Com isso, há uma tendência de arquivamento ou de adiamento indefinido, dificultando que essas iniciativas se tornem, de fato, uma política pública.

Há ainda o desafio de mudar a percepção de que a psicologia se limita ao atendimento clínico individual. Esse entendimento restritivo pode contribuir para a resistência legislativa, uma vez que muitos ainda veem a inclusão de psicólogos como uma necessidade secundária da escola.

Vale o destaque ao PL 2527/2015 (Marcelo Álvaro Antônio - PL/MG) que propõe ofertar atendimento psicológico nas escolas aos estudantes da educação básica fundamental e ensino médio, no entanto a presença dos profissionais de psicologia na escola tem uma perspectiva de atenção psicossocial e não de atendimento clínico. Através da articulação com serviços de saúde, há a possibilidade de encaminhamentos e acompanhamentos externos aos estudantes, mas no ambiente escolar não é interessante tal abordagem.

> § 2º Os sistemas de ensino, em articulação com os sistemas públicos de saúde e de assistentes social, deverão prever a atuação de psicólogos e assistentes sociais nos estabelecimentos públicos de educação básica ou o atendimento preferencial nos

> serviços de saúde e assistência social a alunos das escolas públicas de educação básica, fixando, em qualquer caso, número de vezes por semana e horários mínimos para esse atendimento (Brasil, 2019).

Desse modo, deve-se frisar a relevância do atendimento psicológico externo e o acompanhamento do seu desenvolvimento por outro profissional da área, no ambiente escolar, que atuarão de forma articulada e conjunta para a plena evolução do estudante.

Apesar do consenso crescente sobre a importância de integrar o cuidado psicossocial no ambiente escolar, esses projetos enfrentam dificuldades para avançar no processo legislativo brasileiro. Essas barreiras tornam evidente que, embora exista uma compreensão inicial sobre a relevância dos profissionais de psicologia no contexto educacional, a efetiva criação de leis e políticas públicas que contemplem essa atenção integral enfrenta entraves que vão desde restrições financeiras até uma visão tradicional da educação e da psicologia. Para superar essas dificuldades, é fundamental um esforço legislativo e social que reconheça a saúde mental e a atenção psicossocial como parte integrante do desenvolvimento educacional e da formação cidadã.

3.3.4 Programa Nacional de Prevenção do Sofrimento Psíquico no contexto Escolar

O PL 563/2020 (Comissão de Seguridade Social e Família) que institui o Programa Nacional de Prevenção do Sofrimento Psíquico no Âmbito Escolar propõe alteração da Lei n.º 13.819/2019 (Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio) para promover a articulação das políticas públicas que têm acesso às famílias para a prevenção e detecção do sofrimento psíquico.

A proposta do PL 563/2020 estabelece uma estrutura de suporte e prevenção para a saúde mental na escola, promovendo o desenvolvimento de um ambiente escolar mais acolhedor e atento em relação aos aspectos psicossociais dos estudantes e funcionários. Ao envolver educadores e engajar familiares, o projeto busca criar uma rede de apoio integrada que reconhece a saúde mental como essencial para o desenvolvimento saudável do sujeito.

Ao propor um programa nacional com foco no bem-estar psíquico dos alunos, o PL 563/2020 busca atender a uma demanda urgente, respondendo tanto ao aumento de casos de sofrimento psíquico quanto às lacunas nas políticas públicas de saúde mental e educação no Brasil. A implementação desse programa pode representar um avanço significativo na atenção à saúde mental no ambiente escolar, possibilitando o desenvolvimento de um currículo que

respeite o bem-estar psíquico e oportunize o desenvolvimento de uma cultura de saúde mental no contexto educacional.

O Projeto de Lei está pronto para pauta no plenário, o que significa que ele já passou pelas comissões designadas para análise e recebeu parecer favorável. Assim nessa etapa, o projeto já completou as avaliações e revisões preliminares e está apto a ser discutido e votado pelos parlamentares em uma sessão plenária. Já no plenário, os parlamentares poderão debater os pontos do projeto, propor novas emendas, se aplicável, e, por fim, votar para decidir se o projeto será aprovado, rejeitado ou enviado de volta para mais revisões. Se aprovado no plenário, o projeto pode seguir para a casa legislativa correspondente (caso ainda precise passar por outra câmara, como ocorre no Congresso Nacional do Brasil) ou para sanção presidencial, se já tiver completado o ciclo legislativo.

Como é possível perceber o processo é moroso e exige o cumprimento de inúmeros trâmites para alcançar a aprovação, enquanto isso as demandas de saúde mental no contexto escolar se multiplicam, cada instituição adota abordagens próprias, resultado em uma falta de coesão e amparo legal. Além disso, as políticas públicas voltadas para esse tema são escassas, deixando as escolas sobrecarregadas, sem os profissionais e recursos necessários para atender adequadamente às necessidades apresentadas.

3.4 Legislação relacionadas à saúde mental na educação brasileira: fundamentos e implicações

Embora o Brasil tenha avançado nos cuidados relacionados à saúde mental, o amparo legal específico para a saúde mental no contexto educacional ainda é escasso. A maioria das legislações aborda questões que tangenciam o tema, mas há uma necessidade urgente de fortalecer os direitos e deveres da comunidade educacional, de modo que a saúde mental seja plenamente assistida. Somente em 2024, foram instituídas leis que tratam diretamente da saúde mental no contexto educacional. No entanto, por serem muito recentes, ainda não há uma apropriação consistente dessas normas no ambiente educacional.

Desde 1988, a educação é um direito garantido pela Constituição Brasileira, como um direito humano, subjetivo, fundamental para a constituição das relações sociais, políticas, culturais e econômicas. Mas, para que a educação se fortaleça como direito humano, políticas públicas devem ser apresentadas e aperfeiçoadas constantemente, orientando as atuações e modelos de gestão pedagógica nas escolas brasileiras. E a construção de um projeto político-

pedagógico deve ser focado em tornar a escola um espaço possível de uma inserção social emancipadora, mesmo que seja uma proposta desafiadora (Penteado & Guzzo, 2010).

A implantação de políticas públicas em educação tem apresentado vieses e dificuldades significativas, como: formas hierarquizadas e pouco democráticas de implementação; pouca ou nenhuma valorização da história profissional e política daqueles que vivem a escola; implantação de políticas educacionais sem a necessária infraestrutura para sua real efetivação; manutenção de concepções preconceituosas a respeito de estudantes e suas famílias, oriundos das classes populares; pouco espaço para debates sobre as reais finalidades das políticas educacionais apresentadas; e implantação tecnicista da política levando à alienação do trabalho pedagógico (Souza, 2011).

Esses desafios comprometem a implementação de políticas que realmente garantam direitos e promovam mudanças. Portanto, a apropriação das questões éticas e políticas relacionadas à saúde mental no cotidiano escolar deve ser uma prioridade. Perguntas fundamentais, como "escola para quem?", "escola para quê?" e "como as práticas são organizadas diante dessas implicações?" precisam ser debatidas por profissionais que atuam tanto na educação quanto na saúde mental.

À educação, almejam-se a efetivação da prática democrática, o investimento de recursos orçamentários que garanta a qualidade da escola pública, a garantia dos direitos fundamentais de estudantes e profissionais da educação, o respeito ao processo de aprendizagem e desenvolvimento de todas as crianças, adolescentes e jovens, incluindo aqueles que necessitam de atendimento educacional especializado, estudantes indígenas e de comunidades tradicionais, bem como aqueles que cumprem medidas socioeducativas (CFP, 2019).

Para que as temáticas de saúde mental estejam ao alcance de todos na educação, é fundamental conhecer e se apropriar das políticas e legislações vigentes, de modo a garantir a efetivação do que já foi estabelecido.

No quadro 2, apresenta-se uma síntese das legislações atualmente em vigor no país, relacionadas às demandas de saúde mental no contexto escolar, para facilitar a compreensão do tema.

Quadro 2 – legislações relacionadas à saúde mental na educação

Numeração	Legislação	Ementa	Eixo temático
1	Decreto n.º 6.286/2007	Institui o Programa Saúde na Escola – PSE	Saúde Educação Política Social

2	Lei n.º 13.185/2015	Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*).	Saúde mental Educação Segurança
3	Lei n.º 13.663/2018	Altera o art. 12 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para incluir a promoção de medidas de conscientização, de prevenção e de combate a todos os tipos de violência e a promoção da cultura de paz entre as incumbências dos estabelecimentos de ensino.	Educação Segurança
4	Lei n.º 13.819/2019	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, e altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.	Saúde mental
5	Lei n.º 13.935/2019	Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica.	Educação Política social
6	Lei n.º 14.556/ 2023	Institui a campanha Janeiro Branco, dedicada à promoção da saúde mental.	Saúde mental
7	Lei n.º 14.543/2023	Institui a Semana Nacional de Conscientização sobre a Depressão, a ser celebrada anualmente na semana que compreender o dia 10 de outubro	Saúde mental
8	Lei n.º 14.819/2024	Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares.	Saúde mental Educação Política social
9	Lei n.º 14.914/2024	Institui a Política Nacional de Assistência Estudantil – PNAES	Educação Política social

Fonte: elaborada pela autora, 2024.

O quadro apresentado trata de legislações brasileiras que abordam a interseção entre saúde mental e educação, e, devido à proximidade, os temas de segurança e políticas sociais também estão presentes. Cada uma das leis descritas tem o objetivo de fortalecer o bem estar no ambiente escolar, promover a saúde mental, prevenir violências, garantir apoio psicossocial e implementar políticas de proteção e assistência tanto para estudantes quanto para profissionais da educação. A análise do quadro mostra que, apesar de ser um tema urgente e em crescente relevância, a quantidade de legislações específicas voltadas à saúde mental no contexto

educacional ainda é relativamente limitada, o que aponta para uma lacuna significativa na priorização desse tema no cenário legislativo brasileiro.

As legislações existentes abordam aspectos muito específicos da saúde mental, como a prevenção de *bullying*, automutilação e suicídio, ou campanhas de conscientização. Embora essas sejam ações fundamentais, a saúde mental está muito além da prevenção de crises, é necessário contemplar uma atenção contínua e preventiva, que insiram a saúde mental como um eixo estruturante do cotidiano escolar e do currículo.

A saúde mental no ambiente escolar não deve ser tratada de forma pontual; as legislações precisam integrá-la ao processo pedagógico e à formação dos educadores, oferecendo suporte necessário para um ambiente escolar saudável e acolhedor. Nesse sentido, seria necessário um maior volume de leis que conectassem diretamente saúde mental à educação, como a Lei n.º 14.819/2024, que institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares, que será abordada mais detalhadamente a seguir.

Mesmo as leis existentes que tratam de saúde mental no contexto escolar enfrentam dificuldades na implementação prática, como a Lei n.º 13.935/2019, que prevê a presença de psicólogos e assistentes sociais nas escolas, encontra obstáculos na sua plena execução devido à falta de infraestrutura, recursos e contratação de profissionais. Isso reforça a necessidade de mais legislações que garantam o financiamento adequado e os meios de viabilizar essas políticas no ambiente educacional.

A quantidade relativamente pequena de leis relacionadas à saúde mental no ambiente escolar reflete uma necessidade urgente de maior atenção e prioridade a esse tema nas políticas públicas brasileiras. É fundamental expandir o leque de legislações que não apenas tratem da saúde mental em momentos de crise, mas também garantam uma cultura escolar que discutam o bem-estar psicológico de maneira preventiva e integrada no currículo.

3.4.1 Objetivos e diretrizes

Antes da apresentação e análise mais detalhadas das leis, é válido esclarecer a diferença em “Objetivos” e “Diretrizes”, tópicos presentes nas legislações e que podem gerar dúvidas quanto à sua compreensão. Ambos são elementos fundamentais, mas têm papéis distintos na estrutura de uma lei, e, para uma compreensão mais aprofundada, é necessário clareza nesses aspectos.

Os objetivos são as metas ou finalidades que uma lei ou política busca alcançar, são os resultados esperados. Dessa forma, são mais amplos e definem o propósito final da legislação.

Eles tendem a ser mais genéricos e abrangentes, refletindo as metas maiores a serem atingidas ao longo do tempo, por meio da execução de ações e diretrizes práticas.

O próprio Plano Nacional de Educação – PNE (Lei n.º 13.005/2014), estabelece seus objetivos como metas, para uma compreensão mais apurada a seguir podem ser verificadas algumas delas:

> Meta 2: universalizar o ensino fundamental de 9 (nove) anos para toda a população de 6 (seis) a 14 (quatorze) anos e garantir que pelo menos 95% (noventa e cinco por cento) dos alunos concluam essa etapa na idade recomendada, até o último ano de vigência deste PNE.
> Meta 5: alfabetizar todas as crianças, no máximo, até o final do 3º (terceiro) ano do ensino fundamental.
> Meta 17: valorizar os (as) profissionais do magistério das redes públicas de educação básica de forma a equiparar seu rendimento médio ao dos (as) demais profissionais com escolaridade equivalente, até o final do sexto ano de vigência deste PNE. (Lei nº 13.005/2014).

Os objetivos da lei expressam as intenções, o que se espera alcançar em longo prazo — como alfabetizar todas as crianças ou equiparar os rendimentos dos profissionais do magistério. São aspirações amplas que indicam o impacto social e a transformação desejada.

Já as diretrizes constituem as orientações práticas para alcançar os objetivos, indicando como a lei será implementada e determinando os métodos e as ações que devem ser seguidos para atingir os objetivos. As diretrizes são mais específicas e concretas, e funcionam como guias para a execução das políticas públicas.

Ainda com o PNE, é possível analisar como está estruturada as suas diretrizes:

> Art. 2º São diretrizes do PNE:
> I – erradicação do analfabetismo;
> II – universalização do atendimento escolar;
> III – superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da cidadania e na erradicação de todas as formas de discriminação; (Vide ADI 5668)
> IV – melhoria da qualidade da educação;
> V – formação para o trabalho e para a cidadania, com ênfase nos valores morais e éticos em que se fundamenta a sociedade;
> VI – promoção do princípio da gestão democrática da educação pública;
> VII – promoção humanística, científica, cultural e tecnológica do País;
> VIII – estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do Produto Interno Bruto – PIB, que assegure atendimento às necessidades de expansão, com padrão de qualidade e equidade;
> IX – valorização dos (as) profissionais da educação;
> X – promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental (Lei n.º 13.005/2014).

As diretrizes estabelecem critérios, métodos e práticas que devem ser seguidos pelos profissionais e instituições envolvidos, orientam a implementação de ações concretas que podem ser aplicadas imediatamente ou a médio prazo.

Percebe-se que ambos são fundamentais em uma lei, pois os objetivos definem o que se espera realizar, e as diretrizes oferecem os meios para chegar a esses resultados de forma organizada e eficiente. Essa compreensão torna a análise das legislações mais práticas.

Compreender a diferença entre objetivos e diretrizes em uma lei é crucial por várias razões, especialmente quando se trata de implementar políticas públicas, interpretar normas e avaliar o impacto dessas legislações.

3.4.2 Programa Saúde na Escola (PSE) - Decreto n.º 6.286/2007

O Programa Saúde na Escola – PSE foi criado há 15 anos pelo Decreto n.º 6.286/2007 e a Portaria n.º 1.055/2017. O programa apresenta um conjunto de ações que devem ser priorizadas pelos estados, municípios e Distrito Federal, conforme as suas especificidades, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. O programa é uma estratégia que integra políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, das equipes de atenção básica e da educação básica pública. Inclui intervenções em saúde bucal, alimentação saudável, prevenção da obesidade, prevenção de violência e acidentes, saúde ocular, saúde sexual e reprodutiva, promoção da cultura de paz e direitos humanos, prevenção ao uso de drogas, álcool e tabaco, prevenção de doenças negligenciadas, saúde auditiva, e agora recentemente prevenção e atenção à saúde mental.

Por meio do PSE, políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira são articuladas para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. As diretrizes do PSE são as seguintes:

> I – Descentralização e respeito à autonomia federativa.
> II – Integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, por meio da junção das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, dos equipamentos e dos recursos disponíveis.
> III – Territorialidade, respeitando as realidades e as diversidades existentes no espaço sob responsabilidade compartilhada.
> IV – Interdisciplinaridade e intersetorialidade, permitindo a progressiva ampliação da troca de saberes entre diferentes profissões e a articulação das ações executadas pelos sistemas de Saúde e de Educação, com vistas à atenção integral à saúde dos estudantes.
> V – Integralidade, tratando a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades, que possam comprometer o pleno desenvolvimento do estudante.

> VI – Cuidado ao longo do tempo, atuando, efetivamente, no acompanhamento compartilhado durante o desenvolvimento dos estudantes, prevendo a reorientação dos serviços para além de suas responsabilidades técnicas.
> VII – Controle social, buscando promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção das políticas públicas da Saúde e Educação.
> VIII – Monitoramento e avaliação permanentes, visando o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas, de vislumbre das implicações propagadas nos cenários que envolvem a intervenção, e das estratégias empregadas na macro e micropolítica (Brasil, 2007).

A implementação do PSE deve respeitar a autonomia dos entes federativos, assim estados e municípios têm a liberdade para adaptar o programa de acordo com as especificidades de suas regiões, considerando suas demandas locais e suas próprias capacidades de gestão, o que pode favorecer uma maior adequação das ações à realidade de cada território, proporcionando um maior alinhamento às necessidades locais de saúde e educação, no entanto, também pode não ser dada a prioridade devida ao programa em municípios com verbas já reduzidas.

O programa destaca a importância da articulação entre o SUS e as redes de educação pública, a fim de unir esforços para maximizar o uso dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis em ambas as redes. Ao conectar essas duas esferas, o PSE amplia o alcance das ações tanto para os educandos quanto para suas famílias, criando um vínculo entre os serviços de saúde e o ambiente escolar. Esse trabalho conjunto permite uma maior eficiência no atendimento às necessidades de saúde dos estudantes, garantindo que ações preventivas e de intervenção sejam realizadas com maior capilaridade. A saúde do estudante precisa ser compreendida em sua totalidade e a atenção integral não pode ser fragmentada, para isso, é fundamental que haja uma articulação entre as ações de diferentes setores e profissionais. Esse trabalho em conjunto visa oferecer um atendimento integral, que não somente atenda às necessidades de saúde física e mental dos estudantes, mas também promova seu desenvolvimento acadêmico e psicossocial.

Além disso, o PSE deve respeitar as especificidades locais, entendendo que cada território tem suas próprias realidades, desafios e recursos. A abordagem territorial garante que as intervenções sejam adaptadas às condições de cada comunidade, considerando suas particularidades.

O decreto aborda a saúde mental, no artigo 4, inciso VII “prever a realização de avalição psicossocial” como parte das ações, sinalizando a necessidade da atenção à saúde mental no contexto educacional, no entanto o tema é tratado de forma abrangente, pois tem como objetivo:

> obter informações sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em conta também os aspectos relativos à sua saúde

> mental, e sugerimos que sejam realizadas na escola por seu caráter de triagem e considerando o ganho de escala em ambiente coletivo. Devendo ser encaminhados à unidade básica os educandos com necessidades de maiores cuidados. Esse momento deve ser oportunamente agendado e acordado com a direção da escola, pois representa importante aproximação e encontro entre a equipe de saúde e a comunidade escolar (Brasil, 2007).

Essa triagem pode incluir avaliações de crescimento físico, como peso e altura, além de indicadores de desenvolvimento emocional e mental, como comportamento social, dificuldades de aprendizado e sinais de sofrimento psicológico. Zelar por uma abordagem integral reflete a ideia de que o bem-estar físico e mental são indissociáveis e que ambos devem ser promovidos de maneira contínua e integrada. Ao focar tanto no crescimento físico quanto no desenvolvimento emocional, o PSE contribui para a construção de um ambiente escolar mais inclusivo, acolhedor e sensível às necessidades de cada estudante, possibilitando que ele tenha condições plenas de aprendizado e de participação na comunidade escolar.

A identificação precoce de problemas de saúde mental, de fato, é essencial, mas esse processo somente pode acontecer de fato se houver profissionais de psicologia nas escolas para monitorar e articular com os demais psicólogos da rede. Sem a presença de profissionais específicos para acompanhar tais demandas, certamente esses dados não receberão a devida atenção e cuidado.

É necessário registrar que, apesar de toda abrangência do PSE e do aumento de sofrimento emocional e de transtornos mentais no ambiente escolar nos últimos anos, o tema da saúde mental não foi contemplado de forma direta e concreta nas ações do Ciclo 2021/2022. As ações prioritárias nesse ciclo foram focadas em áreas como: saúde ambiental; promoção da atividade física; alimentação saudável e prevenção da obesidade; promoção da cultura de paz e direitos humanos; prevenção das violências e dos acidentes; prevenção de doenças negligenciadas; verificação da situação vacinal; saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST; prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas; saúde bucal; saúde auditiva; saúde ocular e prevenção à Covid-19.

Somente no ciclo 2023/2024, o tema da prevenção e promoção da saúde mental foi incluído como um novo eixo do PSE, o que evidencia que essa questão não deve mais ser negligenciada. A inclusão desse eixo reflete a urgência em desenvolver estratégias voltadas à promoção da saúde mental e ao acolhimento dos estudantes que estão em processo de sofrimento psíquico, uma realidade cada vez mais presente no cotidiano escolar. Essa mudança reforça a crescente necessidade de que políticas públicas integrem ações eficazes para lidar com

o aumento dos transtornos mentais entre crianças e adolescentes, garantindo uma abordagem integral da saúde nas escolas.

Para o ciclo 2023/2024, 99% dos municípios brasileiros aderiram ao PSE, abrangendo um total de 102.210 escolas de educação básica. Destas, 75.120 foram consideradas prioritárias, incluindo creches públicas e conveniadas dos municípios, escolas rurais, e instituições que atendem estudantes em medidas socioeducativas ou que possuem pelo menos 50% dos estudantes matriculados em famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Segundo Tereza Santos Farias, coordenadora-geral de Estratégia da Educação Básica do MEC, "o PSE está revisando materiais orientadores para as redes de ensino e para os profissionais da atenção primária à saúde, construindo materiais novos, com foco na promoção da saúde mental". Essa iniciativa, anunciada em 2023, reflete a necessidade crescente em integrar a saúde mental como um eixo prioritário, reconhecendo sua importância diante dos desafios enfrentados pelas escolas e comunidades educacionais.

Ao direcionar a atenção para temas relacionados à saúde mental, há uma atuação na prevenção de comportamentos agressivos e no suporte emocional aos estudantes que enfrentam ou praticam bullying. O reconhecimento e a intervenção precoce em casos de violência escolar são essenciais para evitar o agravamento do sofrimento e promover uma cultura de respeito e empatia no ambiente educacional.

3.4.3 Programa de combate à intimidação sistemática (*Bullying*) – Lei n.º 13.185/2015

A violência nas escolas é uma questão que exige atenção redobrada, já que seus impactos ultrapassam os limites das instituições de ensino, afetando as famílias quando seus membros são vítimas de atos cruéis em um espaço que deveria ser seguro e acolhedor. Com o objetivo de prevenir e direcionar os casos de violência no ambiente escolar, foi aprovada a Lei n.º 13.185/2015, que instituiu o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*). Essa lei caracteriza o *bullying* como uma forma de violência, seja física ou psicológica, manifestada por meio de atos de intimidação, humilhação ou discriminação, e ainda:

> Art 2º
> I – ataques físicos;
> II – insultos pessoais;
> III – comentários sistemáticos e apelidos pejorativos;
> IV – ameaças por quaisquer meios;
> V – grafites depreciativos;
> VI – expressões preconceituosas;
> VII – isolamento social consciente e premeditado;
> VIII – pilhérias (Brasil, 2015)

Diante de tais atos, a Lei estabelece nove objetivos para o Programa que direcionam as ações e intervenções de estabelecimentos de ensino, clubes e agremiações recreativas:

> Art 4º
> I – prevenir e combater a prática da intimidação sistemática (bullying) em toda a sociedade;
> II – capacitar docentes e equipes pedagógicas para a implementação das ações de discussão, prevenção, orientação e solução do problema;
> III – implementar e disseminar campanhas de educação, conscientização e informação;
> IV – instituir práticas de conduta e orientação de pais, familiares e responsáveis diante da identificação de vítimas e agressores;
> V – dar assistência psicológica, social e jurídica às vítimas e aos agressores;
> VI – integrar os meios de comunicação de massa com as escolas e a sociedade, como forma de identificação e conscientização do problema e forma de preveni-lo e combatê-lo;
> VII – promover a cidadania, a capacidade empática e o respeito a terceiros, nos marcos de uma cultura de paz e tolerância mútua;
> VIII – evitar, tanto quanto possível, a punição dos agressores, privilegiando mecanismos e instrumentos alternativos que promovam a efetiva responsabilização e a mudança de comportamento hostil;
> IX – promover medidas de conscientização, prevenção e combate a todos os tipos de violência, com ênfase nas práticas recorrentes de intimidação sistemática (bullying), ou constrangimento físico e psicológico, cometidas por alunos, professores e outros profissionais integrantes de escola e de comunidade escolar (Brasil, 2015).

A referida Lei busca enfrentar o *bullying* em diferentes contextos sociais, não apenas nas escolas, por meio de ações amplas e contínuas, para que a prática da intimidação sistemática seja identificada e combatida de forma transversal, abordando diferentes formas de violência psicológica e física em todas as idades e espaços de convivência.

Campanhas de conscientização são importantes para sensibilizar a sociedade sobre os impactos do *bullying* e a necessidade de sua prevenção. Ao implementar e disseminar essas campanhas, a lei incentiva a criação de um debate público sobre a importância de práticas saudáveis de convivência e do respeito mútuo, promovendo a reflexão e o engajamento de todos. Ademais, a orientação de pais e responsáveis é fundamental, pois ocorre de desconhecer a vivência dos filhos na escola, seja como vítimas ou como agressores. A lei propõe ações que facilitem a identificação de sinais e comportamentos, além de estratégias para que os pais possam lidar com esses casos de forma proativa e educativa.

A assistência às vítimas e agressores é um ponto chave da lei, que reconhece que ambos precisam de suporte. As vítimas necessitam de ajuda para superar traumas causados pelo *bullying*, enquanto os agressores precisam de intervenções que os ajudem a modificar comportamentos hostis e a entender as consequências de suas ações. O suporte jurídico também é previsto, para garantir que os direitos de todos os envolvidos sejam respeitados. O caráter

educativo da lei, que vai além da simples punição dos agressores. A promoção da cidadania e da empatia busca incutir nos estudantes valores fundamentais para uma convivência harmoniosa, como o respeito, a tolerância e a capacidade de entender o sofrimento alheio. A lei incentiva a construção de uma cultura de paz nas escolas e nas comunidades.A partir desse contexto, novas discussões sobre violência e segurança nas escolas ganharam destaque, culminando, em 2018, com a promulgação da Lei n.º 13.663. Essa lei introduziu, no artigo 12 da LDB (Lei n.º 9.394/1996), os incisos IX e X, que estabelecem, respectivamente, a promoção de medidas para conscientização, prevenção e combate a todos os tipos de violência, com ênfase especial na intimidação sistemática (*bullying*) no ambiente escolar; e a realização de ações que fomentem a cultura de paz nas escolas. Essas adições à LDB reforçam a responsabilidade das instituições de ensino em garantir um ambiente mais seguro e acolhedor para toda a comunidade escolar, promovendo o bem-estar físico e emocional, além de criar condições para uma educação integral.

Para lidar de maneira eficaz com a violência nas escolas, é essencial adotar uma abordagem multifacetada que leve em consideração os múltiplos fatores envolvidos, incluindo a atenção e o suporte oferecido pela escola, o apoio emocional aos estudantes e o envolvimento das famílias. A implementação de legislações, políticas e programas que abordem a prevenção e a intervenção de forma integrada é uma das formas mais consistentes de garantir a segurança e o bem-estar da comunidade escolar.

A adoção de políticas bem estruturadas promove uma colaboração mais efetiva entre escolas, famílias, autoridades locais e organizações comunitárias, criando um ambiente seguro, propício ao aprendizado e ao desenvolvimento saudável dos estudantes. A violência nas escolas não afeta apenas os estudantes diretamente envolvidos, mas impacta toda a comunidade escolar, estendendo seus efeitos além dos limites físicos da instituição.

É importante destacar que não há uma solução única para erradicar a violência escolar. O combate a essa questão exige um esforço contínuo e colaborativo de todas as partes envolvidas, incluindo gestores escolares, professores, pais, estudantes e a comunidade em geral. Um ambiente escolar seguro e acolhedor somente pode ser alcançado por meio de um trabalho integrado e comprometido, com políticas que promovam a cultura de paz, o respeito mútuo e o apoio emocional necessário para os envolvidos.

3.4.4 Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio – Lei n.º 13.819/2019

O universo escolar, de fato, abrange diversas temáticas relacionadas à vida dos estudantes, e não pode se eximir dessa responsabilidade. Partindo desse princípio, a Lei n.º 13.819/2019, sancionada em 26 de abril de 2019, instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Essa legislação é uma importante iniciativa no combate a esses graves problemas de saúde pública, buscando promover ações integradas e estratégias eficazes para prevenir a automutilação e o suicídio, bem como para oferecer apoio adequado às pessoas em situação de vulnerabilidade.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, embora pouco divulgada e conhecida, oferece um apoio significativo ao estabelecer diretrizes para a implementação de ações voltadas à prevenção, ao diagnóstico precoce, ao tratamento e ao acompanhamento de pessoas em risco ou em situações de automutilação ou ideação suicida. . Além disso, prevê a capacitação de profissionais de saúde, educação e assistência social, a promoção de campanhas de conscientização e a criação de redes de apoio e acolhimento para as pessoas afetadas por tais questões.

> Art. 3º São objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:
> I – promover a saúde mental;
> II – prevenir a violência autoprovocada;
> III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
> IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
> V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
> VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
> VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
> VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;
> IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (Brasil, 2019).

Essa legislação é fundamental para fortalecer as políticas públicas de saúde mental no Brasil e para garantir que as pessoas em situação de vulnerabilidade recebam o suporte necessário para superar esses desafios.

Particularmente no ambiente escolar, tal Política deveria ser amplamente divulgada, já que é um ambiente onde os sinais de automutilação e ideação suicida podem ser identificados precocemente. Por meio dela, é possível contribuir para a criação de um ambiente escolar mais

acolhedor, onde tais temas podem ser debatidos de forma segura promovendo uma cultura de cuidado e apoio mútuo. Ao abordar abertamente questões relacionadas à saúde mental, a escola contribui para a redução do estigma e da discriminação associados a essa temática.

A lei prevê a capacitação de profissionais da educação para lidar com questões relacionadas à saúde mental dos estudantes, incluindo a identificação de sinais de automutilação e ideação suicida. Para isso devem ter o suporte de psicólogas(os) nas escolas, que receberão e direcionarão as queixas, sem a presença desses profissionais a equipe pedagógica assumirá responsabilidades que podem ir além das suas competências, causando mais desgastes emocionais para todos.

É importante frisar que os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar. A notificação compulsória tem caráter sigiloso, e as autoridades que a tenham recebido ficam obrigadas a manter o sigilo. Tal ação reforça a responsabilidade da escola com a saúde e o bem-estar dos estudantes.

> §1º Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência autoprovocada:
> I – o suicídio consumado;
> II – a tentativa de suicídio;
> III – o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida
> (Brasil, 2019).

A presente Lei determina que os estabelecimentos de ensino públicos e privados deverão informar e treinar os profissionais que atuam em seu recinto quanto aos procedimentos de notificação estabelecidos por meio dela.

A Lei n.º 13.819/2019 não especifica como devem ser realizadas tais ações. No entanto, a condução por profissionais de psicologia especializados e capacitados nessas temáticas é essencial, tornando o espaço mais seguro e acolhedor, e os direcionamentos mais assertivos e eficazes.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio deve ser integrada a outras políticas e programas escolares, como o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Programa de Combate ao *Bullying*. Isso fortalece as ações e permite uma abordagem mais ampla e integrada para a promoção da saúde e do bem-estar da comunidade escolar.

3.4.5 Psicólogas/os e assistentes sociais nas escolas - Lei n.º 13.935/2019

A presença de psicólogas/os na equipe pedagógica das escolas é fundamental para lidar com a diversidade e a complexidade das demandas sociais e emocionais que permeiam o ambiente escolar. Em um contexto que envolve pessoas com subjetividades singulares, esses profissionais contribuem, significativamente, para a criação de um ambiente mais acolhedor e humanizado.

Por cerca de 20 anos, psicólogas/os lutaram para integrar as equipes pedagógicas, para almejar um projeto educacional que tenha como foco a coletivização das práticas de formação e garanta qualidade para todos; a luta pela valorização do trabalho docente e promoção de relações escolares democráticas; enfrentar os processos de medicalização, patologização e judicialização da vida de educadores e estudantes; e defender políticas públicas capazes de promover o desenvolvimento de todas e todos, direcionando-se para a superação dos processos de exclusão e estigmatização social (CFP, 2019).

Essa luta culminou na aprovação da Lei n.º 13.935/2019, que assegura a inclusão de psicólogas/os e assistentes sociais nas redes públicas de educação básica. Essa medida visa fortalecer a promoção da saúde mental e o suporte social no ambiente escolar, reconhecendo a importância desses profissionais para lidar com a complexidade das questões emocionais, comportamentais e sociais que afetam tanto os estudantes quanto os educadores. A presença desses profissionais contribui para a construção de um ambiente educacional mais saudável, inclusivo e preparado para enfrentar os desafios do cotidiano escolar, promovendo um desenvolvimento integral dos estudantes e melhores condições de trabalho para os professores.

Ao lidar com os sujeitos e suas subjetividades, a/o psicóloga/o, em trabalho conjunto com professores e a comunidade escolar, pode possibilitar o reconhecimento das dificuldades de aprendizado, prevenir a evasão escolar, refletir e amenizar os impactos dos comportamentos violentos nas escolas, entre tantas outras questões, que se relacionam a vivências de pobreza, racismo, discriminação de gênero e de orientação sexual. Dessa forma, a presença de tais profissionais reflete espaços mais inclusivos, pacíficos, respeitosos e acolhedores.

Em 11 de dezembro de 2019, a Lei n.º 13.935 entrou em vigor como um importante instrumento para as/os psicólogas/os e assistentes sociais firmarem seus compromissos ético-políticos com a garantia de direitos e enfrentamentos às injustiças sociais, provocando-as/os a desenvolverem práticas que se aliem a esses compromissos, em consonâncias com as demandas da sociedade.

A Lei dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica:

> Art. 1º As redes públicas de educação básica contarão com serviços de psicologia e de serviço social para atender às necessidades e prioridades definidas pelas políticas de educação, por meio de equipes multiprofissionais.
> § 1º As equipes multiprofissionais deverão desenvolver ações para a melhoria da qualidade do processo de ensino-aprendizagem, com a participação da comunidade escolar, atuando na mediação das relações sociais e institucionais.
> § 2º O trabalho da equipe multiprofissional deverá considerar o projeto político-pedagógico das redes públicas de educação básica e dos seus estabelecimentos de ensino (Brasil, 2019).

Em vigor desde 2019, a Lei n.º 13.935 previu o prazo de um ano para ser implementada em todo o território nacional, garantindo a presença de psicólogas/os e assistentes sociais nas redes públicas de educação básica. Contudo, quatro anos após sua promulgação, apenas 85 dos 5.568 municípios brasileiros cumprem essa legislação, o que demonstra uma grande dificuldade na sua efetiva implantação em âmbito nacional. Esse atraso é um reflexo das dificuldades estruturais e financeiras enfrentadas por muitos municípios, que não conseguem alocar os recursos necessários para a contratação desses profissionais.

De acordo com informações apresentadas pelo presidente do Conselho Federal de Psicologia – CFP em audiência pública realizada na Câmara dos Deputados em 16 de agosto de 2023, o cenário atual no Brasil é preocupante. “Há, em média, apenas um psicólogo para cada 4 mil estudantes”, o que torna o suporte psicológico inviável para atender de forma adequada às necessidades da comunidade escolar. Esse déficit limita a capacidade de oferecer um ambiente escolar que possa promover o bem-estar emocional e social dos estudantes, além de dificultar a atuação preventiva e de acompanhamento das demandas psíquicas dentro das escolas.

A atuação de psicólogas/os e assistentes sociais nas escolas também deve estar integrada com outras políticas e programas educacionais, como o Programa Saúde na Escola – PSE e para uma abordagem mais ampla e integrada da promoção da saúde e do bem-estar da comunidade. Ao garantir a presença de profissionais de Psicologia e Serviço Social nas redes públicas, não somente estudantes são beneficiados, mas suas famílias, professores e a comunidade escolar como um todo.

Profissionais de psicologia e assistentes sociais podem atuar na prevenção de problemas sociais, como violência doméstica, abuso infantil, evasão escolar e outras situações de vulnerabilidade. A presença desses profissionais nas escolas contribui, inclusive para identificar e intervir precocemente em situações de risco.

A atuação desses profissionais, no contexto educacional, consiste em assistir a comunidade escolar realizando atividades e ações *in loco*, e interlocução com a rede de instituições ao redor da escola, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de

Referência da Assistência Social (CRAS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Conselhos Tutelares. No entanto, é fundamental refletir sobre a capacidade desses profissionais em atender às demandas das escolas de forma eficaz. Os profissionais não devem ser alocados para atender várias escolas de uma mesma região, o que resultaria em uma sobrecarga de trabalho e limitação da profundidade e da frequência dos atendimentos. Essa distribuição fragmentada compromete a qualidade do suporte oferecido e pode reduzir a capacidade desses profissionais de atuar de forma preventiva e contínua, realizando apenas atendimentos pontuais e emergenciais, quando o ideal seria desenvolver um trabalho contínuo e integrado com a equipe pedagógica.

Portanto, para garantir que as atividades desses profissionais sejam de fato efetivas, é necessário um compromisso legislativo e institucional para que cada escola disponha de um/a psicólogo/a e um/a assistente social em tempo integral. Essa estrutura permite um acompanhamento mais próximo do contexto escolar, além de facilitar a implementação de programas de saúde mental e projetos socioeducativos de forma consistente e adaptada à realidade de cada escola.

A inserção desses profissionais no contexto educacional representa uma conquista importante, mas ainda incipiente. Após duas décadas de debates e esforços políticos, foi possível regulamentar sua atuação nas escolas, refletindo uma crescente conscientização sobre a relevância do suporte psicossocial no ambiente educacional. Essa regulamentação, no entanto, marca apenas o começo de uma trajetória desafiadora. Para que a atuação desses profissionais se consolide de maneira significativa, serão necessárias novas iniciativas, tempo e investimentos que permitam o desenvolvimento de práticas consistentes e alinhadas às necessidades de cada comunidade escolar.

A regulamentação da presença de psicólogas/os e assistentes sociais nas escolas abre portas para a criação de políticas educacionais voltadas à promoção do bem-estar mental e social dos alunos, reconhecendo o papel da escola como espaço privilegiado de formação e desenvolvimento integral. Contudo, essa presença precisa ser concretizada de forma efetiva, com infraestrutura adequada, planejamento estratégico e equipe profissional suficiente para atender à demanda crescente dos estudantes, educadores e famílias.

Além disso, é preciso que gestores e equipes pedagógicas compreendam e valorizem o trabalho psicossocial como parte fundamental da educação, facilitando a integração desses profissionais no cotidiano escolar. Outro aspecto essencial para a efetivação dessa prática é a superação de barreiras estruturais e culturais, como a visão tradicional que limita o papel da escola à instrução acadêmica. Para que psicólogas/os e assistentes sociais possam realmente

impactar o ambiente escolar, é necessário um olhar ampliado sobre a educação, que reconheça a importância do suporte emocional e social para o desempenho acadêmico e o desenvolvimento pleno dos estudantes.

Assim, a regulamentação foi um passo significativo, mas ainda há um longo caminho para que a atuação desses profissionais nas escolas seja plena e efetiva. Esse percurso exige investimento público, revisão de políticas educacionais e engajamento de todos os envolvidos no processo educativo, para que, no futuro, as escolas possam ser verdadeiros espaços de promoção da saúde mental e do bem-estar social.

3.4.6 Campanha Janeiro Branco – Lei n.º 14.556/2023

Em 2023, buscando dar mais atenção à saúde mental, duas leis relacionadas ao tema foram aprovadas no Brasil: a Lei n.º 14.556/2023, que institui a campanha Janeiro Branco, dedicada à promoção da saúde mental, e a Lei n.º 14.543/2023, que estabelece a Semana Nacional da Conscientização sobre Depressão, a ser celebrada anualmente na semana que compreende o dia 10 de outubro.

A campanha Janeiro Branco é uma iniciativa que visa conscientizar a população sobre a importância da saúde mental e emocional. Criada em 2014, em Uberlândia, Minas Gerais, por profissionais de psicologia, a campanha tem ganhado visibilidade em todo o país e até em outras partes do mundo.

O principal objetivo da campanha é promover a reflexão e o debate sobre questões relacionadas à saúde mental, incluindo o combate ao preconceito, a valorização do autocuidado, a busca por ajuda profissional quando necessário e a disseminação de informações sobre como cuidar da saúde emocional. Durante o mês de janeiro, diversas ações foram realizadas em escolas, empresas, instituições de saúde e nas redes sociais para sensibilizar a população. Essas ações incluem palestras, *workshops*, rodas de conversa, campanhas de conscientização e divulgação de materiais informativos.

O nome “Janeiro Branco” faz referência ao início de um novo ciclo, simbolizado pelo começo do ano, que na cultura ocidental ocorre em janeiro. A ideia é que esse período seja dedicado à reflexão e ao fortalecimento do compromisso individual e coletivo com a promoção da saúde mental, como se fosse uma folha em branco pronta para novas histórias.

Essa campanha amplia o diálogo sobre saúde mental na sociedade, reduz o estigma associado às doenças mentais e incentiva as pessoas a cuidarem melhor de si mesmas emocionalmente. No entanto, apesar dos avanços, ainda há desafios significativos a serem

superados. A aprovação das leis mencionadas representa um passo importante, mas é crucial que essas iniciativas sejam acompanhadas por políticas públicas efetivas, investimentos em serviços de saúde mental e formação de profissionais capacitados.

É pertinente refletir se ações concentradas em períodos específicos, como campanhas anuais, são suficientes para provocar mudanças estruturais na forma como a sociedade lida com a saúde mental. A promoção de uma cultura que valorize o bem-estar psicológico deve ser contínua e integrada a diferentes setores, como educação, trabalho e comunidade. Além disso, é fundamental combater as desigualdades no acesso aos serviços de saúde mental, que afetam especialmente as populações mais vulneráveis.

Ademais, é necessário refletir como essas campanhas influenciam as práticas cotidianas das instituições e dos sujeitos, se as mensagens promovidas durante o Janeiro Branco são incorporadas ao longo do ano, e se há um acompanhamento efetivo das políticas propostas. Essas são questões cruciais para assegurar que as iniciativas não se tornem apenas ações simbólicas, mas que resultem em transformações reais.

Portanto, enquanto campanhas como o Janeiro Branco e a Semana Nacional da Conscientização sobre Depressão são essenciais para aumentar a visibilidade do tema, elas devem ser parte de uma estratégia mais ampla. Essa estratégia deve incluir educação permanente, prevenção, tratamento adequado e reinserção social das pessoas com transtornos mentais. Somente assim será possível promover uma mudança efetiva na percepção e no cuidado com a saúde mental no país, avançando em direção a uma sociedade mais consciente e acolhedora.

3.4.7 Semana Nacional de Conscientização sobre a Depressão – Lei n.º 14.543/2023

De acordo com a OMS, o Brasil é o país com maior registro de casos de depressão na América Latina, além de ser o segundo país com maior prevalência nas Américas. A depressão é um transtorno mental associado a sentimentos de incapacidade, irritabilidade, pessimismo, isolamento social, perda de prazer, déficit cognitivo (memória e raciocínio são afetados), baixa autoestima e tristeza, que interferem na vida diária.

Na intenção de trazer mais conscientização sobre tal transtorno, foi instituída a Lei n.º 14.543/2023 que propõe a Semana Nacional de Conscientização sobre a Depressão, a ser celebrada anualmente na semana que compreende o dia 10 de outubro.

> Art. 2º A Semana Nacional de Conscientização sobre a Depressão terá por objetivos:

> I – promover perante a comunidade debates, palestras e eventos abrangendo todos os aspectos da doença;
> II – estimular a implementação e a divulgação de políticas públicas para o enfrentamento da doença;
> III – divulgar os avanços obtidos em diagnóstico e tratamento da doença;
> IV – divulgar as formas de acesso à atenção à saúde mental (Brasil, 2023)

Campanhas de conscientização constituem recursos interessantes para divulgar as temáticas, têm um papel educativo, auxiliando o desenvolvimento da consciência social e no aperfeiçoamento dos valores de uma sociedade. Podem ser difundidas, amplamente, em ambientes escolares para as diversas faixas etárias.

Tais campanhas promovem a conscientização sobre a importância do autocuidado emocional e do bem-estar psicológico, valorizando a busca por auxílio profissional quando necessário, contribuindo para uma cultura de cuidado e apoio mútuo, afastando os estigmas. Ao envolver os estudantes, suas famílias e a comunidade escolar em campanhas, as escolas podem criar uma rede de apoio mais ampla e eficaz para aqueles que estão enfrentando algum sofrimento emocional, promovendo respeito e empatia.

As legislações de um país refletem os princípios e valores considerados relevantes e direcionam os cidadãos sobre o que é esperado deles como membros da sociedade. Porém, as leis devem garantir muito mais do que conscientização, devem proteger direitos individuais, manter a ordem e segurança de todos, e acima de tudo promover justiça social, buscando a igualdade de oportunidades e cuidado para todos os cidadãos, independentemente de raça, gênero, religião ou outras características.

Legislações bem implementadas são essenciais para a coesão social, para a proteção dos direitos e liberdades, para a resolução justa de conflitos e a promoção de um ambiente estável e previsível. Elas não devem ser regras impostas, mas sim os alicerces sobre os quais uma sociedade saudável e funcional se constrói. Por isso, a criação, aplicação e evolução contínua das leis são processos fundamentais para o desenvolvimento e progresso das nações.

Infelizmente o Brasil possui escasso repertório de legislações que suportam a demanda de saúde mental na educação como uma política pública de fato.

A educação frequentemente se fundamenta em leis diversas e generalistas, que são adaptadas ao contexto educacional conforme a conveniência da gestão escolar. É necessário avançar, significativamente, para garantir que as leis em vigor sejam cumpridas e beneficiem o sistema educacional como um todo.

3.4.8 Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares - Lei n.º 14.819/2024

Em 16 de janeiro de 2024, foi instituída a Lei n.º 14.819. Por ser ainda muito recente, as escolas estão em processo de apropriação dessa legislação, e pode levar algum tempo até que ela seja plenamente incorporada ao currículo das instituições de ensino brasileiras. Por essa razão, observa-se a importância de uma ampla divulgação por parte dos profissionais que atuam nesses contextos.

A presente política propõe a integração e a articulação permanente das áreas de educação, de assistência social e de saúde no desenvolvimento de ações de promoção, de prevenção e de atenção psicossocial no âmbito das escolas. E utiliza o termo "atenção psicossocial" para tratar das questões relacionadas à saúde mental no contexto escolar. A utilização desse termo é bastante significativa e revela uma abordagem mais ampla e integradora do que o termo "saúde mental" isoladamente.

Ao escolher esse termo, a lei transcende a mera referência a tratamentos clínicos individuais, destacando a relevância de considerar o sujeito em sua totalidade. Isso inclui os aspectos psicológicos, sociais, culturais e ambientais que afetam o bem-estar psicológico. O termo reafirma a necessidade de uma articulação entre diferentes setores — educação, saúde e assistência social — para garantir uma atenção mais completa e eficaz, facilitando a criação de estratégias mais integradas, em que profissionais de diversas áreas possam atuar em conjunto para promover o bem-estar da comunidade escolar, reconhecendo a saúde mental como um fenômeno multifatorial. Além disso, o termo remete a acolhimento e cuidado mais humanizado, respeitando as diferenças e singularidades dos sujeitos, evitando a patologização ou medicalização excessiva e buscando estratégias que amparem o sofrimento psíquico em suas múltiplas causas, respeitando as subjetividades envolvidas. No contexto escolar, isso é particularmente importante, pois permite criar práticas pedagógicas e de cuidado que considerem o sujeito em sua totalidade, e não apenas como um número ou diagnóstico.

Ressalta-se que essa terminologia está em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que buscam deslocar o foco do cuidado de instituições fechadas para serviços comunitários e territoriais, focando em práticas que respeitam a dignidade, a autonomia e os direitos de cada um, combatendo estigmas e preconceitos associados aos transtornos mentais.

É extremamente necessário que haja clareza conceitual para evitar interpretações reduzidas ou equivocadas do termo, garantindo que as ações propostas sejam efetivamente

integradas e abrangentes, pois, se mal interpretadas, pode levar a práticas superficiais ou assistenciais, em vez de uma atuação transformadora na atenção à saúde mental na educação.

> Art. 2º São objetivos da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares:
> I – promover a saúde mental da comunidade escolar;
> II – garantir aos integrantes da comunidade escolar o acesso à atenção psicossocial;
> III – promover a intersetorialidade entre os serviços educacionais, de saúde e de assistência social para a garantia da atenção psicossocial;
> IV – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância de cuidados psicossociais na comunidade escolar;
> V – promover a formação continuada de gestores e de profissionais das áreas de educação, de saúde e de assistência social no tema da saúde mental;
> VI – promover atendimento, ações e palestras direcionadas à eliminação da violência; e
> VII – divulgar informações cientificamente verificadas e esclarecer informações incorretas relativas à saúde mental (Brasil, 2024).

Os objetivos da lei expressam a abrangência e profundidade da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares, sinalizando uma mudança de paradigma em como a saúde mental é abordada no ambiente educacional. Esses objetivos não são apenas metas formais, mas refletem uma necessidade real de integração, sensibilização e formação contínua da comunidade escolar e da sociedade.

O primeiro objetivo é promover a saúde mental da comunidade escolar, o que torna a promoção da saúde mental um componente central no currículo. Não se trata apenas de cuidar dos problemas já existentes, mas de construir um ambiente consciente, humano e acolhedor, reconhecendo a saúde mental como parte integral da experiência educacional, pois ela sendo a base toda a estrutura se torna mais fortalecida.

A lei visa garantir acesso à atenção psicossocial a todos os integrantes da comunidade escolar, isso implica a articulação de redes de apoio dentro e fora da escola, ampliando o entendimento de que o cuidado com a saúde mental é um direito, e deve ser contínuo e acessível a todos os membros da comunidade escolar, incluindo estudantes, professores e funcionários. A intersetorialidade é um pilar fundamental dessa política, reconhecendo que a escola sozinha não tem condições de amparar as múltiplas dimensões da saúde mental. Dessa forma, a articulação entre serviços educacionais, de saúde e de assistência social garante que as intervenções sejam mais completas e coordenadas, permitindo que todos tenham um acompanhamento integrado e que suas necessidades sejam atendidas de forma ampla.

Outro ponto também muito debatido nesta tese é a formação continuada dos profissionais de educação, e a política sinaliza a necessidade disso, para que os profissionais envolvidos tenham as ferramentas e o conhecimento necessários para lidar com as

complexidades da saúde mental nas escolas. No entanto, é fundamental a presença de profissionais e serviço de psicologia nas escolas, para que as demandas de saúde mental ao serem identificadas possam ser direcionadas para um setor específico capaz de acolher e realizar as intervenções e os encaminhamentos necessários. A responsabilidade pelas ações psicossociais não deve ficar a cargo dos professores, eles devem compreender toda a política e colaborar com a viabilização, mas a responsabilidade pela execução deve ser dos profissionais da área de saúde mental que precisam ser inseridos nas escolas.

E a presente lei reconhece essa necessidade e reforça no Art. 6º que a implementação da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares dar-se-á em articulação com o disposto na Lei n.º 13.935/2019, que trata da prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica.

A política segue sendo muito perspicaz ao colocar como objetivo a temática da violência como contexto educacional, já que é um problema estrutural que impacta diretamente a saúde mental de toda a comunidade. Esse objetivo se destaca ao priorizar ações específicas voltadas para a eliminação de atos violentos, reconhecendo que esses atos prejudicam todos os envolvidos. A escola desempenha um papel crucial na não perpetuação de tais comportamentos e precisa agir de maneira estratégica, promovendo reflexões e implementando ações preventivas.

Outro ponto que merece muito destaque é o comprometimento da política ao divulgar informações cientificamente verificadas e esclarecer informações incorretas relativas à saúde mental. A disseminação de informações sobre saúde mental, fundamentada em evidências e fatos, é essencial para combater mitos e desinformações. A desinformação perpetua estigmas e preconceitos, resultando na marginalização de pessoas que enfrentam dificuldades psicológicas. Mitos como "depressão é fraqueza", "medicamentos psiquiátricos viciam" ou "quem faz psicoterapia é louco", ainda são amplamente disseminados, e essas visões distorcidas criam barreiras ao tratamento e ao apoio necessários.

Outro ponto que merece destaque é o comprometimento da política ao divulgar informações cientificamente verificadas e esclarecer informações incorretas relativas à saúde mental. Mitos como "depressão é fraqueza", "medicamentos psiquiátricos viciam" ou "quem faz psicoterapia é louco" ainda são amplamente disseminados, e essas visões distorcidas criam barreiras ao tratamento e ao apoio necessários.

A divulgação de informações comprovadas cientificamente também contribui para que o debate público e as políticas voltadas para a saúde mental sejam mais fundamentadas e realistas. Ao esclarecer o que é fato e o que é mito, cria-se uma base mais sólida para a

construção de políticas públicas que realmente atendam às necessidades da população. No contexto escolar, isso significa a possibilidade de desenvolver programas de saúde mental mais eficientes, alinhados às demandas reais da comunidade escolar.

Para compreender como a lei pretende alcançar esses objetivos, se faz necessário a análise das diretrizes; por meio delas, é possível refletir sobre a sua viabilidade no contexto educacional brasileiro:

> Art. 3º São diretrizes para a implementação da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares:
> I – participação da comunidade escolar e da comunidade na qual a escola está inserida;
> II – abordagem multidisciplinar e intersetorialidade das ações;
> III – ampla integração da comunidade escolar com as equipes de atenção primária à saúde e de serviços de proteção social do território onde a escola está inserida;
> IV – garantia de oferta de serviços de atenção psicossocial para a comunidade escolar;
> V – não discriminação e respeito à diversidade;
> VI – participação dos alunos como sujeitos ativos no processo de construção da atenção psicossocial oferecida à comunidade escolar;
> VII – exercício da cidadania e respeito aos direitos humanos;
> VIII – articulação com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, por meio da rede de atenção psicossocial e da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2024).

Mais uma vez, a Lei n.º 14.819/2024 reconhece que a escola não existe de forma isolada, faz parte de uma comunidade mais ampla que influencia e é influenciada por ela, ao pontuar a participação ativa da comunidade escolar, que inclui estudantes, professores, pais, responsáveis e demais profissionais que atuam na escola, nas ações de atenção psicossocial. E ao incluir a comunidade mais ampla, a diretriz I promove a criação de laços sociais e o apoio mútuo, contribuindo para um ambiente escolar mais acolhedor e inclusivo, rompendo estigmas ao compartilhar a temática com a comunidade. Afinal a educação deve ser um processo de transformação social, no qual a participação ativa da comunidade é fundamental, a educação deve ser contextualizada e ligada às realidades vividas nesse meio.

O currículo deve ser construído em diálogo com as experiências e necessidades da comunidade, promovendo uma educação crítica e participativa (Freire, 2019). A diretriz I, ao envolver a comunidade escolar e a sociedade na construção das práticas psicossociais, promove um currículo que valoriza o diálogo e a participação coletiva, desenvolvendo um processo de conscientização e transformação social.

A Lei n.º 14.819/2024, ao propor a integração das áreas de educação, assistência social e saúde, reconhece o contexto de urgência na atenção psicossocial nas escolas. Não se trata apenas de uma legislação a ser incorporada burocraticamente nos currículos, mas de uma verdadeira transformação nas relações cotidianas da escola. Essa integração, ao articular

diferentes áreas, reflete o reconhecimento de que a saúde mental não pode ser dissociada do contexto educacional. Crianças e adolescentes passam uma parte significativa de suas vidas no ambiente escolar, e é nesse espaço que se manifestam tanto as dificuldades quanto as potencialidades relacionadas à saúde mental.

Além de reconhecer a necessidade de incluir a comunidade no desenvolvimento das ações, a política também reforça a participação multidisciplinar de profissionais de diferentes áreas, como psicologia, serviço social, pedagogia, saúde e assistência social, para atender às diversas necessidades dessa comunidade. A intersetorialidade indica que a saúde mental na escola não é responsabilidade exclusiva do setor de educação, mas requer a cooperação com outros setores, como saúde e proteção social. A diretriz II desafia a visão fragmentada das políticas públicas, promovendo ações integradas considerando a complexidade dos problemas de saúde mental e das condições sociais que afetam toda a comunidade escolar. Aliado a isso, a diretriz III reforça a articulação com os serviços já existentes no território, como as unidades de saúde e os serviços de assistência social, o que é crucial para garantir encaminhamentos e acompanhamentos adequados dos casos que ultrapassam as capacidades de intervenção da escola. O acesso aos serviços psicossociais é uma medida que busca assegurar que os membros da comunidade escolar tenham acesso ao suporte necessário, e a diretriz IV ressalta a importância da escola ser um meio de acesso aos serviços de saúde mental, seja através de profissionais que atuam na própria escola ou por meio das parcerias com serviços externos. Ao estabelecer parcerias com serviços do território, a escola assume um papel ativo na promoção do bem-estar da comunidade, ampliando o conceito de educação para além do espaço formal da sala de aula.

A saúde mental é influenciada por fatores culturais, sociais e econômicos como já mencionado nos capítulos anteriores, e a presente lei está conectada com essas questões ao buscar garantir a não discriminação e respeito à diversidade, sendo as ações psicossociais sensíveis a essas diferenças. Respeitar a diversidade significa reconhecer e valorizar as diferentes identidades e trajetórias de vida presentes na comunidade escolar, sem que isso se traduza em tratamento desigual ou preconceituoso. A diretriz V é essencial para a construção de um currículo democrático que visa a autonomia e liberdade dos sujeitos, combatendo à discriminação, seja ela racial, de gênero, orientação sexual ou qualquer outra.

Essa lei foi desenhada e reflete os princípios teóricos do currículo freiriano.

A diretriz VI destaca os estudantes como protagonistas nas ações, não apenas como receptores de intervenções, mas como agentes ativos na definição das políticas e práticas adotadas. Essa diretriz reflete a visão de Freire (2019), ao estimular a participação dos discentes

na construção das ações psicossociais, favorecendo uma abordagem dialógica e crítica, na qual eles contribuem para a criação de um currículo que reflete suas próprias experiências e necessidades. Essa abordagem fortalece a autonomia de crianças e adolescentes e os prepara para o exercício pleno da cidadania, além de aumentar a adesão e a eficácia das ações psicossociais.

A diretriz VII que trata sobre cidadania e direitos humanos reforça que a saúde mental não pode ser dissociada dos direitos fundamentais dos sujeitos. Ao incluir essa perspectiva, a política de atenção psicossocial está além do atendimento clínico, enfocando o desenvolvimento integral dos envolvidos para garantir um ambiente que respeite seus direitos e promova o bem-estar. O respeito aos direitos humanos é central na construção de uma sociedade justa e democrática. Essa diretriz se alinha com a teoria freiriana ao propor uma educação que não se limita ao desenvolvimento cognitivo, mas que busca formar cidadãos críticos e engajados, capazes de lutar por seus direitos e transformar a sociedade.

Finalizando a apresentação das diretrizes, a última aponta para a necessidade de um sistema integrado, que reconheça as escolas como espaços estratégicos para a promoção da saúde mental. A articulação com outras políticas nacionais visa alinhar os objetivos e ações psicossociais nas escolas com as políticas públicas existentes, a fim de assegurar a continuidade do cuidado e a inserção das escolas na rede de saúde mental, fortalecendo o vínculo entre os serviços e garantindo que as intervenções sejam coordenadas e complementares, refletindo um currículo que vai além dos conteúdos formais e atento às condições de vida dos estudantes, através do cuidado integral e socialmente comprometido.

Essa integração, ao articular diferentes áreas, reflete o reconhecimento de que a saúde mental não pode ser dissociada do contexto educacional, afinal crianças e adolescentes passam uma parte significativa de suas vidas no ambiente escolar. É nesse espaço que se manifestam várias questões relacionadas à saúde mental.

A execução da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares deverá ocorrer por meio da articulação com o Programa Saúde na Escola – PSE, o modelo de assistência em saúde mental, o Sistema Único de Assistência Social – SUAS e a rede de atenção psicossocial, e sua governança ficará a cargo dos Grupos de Trabalho Intersetoriais do PSE, que serão responsáveis pelo desenvolvimento das ações nos territórios, com a participação obrigatória de representantes da área da saúde e da comunidade escolar (Lei n.º 14.819/2024, Art 4º).

Além disso, a plena incorporação dessa lei dependerá do cumprimento da Lei n.º 13.935/2019, que dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas

redes públicas de educação básica, para que tais profissionais possam realizar o manejo eficiente de tudo que a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares se propõe.

A Lei n.º 14.819/2024 não é uma solução pronta, há um longo caminho pela frente, mas é uma possibilidade para repensar o currículo e o papel da educação na sociedade brasileira. A cada ano, elevam-se os índices de transtornos mentais na população em geral, e é preciso desenvolver estratégias sólidas para promoção de saúde mental desde a infância. Mais do que seguir diretrizes, será necessário o desenvolvimento de uma cultura de atenção e cuidados com a saúde mental, assim como se cuida desde cedo da saúde física da população, a fim de sensibilizar a comunidade escolar para que as práticas de cuidado se tornem cotidianas, permeando as dimensões da vida escolar.

3.4.9 Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) - Lei n.º 14.914/2024

A Lei n.º 14.914/2024institui a Política Nacional de Assistência Estudantil – PNAES no âmbito do Ministério da Educação, com o objetivo principal de ampliar e garantir as condições de permanência dos estudantes na educação superior e na educação profissional, científica e tecnológica pública federal. Ressalta-se que a política também se propõe a atender estudantes de mestrado e doutorado matriculados em instituições federais, havendo disponibilidade de recursos orçamentários.

Trata-se de uma política voltada para estudantes da educação superior e busca atendê-lo de forma integral, respondendo às suas necessidades multifacetadas, para além do conteúdo acadêmico e formação profissional, considerando as condições econômicas, sociais e psicológicas que influenciam, diretamente, a permanência e o cumprimento dos objetivos educacionais.

A PNAES reconhece que somente acessar o Ensino Superior não é suficiente; é necessário promover condições que permitam ao estudante permanecer e concluir seus estudos. A atenção integral é abordada pela lei ao incluir programas além das necessidades financeiras, como o apoio à saúde mental, à moradia estudantil, à alimentação saudável, ao transporte, à acessibilidade e, inclusive, aos estudantes que são pais.

> Art. 2º São objetivos da PNAES:
> I – democratizar e garantir as condições de permanência de estudantes na educação pública federal;

> II – minimizar os efeitos das desigualdades sociais e regionais na permanência de estudantes nos cursos da educação pública federal e na conclusão desses cursos;
> III – reduzir as taxas de retenção e de evasão na educação pública federal;
> IV – contribuir para a promoção da melhoria de desempenho acadêmico, de inclusão social pela educação e de diplomação dos estudantes;
> V – apoiar estudantes estrangeiros da educação superior recebidos no âmbito de acordos de cooperação técnico-científica e cultural entre o Brasil e outros países;
> VI – estimular a participação e o alto desempenho de estudantes em competições, em olimpíadas, em concursos ou em exames de natureza esportiva e acadêmica;
> VII – estimular as iniciativas de formação, extensão e pesquisa específicas para a área de assistência estudantil (Brasil, 2024).

Há um foco claro na democratização da permanência dos estudantes na educação superior, com atenção especial às desigualdades sociais e regionais. Mas a equidade educacional surge a partir das oportunidades mais justas ao longo de todo o processo desde a Educação Básica. Por essa razão, as políticas devem ser interligadas, questões como estas são as principais lacunas para a implementação das políticas educacionais no Brasil, elas precisam mais conversar entre si. A permanência e a conclusão do Ensino Superior são muito importantes na trajetória de uma pessoa, porém ela precisa ter boas condições de chegar até lá.

Após alcançar o acesso à Educação Superior, a busca pela constante excelência do desempenho acadêmico deve ser problematizada, para que não se resuma a uma competição por notas ou por indicadores quantitativos, que acaba por gerar uma série de agravos emocionais. A inclusão social pela educação transcende a possibilidade de permanência; ela precisa ser transformadora e ressignificar o papel do estudante e do futuro profissional na sociedade. O sistema educativo, muitas vezes, não acolhe as diferenças, acolhe os "bons desempenhos" e a PNAES precisa ficar atenta a isso, ao buscar atender o objetivo VI. Estimular o alto desempenho pode reforçar uma lógica meritocrática que não considera as desigualdades estruturais da trajetória de cada estudante, e a que custo estão alcançando os resultados.

Destaca-se, também, a internacionalização da Educação Superior que está presente entre os objetivos da PNAES (Objetivo V). A inclusão de ações voltadas para a internacionalização destaca a visão estratégica que não somente fortalece o papel das universidades brasileiras no cenário global, mas também enriquece o ambiente acadêmico e científico do país, criando uma rede de conhecimentos e experiências que vai além das fronteiras.

Essa abertura permite a troca de conhecimentos e práticas entre diferentes culturas e sistemas educacionais, o que enriquece a formação acadêmica de todos os envolvidos, sejam brasileiros ou estrangeiros. A interação multicultural pode promover uma maior abertura a novas perspectivas científicas, culturais e sociais, fortalecendo a diversidade no ensino superior. Por meio dos acordos de cooperação técnico-científica e cultural, o Brasil também reforça as

relações diplomáticas com outros países e consolida laços internacionais baseados no intercâmbio educacional e cultural.

A presença de estudantes estrangeiros em escolas e universidades enriquece o ambiente acadêmico por meio da diversidade que traz. Suas variadas experiências de vida e visões de mundo contribuem para debates mais enriquecedores e inclusivos, incentivando as instituições a se adaptarem a essa pluralidade. Além dos aspectos acadêmicos e científicos, a interação entre estudantes estrangeiros e brasileiros contribui para a criação de pontes culturais; trocas que estimulam a compreensão e o respeito mútuo entre diferentes culturas, ampliando os horizontes dos estudantes e, potencialmente, da sociedade brasileira.

Apoiá-los não deve significar apenas oferecer suporte financeiro, mas também facilitar a integração acadêmica, cultural e social, abordando questões como barreiras linguísticas, diferenças curriculares, adaptação ao ambiente local, apoio psicológico, serviços de orientação cultural e programas que auxiliem na adaptação ao novo contexto acadêmico e curricular. Para isso, é interessante que as Instituições de Ensino Superior – IES, tenham um setor específico para acolher as demandas desses estudantes, com profissionais qualificados e com afinidade na temática da internacionalização da educação.

Espera-se que essa política com todos os 11 programas bem interligados possa atender as diversas demandas dos estudantes e de fato reduza a retenção e evasão da Educação Superior. Na presente análise o foco será dado para o Programa de Atenção à Saúde Mental dos Estudantes – PAS, já que é o tema central da tese, mas a seguir serão apresentados os programas contemplados nessa política:

> 4º A PNAES abrange os seguintes programas e ações:
> I – Programa de Assistência Estudantil (PAE);
> II – Programa de Bolsa Permanência (PBP);
> III – Programa de Alimentação Saudável na Educação Superior (Pases);
> IV – Programa Estudantil de Moradia (PEM);
> V – Programa de Apoio ao Transporte do Estudante (Pate);
> VI – Programa Incluir de Acessibilidade na Educação (Incluir);
> VII – Programa de Permanência Parental na Educação (Propepe);
> VIII – Programa de Acolhimento nas Bibliotecas (PAB);
> IX – Programa de Atenção à Saúde Mental dos Estudantes (PAS);
> X – Programa Milton Santos de Acesso ao Ensino Superior (Promisaes);
> XI – Benefício Permanência na Educação Superior;
> XII – oferta de serviços pelas próprias instituições federais de ensino superior e pelas instituições da rede federal de educação profissional, científica e tecnológica;
> XIII – outras ações tornadas públicas por meio de ato normativo do Ministro de Estado da Educação, observada a compatibilização dessas ações com as dotações orçamentárias existentes, e desde que não haja prejuízos aos programas e às ações constantes dos incisos I a XII do caput deste artigo (Brasil, 2024).

Cada programa enfocar[a demandas específicas. No entanto, as intervenções devem ser articuladas, a fragmentação pode resultar em respostas pontuais e desconectadas aos desafios complexos enfrentados pelos estudantes. Se essa articulação não for bem discutida e executada, será uma grande lacuna na implementação efetiva da PNAES. Para que a atenção seja integral, é essencial que os programas interajam e se complementem de forma coordenada, proporcionando um suporte que considere a totalidade do estudante. Somado a isso, é necessário que as práticas pedagógicas considerem as realidades dos estudantes, possibilitando currículos justos e democráticos, que respeitem as diversas trajetórias e condições de vida, havendo uma articulação efetiva com as atividades curriculares e extracurriculares.

A articulação da assistência estudantil é uma ideia potente que visa fortalecer uma formação mais integral. Contudo, na prática, há lacunas nas universidades públicas que costumam tratar como um apêndice os programas de assistência e não como parte essencial da formação. Em vez de serem realmente integradas, as iniciativas de apoio ao estudante muitas vezes são vistas como um setor à parte, sem o reconhecimento de que a permanência e o sucesso acadêmico são resultados também das condições de vida dos estudantes fora da sala de aula.

Portanto, haver um programa específico voltado para a saúde mental do estudante é um avanço notável na compreensão do impacto dessa demanda na vida dos sujeitos. O Programa de Atenção à Saúde Mental dos Estudantes – PAS destina-se a promover a cultura do cuidado no ambiente estudantil, de forma a melhorar as relações entre estudantes, professores e funcionários técnico-administrativos de instituições federais de Ensino Superior e de instituições da rede federal de educação profissional, científica e tecnológica (Art. 26).

> Art. 27. São objetivos do PAS:
> I – consolidar modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, com valorização do convívio com a família e a comunidade, conforme os regramentos adotados na legislação vigente sobre saúde mental;
> II – acolher e acompanhar as pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, propiciando pertencimento institucional;
> III – fomentar mais informação e comunicação sobre o sofrimento psíquico e a saúde mental;
> IV – construir uma cultura inclusiva, acolhedora, antimanicomial, humanista e não violenta (Brasil, 2024).

O PAS busca criar uma cultura do cuidado que se expande para a construção de relações mais saudáveis entre todos os envolvidos no ambiente acadêmico. A intenção de melhorar as relações entre estudantes, professores e funcionários técnico-administrativos reforça a necessidade de um ambiente educacional acolhedor, que reconhece o sofrimento psíquico ou transtornos mentais como parte das experiências humanas, sem estigmatizar os sujeitos. A

ênfase na cultura do cuidado exige, portanto, mudanças estruturais nas práticas institucionais, bem como na compreensão coletiva acerca dos cuidados com a saúde mental.

A valorização de um modelo de atenção aberto e comunitário, rompendo as práticas tradicionais e centralizadas de cuidados com a saúde mental, valoriza o convívio com a família e a comunidade, estimulando uma abordagem integrada e multidimensional, em que a atenção não se restringe ao ambiente acadêmico, mas dialoga com a rede social do estudante. Essa iniciativa facilita a construção de redes de apoio mais sólidas, por meio de estratégias psicossociais; entretanto, reflexão prévia acerca de quem conduzirá essas ações e intervenções, é imprescindível profissionais de saúde mental para compor a equipe e orquestrar as ações.

As limitações de recursos e a resistência a mudanças de práticas tradicionais podem ser algumas das lacunas para a execução da PAS. Ao propiciar o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico, o programa busca não apenas atender a demandas emergenciais, mas também construir um sentimento de pertencimento institucional, crucial para combater a exclusão, intensificada por demandas de saúde mental. A noção de pertencimento está ligada ao reconhecimento do estudante como parte ativa da comunidade acadêmica, cujas necessidades e direitos são respeitados e atendidos. No entanto, para que o acolhimento seja realmente eficaz, é preciso enfrentar barreiras como o estigma, que ainda permeia as discussões sobre saúde mental no meio acadêmico, e criar espaços que favoreçam a expressão e o apoio mútuo.

Para isso, a PAS se compromete em fomentar a informação e a comunicação sobre sofrimento psíquico e saúde mental, a fim de combater a desinformação que ainda cercam o tema. As instituições de ensino devem ter um setor específico com profissionais de referência na IES para conduzir as ações e intervenções, como campanhas educativas, presença de espaços de diálogo e mecanismos de apoio que sejam acessíveis e sensíveis às diversas realidades. A falta de um setor de referência para acolher as demandas e direcionar as ações será a lacuna que pode mais comprometer a plena execução do programa. A educação em saúde mental precisa ser bem administrada e de forma contínua, não deve se restringir a intervenções pontuais, garantindo que todos os membros da comunidade acadêmica tenham acesso a informações confiáveis que promovam uma cultura sólida em saúde mental, com atitudes de acolhimento e respeito.

A ênfase em uma cultura inclusiva, acolhedora e antimanicomial reflete o compromisso do PAS com os princípios dos direitos humanos e das práticas não coercitivas. Uma abordagem humanista e não violenta deve se manifestar na forma como as políticas são implementadas, promovendo práticas que respeitem a singularidade de cada sujeito e busquem o acolhimento

como resposta ao sofrimento psíquico. Esse desafio requer a mobilização de todos os agentes envolvidos no ambiente acadêmico para evitar a perpetuação de práticas que reproduzam o isolamento e a marginalização. No entanto, deve ser direcionado por um setor específico com profissionais qualificados. Sem um ponto de referência que concentre o desenvolvimento das ações, as soluções tornam-se padronizadas e descontextualizadas, incapazes de atender aos diferentes contextos, o que enfraquece o avanço da cultura de saúde mental. Para que o PAS seja efetivamente consolidado, é essencial um compromisso político e institucional contínuo, que assegure os meios e as condições para a implementação das ações previstas. Nesse contexto, o programa não deve ser visto apenas como uma política de apoio pontual, mas como parte de um movimento mais amplo para ressignificar o lugar da saúde mental na educação. Ao promover uma cultura de cuidado, acolhimento e inclusão, o PAS contribui para uma transformação profunda das práticas educacionais, que valoriza o desenvolvimento integral e o bem-estar da comunidade.

No entanto, uma política de assistência estudantil precisa de financiamento adequado e integração com as práticas pedagógicas, e ir além de oferecer bolsas e moradia, deve fazer parte de um projeto maior de transformação social e educacional, que considere as múltiplas dimensões que influenciam a trajetória acadêmica e pessoal dos estudantes. A democratização do Ensino Superior requer mais do que programas de assistência; exige uma revisão crítica das próprias estruturas que perpetuam a exclusão e a desigualdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cumpre assinalar que os desdobramentos deste estudo foram compostos pela problematização das políticas relacionadas à saúde mental, direcionadas ao contexto educacional e curricular brasileiro. Por meio do mapeamento das legislações, foi possível identificar trinta e dois (32) projetos de leis e nove (09) leis federais relacionadas à temática proposta. Para análise detalhada das legislações, foi necessário debruçar-se sobre a amplitude do conceito de saúde mental e sobre o processo histórico da saúde mental no Brasil. Embora outras questões possam ser retomadas e revisadas, optou-se por delinear a tese dessa forma.

O intuito não foi apresentar uma conclusão definitiva, pois a análise de legislações e políticas públicas deve ser constante para seu aprimoramento. No campo da educação e saúde mental do Brasil, esse processo ainda é incipiente, com leis específicas publicadas no ano de 2024.Diante da pluralidade de temáticas identificadas nos projetos de lei e da incerteza quanto à suas efetivações, este estudo voltou-se à análise mais minuciosa das leis federais já em vigor, considerando seus objetivos e diretrizes para implementação em todo o território nacional, de forma a atender as especificidades de cada Estado. As análises permitiram identificar que, embora haja um número expressivo de PLs em tramitação, o número limitado de leis federais voltadas à saúde mental na educação indica que, apesar da urgência do tema, ele não é tratado como prioridade pelo legislativo brasileiro, evidenciando o distanciamento dos parlamentares em relação às necessidades reais do sistema educacional do país.

A pesquisa constatou que as leis federais em vigor, além de contemplarem os temas de saúde mental e educação, também compõem eixos temáticos relacionados a políticas sociais e segurança, que atravessam a educação do país, e geram grandes impactos aos envolvidos. Programas como o Saúde na Escola – PSE, o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying), a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares, a Política Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, além da prestação de serviços de psicologia e assistência sociais nas redes públicas de educação básica, e a promoção de medidas de conscientização, prevenção e combate à violência e promoção da cultura de paz nas escolas, foram implementadas através de leis específicas ao contexto educacional.

Das noves leis federais verificadas, seis têm a educação como eixo central. Em relação às outras três — a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a Campanha Janeiro Branco e a Semana Nacional de Conscientização sobre a Depressão —, embora tratem da saúde mental, não há atenção voltada para a educação especificamente, mas podem atender

às demandas específicas desse contexto. Por essa razão, não há obrigatoriedade de implementar essas campanhas nas escolas, apesar de serem temas diretamente relacionados à saúde mental da comunidade escolar.

Para a implementação efetiva de campanhas relacionadas à saúde mental no contexto educacional, é fundamental a presença de um serviço de psicologia bem estruturado, com profissionais qualificados que possam acolher as demandas, direcionar e acompanhar as intervenções, além de organizar e executar todas as ações relacionadas à saúde mental no contexto educacional. Por essa razão, a implementação efetiva da Lei n.º 13.935/2019, que trata da prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica, é urgente, e deve ser estendida para a Educação Superior, já que também apresenta demandas de saúde mental que devem ser geridas por profissionais da área.

Sem a presença de profissionais qualificados para assumir essas demandas, a saúde mental na educação não se sustenta.

A responsabilidade por gerir tais temáticas deve partir de um setor específico, que deve organizar e coordenar ações de promoção da saúde mental, como programas de prevenção, conscientização e atendimento de crises, garantindo que as intervenções sejam realizadas de forma adequada e contínua. Sem um serviço de psicologia, a responsabilidade pelo manejo das demandas de saúde mental pode recair sobre professores ou outros profissionais que não possuam a formação adequada para lidar com essas questões, sobrecarregando suas funções e comprometendo tanto o trabalho pedagógico quanto a saúde mental dos próprios educadores. Além disso, um setor específico para lidar com a saúde mental pode auxiliar no desenvolvimento de um ambiente escolar mais acolhedor e propício à formação integral dos estudantes.

De modo geral, observa-se que as políticas e programas constituídos e ofertados apresentam fragilidades que podem afetar sua execução, no âmbito institucional, já que na maioria das instituições públicas do País, não dispõe de profissionais específicos para gerenciar tais temáticas e demandas. Os dados analisados indicam a necessidade fundamental do desenvolvimento de uma cultura de saúde mental conduzida por profissionais qualificados para impulsionar as ações e intensificar o aproveitamento das propostas definidas pelas políticas e programas existentes, em nível institucional.

Compete ao Governo Federal, à Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde – SAES e ao Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – Desmad buscar a efetivação sólida da Lei n.º 13.935/2019 que trata da prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica. Para isso, é necessário haver investimento

adequado, concursos públicos para garantir profissionais bem remunerados e igualmente qualificados, infraestrutura capaz de atender as demandas, materiais e recursos atualizados, diminuição nas disparidades regionais — bem como nas escolas rurais e urbanas — participação ativa da comunidade no desenvolvimento das ações, e avaliação e monitoramento constantes por parte do poder público para mensurar o progresso e propor ajustes necessários.

Além disso, a divulgação das políticas e programas disponíveis em meios de comunicação e redes sociais, e não apenas nos sites oficiais, é essencial. O objetivo é popularizar e tornar essas informações acessíveis a todos os segmentos da população, abrangendo diversos níveis de ensino, para que as pessoas compreendam seus direitos e tenham acesso efetivo às iniciativas de saúde mental. Isso facilita a implementação de práticas preventivas, tanto no ambiente escolar quanto em outros contextos sociais, fortalecendo a consciência coletiva sobre a importância do cuidado com a saúde mental e garantindo que as ações previstas nas políticas sejam devidamente aplicadas. Dessa forma, será possível reduzir as lacunas existentes e promover um ambiente educacional mais acolhedor e inclusivo, onde a saúde mental seja uma prioridade integrada ao currículo escolar.

As escolas, especificamente, também devem lançar estratégias institucionais facilitadoras para propiciar o desenvolvimento de uma cultura de saúde mental no currículo.

É relevante, nesse sentido, estabelecer uma organização institucional interna, preferencialmente com um setor específico responsável por articular ações e intervenções que visem implementar as políticas asseguradas pelo governo. Além disso, esse setor deve propor diretrizes institucionais para gerir as demandas internas existentes e definir metas que promovam o desenvolvimento de práticas voltadas para a cultura de saúde mental. Nessa perspectiva, tanto professores quanto estudantes devem ser incentivados a participar de ações de atenção psicossocial desenvolvidas na escola, com a inserção dessas temáticas nas pautas das reuniões de colegiado, a fim de alinhar e conectar as ideias de todos os envolvidos. É indispensável que as informações sejam acessadas por todos, e não apenas pelos que procuram por elas. Dessa forma, o interesse coletivo é despertado e a cultura de saúde mental se firma, envolvendo todos os segmentos das instituições de ensino. Enfatiza-se, ainda, a necessidade de uma abordagem proativa, sendo a saúde mental uma prioridade institucional, envolvendo gestores, famílias e a comunidade escolar de maneira colaborativa. A saúde mental deve ser tratada como um eixo transversal do currículo, permeando todas as disciplinas e atividades escolares, de modo a ser naturalizada como um tema prioritário e relevante. Para que essa cultura se solidifique, é fundamental que as práticas pedagógicas sejam reformuladas,

incorporando ações psicossociais que desenvolvam o autoconhecimento, o autocuidado e o apoio mútuo.

A promoção de projetos que articulam saúde mental com o currículo escolar é um passo decisivo para que todos tenham acesso equitativo a ferramentas de cuidado e prevenção, superando barreiras de desinformação e estigma. Para tanto, as instituições de ensino precisam assumir um papel ativo na construção de um ambiente que favoreça o desenvolvimento integral dos estudantes, priorizando a saúde mental como uma base indispensável para o aprendizado e o crescimento humano saudável. Somente com o envolvimento de todos os segmentos da escola, será possível a saúde mental ser um elemento fulcral no currículo, ressignificando as perspectivas de saúde mental no ambiente escolar.

Diante da complexidade que circunda a implementação das políticas de saúde mental na educação brasileira, acredita-se que este estudo, dedicado a um segmento desta realidade tão heterogênea, contribua para uma visão crítica e propositiva sobre os desafios e as possibilidades de integração efetiva da saúde mental ao currículo escolar. Ao explorar as legislações existentes e identificar os desafios latentes, este trabalho oferece subsídios para o debate sobre a urgência da implementação da Lei n.º 13.935/2019, pois, a partir dela, as políticas públicas de saúde mental no contexto educacional poderão de fato serem bem implementadas.

Avalia-se que a finalização deste estudo atende à sua motivação inicial de apresentar uma análise sobre as políticas relacionadas à saúde mental direcionadas ao contexto educacional e curricular brasileiro, no âmbito das legislações vigentes no Pís, instigando o pensamento crítico sobre essa temática de significativa relevância para toda a sociedade.

Destarte, considera-se que ainda há muito para ser analisado no tocante às legislações de saúde mental no campo da educação, já que estão se estruturando no presente momento em que esta tese se finaliza. Os desafios discutidos ao longo deste estudo reforçam a necessidade de dar continuidade ao acompanhamento e análise da implementação dessas políticas, para sustentar as conquistas e impedir retrocessos.

Acredita-se, portanto, que esta tese, além de fornecer subsídios para o debate público sobre a necessidade de implementação concreta das políticas — uma vez que a mera aprovação não é suficiente —, possibilita novas problematizações e, assim, se configura como uma importante fonte de estudo sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ABOU-YD, M. N; SILVA, R. **A lógica dos mapas:** marcando diferenças. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, organizador. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

APEOESP. **Transtornos mentais são as principais causas de afastamento de professores**. 2017. Disponível em: http ://www.apeoesp.org.br/noticias /noticias -2017 /transtornos - emocionais -sao -as -principais --causas -de -afastamento -de -professores. Acesso em: 18 ago 2024.

AGÊNCIA SENADO. **Tensão psicossocial acirra debate sobre política de saúde**. 2022. Disponível em: https ://www12.senado.leg.br /noticias/infomaterias /2022 /04 /tensao - psicossocial -acirra -debate -sobre --politica -de -saude. Acesso em: 18 maio 2023.

ALCÂNTARA, V. P., VIEIRA, C. A. L. e ALVES, S. V. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 27, n. 01, pp. 351-361.

ALMEIDA, S. F. C. O papel da escola na educação e prevenção em saúde mental. **Estilos Clínicos**, São Paulo, v. 4, p. 112-119, 1998.

ALMEIDA, F. N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, n. 43, p. 100-125, 1999.

AMARANTE, P. **Cidadania e Loucura:** Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

AMARANTE. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. "De volta à cidade, sr. cidadão!" - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

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

BARBOZA, G. E. **The association between school exclusion, delinquency and subtypes of cyber- and F2F-victimizations:** Identifying and predicting risk profiles and subtypes. 2015.

Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213414002841?via%3Dihub. Acessado em: 12 jan. 2024.

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BECKER, K. D.; BRANDT, N. E.; STEPHAN, S. H.; CHORPITA, B. F. A review of educational outcomes in the children's mental health treatment literature. **Advances in School Mental Health Promotion**, v. 7, n. 1, p. 5-23, 2014. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1754730X.2013.851980. Acesso em: 12 jan. 2024.

BIRMAN, J. **Cidadania entre a exclusão e a inclusão:** o lugar da loucura nas novas configurações da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Revan, 1992.

BRAGA, L.; RIVA, F.; ROCHA, R. **Delivering health at school and educational outcomes: evidence from Brazil**. In: 44º Encontro da Sociedade Brasileira de Econometria, Gran Mareiro Hotel, Fortaleza, CE, 2023. Disponível em: https://www.doity.com.br/anais/44ebe/trabalho/274699. Acesso em: 24 maio 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **56ª Legislatura (2019-2023).** Disponível em: https://www.camara.leg.br. Acesso em: 20 maio 2023

BRASIL. **Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 6 dez. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 06 ago. 2022.

BRASIL. **Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934**. Regula as medidas de profilaxia da lepra e organiza o serviço respectivo. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 3 jul. 1934. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d24559.htm. Acesso em: 06 ago. 2022.

BRASIL. **Decreto n. 12.048, de 5 de junho de 2024**. Institui o Pacto Nacional pela Superação do Analfabetismo e Qualificação da Educação de Jovens e Adultos, institui a Medalha Paulo Freire e altera o Decreto n. 10.959, de 8 de fevereiro de 2022, que dispõe sobre o Programa Brasil Alfabetizado. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 6 jun. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/D12048.htm. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia por COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. **Lei n. 13.005, de 25 de junho de 2014**. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 jun. 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.113, de 25 de dezembro de 2020**. Regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 25 dez. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14113.htm. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. **Lei n. 11.738, de 16 de julho de 2008**. Regulamenta o piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 17 jul. 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11738.htm. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. **Lei n. 10.639, de 9 de janeiro de 2003**. Altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei n. 10.172, de 9 de janeiro de 2001, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira". Diário Oficial da União: Brasília, DF, 10 jan. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10639.htm. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. **Lei n. 11.645, de 10 de março de 2008**. Altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei n. 10.639, de 9 de janeiro de 2003, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 11 mar. 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm. Acesso em: 23 set. 2023.

BRASIL. **Lei n.14.818, de 16 de janeiro de 2024**. Institui incentivo financeiro-educacional, na modalidade de poupança, aos estudantes matriculados no ensino médio público; e altera a Lei nº 13.999, de 18 de maio de 2020, e a Lei nº 14.075, de 22 de outubro de 2020. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 jan.2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/Lei/L14818.htm. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. **Lei n. 13.935, de 11 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 12 dez. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13935.htm. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. **Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o Programa de Volta para Casa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10708.htm. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. **Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 02 dez. 2022.

BRASIL. **Lei n. 13.663, de 14 de maio de 2018**. Altera o art. 12 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para incluir a promoção de medidas de conscientização, de prevenção e de combate a todos os tipos de violência e a promoção da cultura de paz entre as incumbências dos estabelecimentos de ensino. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 15 maio 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13663.htm. Acesso em: 02 dez. 2022.

BRASIL. **Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 abr. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm. Acesso em: 02 dez. 2022.

BRASIL. **Lei n. 14.543, de 3 de abril de 2023**. Institui a Semana Nacional de Conscientização sobre a Depressão, a ser celebrada anualmente na semana que compreender o dia 10 de outubro. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 4 abr. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14543.htm. Acesso em: 18 nov. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.556, de 25 de abril de 2023**. Institui a campanha Janeiro Branco, dedicada à promoção da saúde mental. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 abr. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14556.htm. Acesso em: 18 nov. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.819, de 16 de janeiro de 2024**. Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 17 jan. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14819.htm. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. **Lei n. 14.914, de 3 de julho de 2024**. Institui a Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 4 jul. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14914.htm. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE**: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/ministerio-da-saude-divulga-resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-na-pandemia01102020. Acesso em: 23 abril 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **17ª Conferência Nacional de Saúde: "Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã Vai Ser Outro Dia"**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://conferencia.saude.gov.br. Acesso em: 16 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece normas para seu funcionamento. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 06 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 06 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio_III_conferencia_nacional_saude_mental.pdf. Acesso em: 06 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.270, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2010.

BRASIL. **Projeto de Lei n. 105, de 2007**. Altera dispositivos do art. 36 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 2007. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=434655&filename=PL%20105/2007. Acesso em: 14 mar. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n. 604, de 2011**. Dispõe sobre a Política de Prevenção à Violência contra os Profissionais do Magistério Público e Privado e dá outras providências. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=991872&filename=VTS+2+CSPCCO+%3D%3E+PL+604/2011
Acesso em: 14 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 1011, de 2011**. Define o crime de intimidação escolar no Código Penal Brasileiro e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2011]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=858789&filename=PL%201011/2011 Acesso em: 14 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 7986, de 2014**. Dispõe sobre a criação do Programa Creche Saudável visando propiciar o acompanhamento médico, nutricional e psicológico para crianças nas creches públicas e comunitárias. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2014]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1280414&filename=Avulso+-PL+7986/2014. Acesso em: 14 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 7180, de 2014**. Altera o art. 3º da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Inclui entre os princípios do ensino o respeito às convicções do aluno, de seus pais ou responsáveis, dando precedência aos valores de ordem familiar sobre a educação escolar nos aspectos relacionados à educação moral, sexual e religiosa. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2014. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1232338&filename=Avulso+-PL+7180/2014. Acesso em: 14 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 1166, de 2015**. Acrescenta dispositivo à Lei de Diretrizes e Bases da Educação, para incluir a merenda escolar e assistência psicológica entre as despesas de manutenção e desenvolvimento do ensino pelos Municípios. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2015. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1698609&filename=Avulso+-PL+1166/2015. Acesso em: 14 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 2527, de 2015**. Institui a obrigatoriedade de atendimento psicológico nas escolas de educação básica, fundamental e ensino médio. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2015. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1372660&filename=Avulso%20PL%202527/2015. Acesso em: 14 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 3129, de 2015**. Altera a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Trata da capacitação dos professores para o apoio ao aluno com deficiência. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2015. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2331278&filename=Avulso%20PL%203129/2015. Acesso em: 14 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 8632, de 2017**. Dispõe sobre a Semana Nacional de Prevenção do Suicídio e de Valorização da Vida. Brasília, DF: Senado Federal, 2017.

Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1812365&filename=Avulso+-PL+8632/2017. Acesso em: 14 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 1878, de 2019**. Altera a Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para exigir a presença de profissionais da área de psicologia no quadro funcional dos estabelecimentos de educação básica. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1737031&filename=Avulso%20PL%201878/2019#:~:text=PROJETO%20DE%20LEI%20N.o%201.878%2C%20DE%202019%20%28Do,no%20quadro%20funcional%20dos%20estabelecimentos%20de%20educa%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica. Acesso em: 14 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 2806, de 2019**. Determina a presença de psicólogos em escolas de ensino fundamental da rede pública. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1753404&filename=Avulso%20PL%202806/2019. Acesso em: 15 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 282, de 2019**. Altera e acrescenta dispositivos à Lei de Diretrizes e Bases da Educação, instituída pela Lei n.º 9.394 de 20 de dezembro de 1996, para dispor sobre o atendimento psicopedagógico na educação básica. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1712024. Acesso em: 15 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 974, de 2019**. Dispõe sobre a exigência de apresentação de atestado de sanidade mental e certidões negativas de antecedentes criminais para o trabalho em creches ou instituições análogas. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2019]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1724839. Acesso em: 15 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 2157, de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas nas Escolas. Brasília, DF: Senado Federal, 2019. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/136249/pdf. Acesso em: 15 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 3035, de 2020**. Institui a Política para Educação Especial e Inclusiva, para atendimento às pessoas com Transtorno Mental, Transtorno do Espectro Autista (TEA), Deficiência Intelectual e Deficiências Múltiplas. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1946807&filename=Avulso+-PL+3035/2020. Acesso em: 15 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 3479, de 2020**. Acrescenta dispositivos ao art. 35-A da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação, de forma a incluir o estudo de psicologia aos currículos do ensino médio. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1949232&filename=Avulso%20PL%203479/2020. Acesso em: 15 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 5093, de 2020**. Dispõe sobre o sistema educacional inclusivo. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2020]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1967660&filename=Avulso+-PL+5093/2020. Acesso em: 15 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 563, de 2020**. Altera a Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019, para estabelecer o Programa Nacional de Prevenção do Sofrimento Psíquico no Âmbito Escolar, e para promover a articulação das políticas públicas que têm acesso às famílias para a prevenção e detecção do sofrimento. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2020]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2010809&filename=Tramitacao-PL%20563/2020. Acesso em: 15 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 2225, de 2021**. Altera a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para garantir à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica prioridade absoluta para matrícula ou transferência para a instituição de educação básica mais próxima de seu domicílio. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2384802&filename=Avulso%20PL%202225/2021. Acesso em: 15 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 3339, de 2021**. Altera dispositivos da Lei n.º 14.113, de 25 de dezembro de 2020, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), de que trata o art. 212-A da Constituição Federal; e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2092326&filename=Avulso+-PL+3339/2021. Acesso em: 18 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 542, de 2021**. Altera a Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para instituir semana dedicada à saúde mental nos estabelecimentos de ensino de educação básica públicos e privados. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2180919&filename=PL%20542/2021. Acesso em: 18 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 3249, de 2021**. Inclui o § 9º-B ao art. 26 da Lei n.º 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, para que a educação voltada para a conscientização sobre transtornos mentais seja incluída entre os temas transversais de que trata o caput. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2076971&filename=PL%203249/2021. Acesso em: 18 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 1215, de 2022**. Dispõe sobre a Estratégia para Saúde Mental nas Escolas (ESME). Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2022. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2172950&filename=Avulso+-PL+1215/2022. Acesso em: 18 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 1596, de 2022**. Cria o Programa Nacional de Promoção à Saúde Mental nas Escolas – PRONASAME. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2022. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2190035&filename=Avulso%20PL%201596/2022. Acesso em: 18 marc. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 140, de 2023**. Acrescenta parágrafo único ao art. 12 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (estabelece as diretrizes e bases da educação nacional), para assegurar, nos estabelecimentos de ensino, da rede pública e privada de educação básica, a atuação profissional de assistentes sociais, psicólogos(as) e nutricionistas. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2252345&filename=Avulso%20PL%20140/2023. Acesso em: 02 dez. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 2449, de 2022**. Decreta a troca dos sinais sonoros nas instituições de ensino públicas e privadas e estabelece o "Horário do Silêncio" nos estabelecimentos comerciais, em benefício das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2022. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/en_US/web/atividade/materias/-/materia/154715/pdf. Acesso em: 02 dez. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 345, de 2023**. Acresce o inciso IX ao art. 70 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2252420&filename=Avulso%20PL%20345/2023. Acesso em: 02 dez. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 3599, de 2023**. Altera a Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir os profissionais da área de psicologia e de serviço social no quadro funcional dos estabelecimentos de educação básica. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2301979&filename=PL%203599/2023. Acesso em: 02 dez. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 1482, de 2023**. Institui a Política Nacional de Promoção da Cultura de Paz nas Escolas. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2251414&filename=PL%201482/2023. Acesso em: 02 dez. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 8013, de 2014**. Dispõe sobre a assistência psicológica ao educando da educação básica. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2014. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1335610&filename=Avulso%20PL%208013/2014. Acesso em: 02 dez. 2023.

BRASIL. **Proposta de Emenda Constitucional n.º 171, de 1993**. Altera a redação do artigo 228 da Constituição Federal, reduzindo a maioridade penal de 18 para 16 anos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 out. 1993.

BRESSAN, R. A. et al. Promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais no contexto escolar. In: ____. **Saúde mental na escola**: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 37-47.

CANGUILHEM, G. **La connaissance de la vie.** 2. ed. revue et augmentée. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 1985.

CANGUILHEM. **O normal e o patológico.** 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANGUILHEM. **A saúde**: conceito vulgar e questão filosófica. In: CANGUILHEM, G. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p. 35-48.

CAPONI, S. Saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASALI, A. Para um currículo ético-crítico: referências a partir da ética da libertação de Enrique Dussel. **Currículo sem Fronteiras**, v. 14, n. 4, p. 1530-1548, 2014.

CHIZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** Petrópolis: Vozes, 2006.

CHIZZOTTI, A.; PONCE, B. J. O currículo e os sistemas de ensino no Brasil. **Currículo sem Fronteiras**, v. 12, n. 3, p. 25-36, 2012.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COSTA. Saúde mental, produto da educação? Violência e psicanálise. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. **A saúde mental infantil na saúde pública brasileira:** situação atual e desafios. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbp/a/MwhVn9BBDdZQTH6qxsxLNkf/?lang=pt. Acesso em: 15 jan. 2024.

CRAIG, W. et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. **International Journal of Public Health**, v. 54, n. 2, p. 216-224, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00038-009-5413-9. Acesso em: 15 jan. 2024

CNTE – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO. **Transtornos emocionais são as principais causas de afastamento de professores**. 2017. Disponível em: https://www.cnte.org.br/index.php/menu/comunicacao/posts/cnte-na-midia/65505--mentes-atormentadas. Acesso em: 25 set. 2024.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes:** emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DELGADO, P. G. G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4701–4706, dez. 2011.

DUPÉRÉ, V. et al. Revisiting the link between depression symptoms and high school dropout: timing of exposure matters. **Journal of Adolescent Health**, 2017. Disponível em: https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(17)30491-3/fulltext. Acesso em: 15 jan 2024.

ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, A. F. **Saúde mental na escola:** o que os educadores devem saber. 1. ed. São Paulo: Artmed, 2014.

FATORI, D.; SALUM, G. A.; ROHDE, L. A. et al. Use of mental health services by children with mental disorders in two major cities in Brazil. **Psychiatric Services**, v. 70, n. 4, p. 337-341, 2019. Disponível em: https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201800389. Acesso em: 12 maio 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 74. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FREIRE. **Educação como prática da liberdade.** 74. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FREIRE. **Pedagogia do oprimido.** 74. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria.** 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

FATORI, D.; SALUM, G. A.; ROHDE, L. A.; et al. Use of Mental Health Services by Children With Mental Disorders in Two Major Cities in Brazil. **Psychiatric Services**, v. 70, n. 4, p. 337-341, 2019.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1974. v. 21.

FLEITLICH-BILYK, B. et al. Saúde e transtornos mentais. In: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, A. F. **Saúde mental na escola**: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 25-36.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT. Loucura, literatura, sociedade. In: MOTTA, Manoel Barbosa (Org.). **Problematização do sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 232-258.

FOUCAULT. **A verdade e as formas jurídicas**. 3. ed. Tradução de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: Nau, 2002. p.158.

FOUCAULT. Microfísica do poder. **Tradução e organização de Roberto Machado**. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 296 p. (Biblioteca de filosofia e história das ciências, 7).

FOUCAULT. **História da loucura na idade clássica**. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT. A constituição histórica da doença mental. In: FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 77-88.

FOUCAULT. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

IEPS; INSTITUTO CACTUS. **Cenário das políticas e programas nacionais de saúde mental**. 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/cenario-politicas-programas-nacionais-saude-mental-ieps-instituto-cactus.pdf. Acesso em: 09 de set. 2023.

INCHLEY, J. C.; STEVENS, G. W. J. M.; SAMDAL, O.; CURRIE, D. B. Enhancing understanding of adolescent health and well-being: The Health Behaviour in School-aged Children study. **Journal of Adolescent Health**, v. 66, n. 6S, p. S3-S5, jun. 2020. Disponível em:

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). **Global Burden of Disease, 2024**. Disponível em: https://www.healthdata.org. Acesso em: 22 set. 2024.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. **Saúde mental e vulnerabilidade social**: a direção do tratamento. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 17, n. 1, p. 69-84, 2014.

GAUDENZI, P. Normal e patológico no naturalismo e no normativismo em saúde: a controvérsia entre Boorse e Nordenfelt. **Physis**, v. 26, n. 3, p. 747-767, 2016.

GLEW, G. M.; FAN, M. Y.; KATON, W.; RIVARA, F. P. Bullying and school safety. **Journal of Pediatrics**, v. 152, n. 1, p. 123-128, 128.e1, 2008. Disponível em: http://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.05.045. Acesso em: 18 ago. 2023.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20–29, maio 1995.

GONZALEZ REY, F. Personalidad, salud y modo de vida. **Caracas**: Fondo Editorial de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela, 1992.

KIELING, C.; BAKER-HENNINGHAM, H.; BELFER, M. et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **The Lancet**, v. 378, n. 9801, p. 1515-1525, 2011. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60827-1/abstract. Acesso em: 12 maio 2024.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: _____. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 147-169.

LIPP, M. N. Soluções criativas para o estresse. In: _____. **Estresse, ansiedade e qualidade de vida em professores**: efeitos do relaxamento progressivo. Campinas: Papirus, 2003. p. 109-127.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, abr. 2007.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARQUES, A. M. **Efeitos de um programa para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais em professores.** Dissertação (Mestrado) – EPE-UNIFESP, São Paulo, 2019.

MASETTO, M. T. **Inovação no Ensino Superior.** São Paulo: Edições Loyola, 2012.

MASIERO, A. L. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. 2, p. 549–572, maio 2003.

MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 122-129, 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MOLL, J. Escola de tempo integral. In: OLIVEIRA, Dalila Andrade et al. (Org.). **Dicionário trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010.

OLIVEIRA, F. P. S. L. et al. Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 23, n. 9, p. 2891-2898, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/BDk6KBvzRGsrR89t9YJfB7m/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. Salamanca**: UNESCO, 1994. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000098427. Acesso em: 21 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health**: strengthening our response. 2018. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response. Acesso em: 21 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas. Acesso em: 21 set. 2023

PEREIRA, M. E. C. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia. In: PACHECO FILHO, R. A.; COELHO JR., N.; ROSA, M. D. (Org.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise.** São Paulo: Casa do Psicólogo/EDUC, 2000.

PINHEIRO, F.; STELKO-PEREIRA, A.; WILLIAMS, L. d. A. Bullying escolar: caracterização dos alunos envolvidos, responsabilidade dos educadores e possibilidades de redução do problema. In: **Enfrentamento à violência na escola.** Secretaria de Estado da Educação do Paraná (SEED), 2010. p. 77-88.

PONCE, B. J. **O currículo e seus desafios na escola pública brasileira**: em busca da justiça curricular. Currículo sem Fronteiras, v. 18, n. 3, p. 785-800, set./dez. 2018.

PRAISNER, T.; CERVO, M. da R**. Saúde mental infanto-juvenil:** o cuidado em municípios de pequeno porte. Fractal: **Revista de Psicologia**, v. 35, e5999, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.22409/1984-0292/2023/v35/5999. Acesso em: 16 set. 2024.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integrales de servicios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos.** Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56332. Acesso em: 05 fev. 2022.

RETTEW, D. C.; PAWLOWSKI, S. Bullying. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 25, n. 2, p. 235-242, 2016.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SACRISTÁN, J. G. **A educação que ainda é possível:** ensaios sobre os desafios educativos de uma sociedade em transformação. Porto: Porto Editora, 2008.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo:** uma reflexão sobre a prática. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2017.

SACRISTÁN, J. G. **Tendências investigativas na formação de professores**. Revista Inter-Ação, v. 25, n. 2, 2000.

SAVIANI, Nereide. **Currículo:** um grande desafio para o professor. Revista de Educação, v. 16, p. 35-38, 2003.

SEMINÁRIOS: trabalho e saúde dos professores: precarização, adoecimento e caminhos à mudança. In: LIMA, Cleiton Faria (Org.). São Paulo: Fundacentro, 2023.

SILVA, M. V. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Loucura, ética e política:** escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA-MACAIA, A. P.; FISCHER, F. M. Retorno ao trabalho de professores após afastamentos por transtornos mentais. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 841-852, 2015.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213p.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. 210 p.

SOALHEIRO, N. I. **Da experiência subjetiva à prática política**: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos. 2003. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro.

TAMANO, L. T. O. A campanha antialcoólica da Liga Brasileira de Higiene Mental. **Revista de História** (São Paulo), n. 181, a09621, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.11606/issn.2316-9141.rh.2022.189965. Acesso em: 15 jan. 2024.

UNICEF. **The State of the World's Children 2021**: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. 2021. Disponível em: https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

VENANCIO, A. T. A. **Entre a ciência e a caridade:** assistência aos alienados no Rio de Janeiro (1874-1930). Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health**: a state of well-being. Genebra: WHO, 2014.

ZEQUINAO, M. A. et al. Desempenho escolar e diferentes papéis de participação no bullying: um estudo transcultural. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 34, n. 2, p. 237-251, dez. 2021. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-91872021000200237&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 jun