

**Capítulo 37 - DOI:10.55232/10830012.37**

**POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL  
INFANTOJUVENIL E O TRANSTORNO AFETIVO  
BIPOLAR: REFLEXÕES NO CENÁRIO DE PANDEMIA DE  
COVID-19**

**Kadydja Rosely Varela da Fonseca e Oscar Kenji Nihei**

**RESUMO:** Esse artigo objetiva discutir o campo das políticas públicas em saúde mental na infância e adolescência frente à situação de pandemia de COVID-19, com enfoque no transtorno afetivo bipolar de início precoce. Para tanto aborda os aspectos relacionados a territorialidade das políticas públicas em saúde mental e como resultado apresenta dados levantados no SIH-DATASUS, sobre a morbidade dos transtornos de humor infantojuvenil no Brasil e no Estado do Paraná no período de 2010 a 2020. Discute-se o aumento da morbidade dos transtornos de humor e o agravamento no quadro da saúde mental na infância e adolescência. Ao final, discorre-se sobre a premência de implementação de novos modelos de intervenção em saúde mental, que integre inovações nas políticas públicas no atual cenário da pandemia e pós pandemia.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Adolescente. Transtorno Afetivo Bipolar.

## **INTRODUÇÃO**

A pandemia do coronavírus (COVID-19) é a maior emergência de saúde pública enfrentada pela comunidade internacional nos últimos tempos. Além dos riscos quanto à saúde física também representa um desafio à saúde mental, especialmente para crianças e adolescentes ainda em fase de desenvolvimento. No presente estudo objetivou-se discutir o campo das políticas públicas em saúde mental na infância e adolescência, com enfoque no transtorno afetivo bipolar de início precoce, bem como, apresentar os desafios relacionados a atual pandemia de COVID-19, na saúde mental dessa população.

A partir dessas reflexões buscou-se destacar a importância das políticas públicas para o enfrentamento dos desafios na saúde mental durante e pós pandemia. A metodologia adotada foi a da revisão da literatura sobre o tema, além disso, analisou-se dados de casos de internação decorrente de transtorno de humor (afetivos), na faixa etária de 10 a 19 anos, que compreende o período da infância e adolescência, referente ao período de janeiro de 2010 a julho de 2020, foram obtidas no banco de dados públicos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2020).

Por fim, diante do atual cenário da pandemia, discutiu-se os desafios e a importância de políticas públicas para o fortalecimento da capacidade de atenção à saúde da criança e adolescente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **1. CENÁRIO DE MUDANÇAS DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

No Brasil, até a década de 1970, o atendimento na área de saúde mental, era equivalente a hospitais psiquiátricos e intervenções terapêuticas que ocorriam em confinamento e através de medicação. Nas últimas décadas, esta situação foi bastante criticada e combatida, tanto a nível nacional quanto internacional, sendo tema de discussões e críticas que resultaram na reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005a).

A Reforma Psiquiátrica buscou estabelecer um novo estatuto social para o doente mental, garantindo-lhe cidadania e respeito a seus direitos e a sua individualidade. As diretrizes estabelecidas para a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, objetivou a reformulação do sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando de forma gradual a internação como forma de exclusão social. Este modelo foi substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial (TENÓRIO, 2002).

A rede territorial de serviço proposta pela Reforma Psiquiátrica, inclui os centros de atenção psicossocial (CAPS), visando a descentralização e territorialização do atendimento na saúde, conforme previsto e instituído na Lei Federal que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (BRASIL, 2005a).

Apesar do avanço das reformas e propostas no sistema de saúde e da existência de uma política nacional de saúde mental e legislação que ampara os indivíduos com transtornos mentais, no que se refere à infância e à adolescência, os investimentos e gastos destinados são limitados e os serviços especializados são escassos para atender essa população.

No contexto atual, a necessidade de políticas públicas de saúde mental com foco na infância e adolescência torna-se ainda mais relevante. Pois vivemos uma emergência de saúde pública de repercussão mundial, a pandemia de coronavírus (COVID-19) representa um desafio à saúde mental, principalmente para crianças e adolescentes.

De acordo com Lucas *et al.* (2020), além do Brasil, a maioria dos governos mundiais fecharam temporariamente as instituições de ensino, no intuito de conter a disseminação da pandemia de COVID-19. No Brasil, cerca de 83,4 milhões de estudantes da educação básica, ensino fundamental e ensino médio também foram afetados pelo fechamento das escolas para evitar a propagação do vírus (BRASIL, 2015). E, para muitas crianças e adolescentes, a escola é uma rede apoio fundamental, representando além de um local de ensino, um espaço de socialização, e, muitas vezes símbolo de cuidado e afeto.

Embora essas ações sejam necessárias para a contenção da transmissão de COVID-19, elas causam um forte impacto na vida de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental pré-existentes. A perda da rotina, o fechamentos das escolas, a duração prolongada de estresse, os temores de infecção, tédio, distanciamento social, ausência de contato com colegas de classe, falta de espaço em casa, dificuldades financeiras na família, e, em alguns casos, luto de pessoas próximas, podem ocasionar um impacto mais duradouro na vida desses jovens (LUCAS *et al.*, 2020).

Nesse sentido, apesar da precariedade do sistema de assistência em saúde mental, será fundamental se pensar em políticas públicas para o atendimento dessa população na administração da crise e também no cenário pós-crise. Para Lucas *et al.* (2020), torna-se essencial que as considerações sobre saúde mental se integram as ações de resposta à pandemia. Tal fato, justifica-se devido ao risco de sequelas resultantes dos desajustes

mentais resultantes desse período de isolamento da pandemia. Outro aspecto relevante, é que, os distúrbios emocionais que surgem na infância e na adolescência podem se configurar em graves prejuízos na fase adulta.

O objetivo desse artigo é discutir o campo da saúde mental infanto-juvenil no Brasil e o impacto da pandemia da covid-19 nas políticas públicas voltadas para essa população que se encontra em sofrimento psíquico, no caso em estudo, o transtorno afetivo bipolar de início precoce. Busca-se problematizar nesse novo cenário de pandemia de covid-19, a forma que atualmente tem sido conduzida a atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, com enfoque particular com base em dados do Estado do Paraná.

A metodologia utilizada fundamentar-se-á na análise e reflexão das políticas públicas aplicadas a saúde mental na infância e adolescência, buscando identificar as dificuldades existentes no acesso e diagnóstico do transtorno afetivo bipolar de início precoce, nesse novo cenário de pandemia de covid-19, especialmente no Brasil.

Para tanto, será realizada uma revisão bibliográfica do assunto, abordando as políticas de saúde na infância e adolescência, a territorialização e a saúde mental no Brasil à partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ressaltando-se a importância de serem estabelecidas ações e políticas de cuidado com esse segmento da população, considerando-se os impactos da pandemia da covid-19 nos serviços de saúde mental.

Além disso, foram obtidos os dados epidemiológicos sobre atendimentos hospitalares de casos de transtornos de humor, entre a população de crianças e adolescentes do Estado do Paraná, de 2010 a 2020, por meio do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) do DATASUS, que constitui um banco de dados de acesso público (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>) para subsidiar as análises e reflexões sobre a evolução desses transtornos no estado, auxiliando nas reflexões propostas. Assim, o presente estudo visa resgatar e sanar uma dívida histórica no que tange a atenção e estratégias de acolhimento e cuidados que deem conta da complexidade que representa os transtornos mentais na infância e adolescência, em especial, refletindo esse tema no contexto atual de pandemia de covid-19, em relação ao estado do Paraná.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1. O Território e a Saúde Mental no Brasil**

Segundo Santos (2007), o território é o lugar onde confluem todas as ações, forças, poderes, paixões e todas as fraquezas, ou seja, é onde o homem registra a sua história a partir das manifestações da sua existência, realizando-se plenamente. Conforme o autor, é através da geografia, que os dramas do mundo, da nação; do lugar e dos homens são explicitados. Assim sendo, o território não se configura um conjunto de sistemas naturais e de sistemas de coisas que estão superpostas; deve ser entendido como *território usado*, que é a integração do chão mais a identidade, que por sua vez, reflete o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. Portanto, o território é o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais, é o fundamento do trabalho e do exercício da vida.

Os Sistemas de Saúde se estruturam sobre uma base territorial, ou seja, a distribuição dos serviços obedece a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser condizentes com os níveis de complexidade das ações implementadas pela saúde pública. Um dos princípios da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil é:

O Território que é o lugar psicossocial do sujeito. O conceito adotado pela Política de Saúde Mental de Território ultrapassa o recorte regional ou geográfico. O território é onde a vida acontece, considerando as “instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território” (BRASIL, 2005b, p.13).

De acordo com a Constituição Federal, todo cidadão Brasileiro tem o direito à saúde, cabendo ao Estado assegurá-lo, por meio de políticas públicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos. Com esse fim, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) norteado pelos princípios de participação popular, universalidade, regionalização, descentralização, equidade e integralidade das ações (BRASIL, 1988).

A proposta de regionalização e hierarquização da rede assistencial a partir dos serviços com bases territoriais, foi o ponto central da reforma Sanitária Brasileira. O movimento da Reforma Sanitária surgiu no início da década de 1970, no contexto da luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia. A expressão foi utilizada para referir-se a um conjunto de ideias que abarcavam uma série de mudanças e transformações imprescindíveis na área da saúde, em busca de melhorias nas condições de vida da população. As propostas da Reforma Sanitária culminaram na criação do (SUS).

A base territorial, constitui um dos princípios basilares da organização assistencial dos sistemas de saúde. O estabelecimento dessa base territorial é um passo essencial para

a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como a possibilidade de se mensurar o impacto do sistema sobre os níveis de saúde de uma população, além da criação de uma rede de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população.

## **2.2. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

A atual política nacional de saúde mental fundamenta-se na redução progressiva dos leitos psiquiátricos e na expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar, constituída essencialmente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Abrange ainda a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram em 1986 e são responsáveis pelos serviços de saúde mental que se propõe a prestar atendimento diário a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS foram criados para serem um dos pilares da reforma psiquiátrica e funcionar fazendo a intermediação entre o atendimento ambulatorial e a internação após a alta de pacientes de hospitais psiquiátricos. Atendem a população adstrita à sua localização, integrado a uma rede de cuidados (BRASIL, 2004).

O CAPS é um tipo de serviço de saúde comunitário que oferece atendimento diário a pacientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, de acordo com a gravidade do quadro clínico (BRASIL, 2004). É de responsabilidade dos CAPS prestar atendimento individual, medicamentoso, psicoterápico, grupal, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e socioterápicas, visitas domiciliares e atendimento à família, enfocando a integração do paciente ao seu meio social. Considerando todas as modalidades de atendimento, existem 2209 CAPS em todo o país, mas sua distribuição territorial é desigual e ainda não atinge o parâmetro de uma unidade para cada 100 mil habitantes, apenas as regiões Nordeste e Sul apresentam indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes maior que a média nacional (BRASIL, 2015).

É da competência do CAPS regular a entrada dos pacientes na rede de assistência psiquiátrica e dar apoio ao atendimento à saúde mental na atenção básica. Os CAPS são divididos em CAPS I (municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes), CAPS III (municípios com população acima de 200.000 habitantes, atendendo 24 horas/dia, inclusive feriados e finais de semana, com leitos para internações breves), CAPSi II

(atendimento a crianças e adolescentes em uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local) e CAPSad II (referência para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população superior a 70.000 habitantes) (BRASIL, 2004).

Com a reforma psiquiátrica, houve um aumento no número de CAPS em diversas cidades brasileiras, visando acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, e oferecer-lhes atendimento sob perspectiva integral. A principal característica dos CAPs é a proposta de integração dos pacientes em um ambiente social e cultural concreto, constituído como o seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

Apesar da expansão da rede de saúde mental em todo país e da maior distribuição de serviços, ainda não é possível atender toda a demanda que, na grande maioria das vezes, não consegue acompanhamento especializado e tem dificuldade de acesso aos CAPS e aos demais serviços oferecidos no sistema de saúde (BRASIL, 2007).

### **2.3. A Saúde Mental na Infância e Adolescência**

Os dados apontam que a prevalência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes pode chegar até 20% dessa população (BRASIL, 2005a). Acrescenta-se a tal fato, a constatação de que muitos transtornos mentais em adultos tem o início nessa fase da vida, sendo a intervenção precoce fundamental para um melhor prognóstico. As crianças com transtornos mentais ficaram durante muito tempo aos cuidados de instituições assistenciais, sem perspectivas terapêuticas e, muitas vezes com viés asilar.

Em estudos epidemiológicos populacionais internacionais a prevalência estimada de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência apresenta ampla variação, entre 1% a 51%. Os problemas mentais mais comuns incluem os transtornos de conduta, os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e os transtornos emocionais, que além de ocasionar sofrimento psíquico aos jovens e seus familiares, interferem no desenvolvimento psicossocial e educacional, podendo ocasionar graves problemas psiquiátricos e de relacionamento interpessoal na vida adulta (FEITOSA *et al.*, 2011).

No Brasil, a partir de 2003 o Ministério da Saúde passa a adotar e orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma assistência para esta faixa etária de base comunitária e com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A Constituição de 1988,



representa um marco histórico com a criação do SUS e seus princípios de sistema público de saúde gratuito, seguido do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que contribuíram gradativamente na criação de um campo assistencial no âmbito da saúde.

A OMS (2005) ressalta três razões relevantes para se desenvolver intervenções específicas para crianças e adolescentes:

I - Como os transtornos mentais ocorrem em certos estágios do desenvolvimento da infância e da adolescência, os programas de identificação e as intervenções para tais transtornos podem ser direcionados para os estágios em que estes costumam aparecer com maior probabilidade;

II - Como há um alto grau de continuidade entre os transtornos da infância e adolescência e os da idade adulta, intervenções precoces poderiam prevenir ou reduzir a probabilidade de dano em longo prazo e

III - intervenções efetivas reduzem a carga dos transtornos mentais sobre o indivíduo e a família, reduzindo os custos para os sistemas de saúde e comunidades (BRASIL, 2008, p. 34 apud OMS, 2005).

Apesar da Reforma Psiquiátrica Brasileira ter trazido significativas transformações ao modelo de atenção vigente, verifica-se que foi com mais lentidão que as políticas de saúde mental infantojuvenil se fizeram presentes, considerando que as ações concretas se mantiveram em certo descompasso se comparadas com as ações das políticas públicas voltadas para a população adulta.

Nesse sentido, apesar das significativas transformações no campo da legislação a essas populações ocorridas na década de 1990, entre elas o Estatuto da Criança e do Adolescente, percebe-se que estes novos modelos propostos para a inserção destes indivíduos, enquanto sujeitos de direito e assegurados para o pleno acesso em relação as suas demandas essenciais como saúde, educação, lazer, moradia, convivência familiar, encontraram dificuldades de execução em iniciativas concretas para esta população (COUTO, 2001).

No que se refere a atuação dos profissionais da atenção básica, constata-se inúmeras deficiências na atuação, a exemplo: a dificuldade de identificação precoce dos problemas de saúde mental nessa faixa etária; a pouca valorização desse tipo de problema e a deficiência na formação para o diagnóstico precoce dos transtornos mentais.

Diante do exposto, considerando o atual cenário de pandemia da covid-19, que ocasionou a suspensão dos serviços essenciais de saúde mental, o atendimento da saúde mental na infância e adolescência adquire contornos ainda mais críticos diante dessa nova perspectiva. O isolamento social, e todos os problemas decorrentes da pandemia do covid-



19, tais como, o fechamento de escolas, perdas financeiras dos familiares, incertezas quanto ao futuro, aumento da violência familiar, dentre outros aspectos, tem afetado à saúde mental da população. Assim sendo, torna-se imperativo os cuidados e a atenção às crianças e adolescentes no campo da saúde mental.

#### **2.4. O TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR DE INÍCIO PRECOCE**

O transtorno afetivo bipolar (TAB), é uma doença crônica, grave e recorrente que afeta cerca de 1,6% da população e representa uma das principais causas de incapacitação no mundo (KAPCZINSKI, FREY E ZANNATTO, 2004). O TAB é um transtorno de humor que se caracteriza pela alternância de episódios de depressão, mania ou hipomania, bem como, por alterações nos padrões de sono, energia, atividade, atenção e impulsividade (SUPPES e DENNEHY, 2009).

É uma doença que envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos e que tem significativo impacto na vida do paciente, de sua família e da sociedade, ocasionando frequentemente prejuízos irreparáveis à vida do indivíduo, abarcando aspectos sociais, financeiros, profissionais, de saúde, ocasionando alto nível de sofrimento psicológico (NEWMAN *et al.*, 2006).

Atualmente, o transtorno bipolar é considerado como parte integrante do conjunto afetivo que engloba em maior ou menor grau os sintomas de: euforia, agitação, impulsividade, grandiosidade, irritabilidade, aceleração do pensamento e da linguagem, estímulo aos comportamentos adictivos e hedonistas (PEREIRA *et al.*, 2010).

Nos últimos anos, houve significativo aumento de interesse no transtorno bipolar, tal importância refletiu-se no aumento de pesquisas em diagnósticos, neurobiologia, epidemiologia e tratamento. Porém, mesmo assim, a identificação de pacientes pertencentes ao vasto grupo de bipolares, apesar da extrema relevância clínica, social e econômica, e da terapêutica disponível, ainda continua sendo pouco ou tardiamente diagnosticado e com tratamento inadequado.

Dados de São Paulo ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)) denotam de forma indireta o problema, visto que, mais de 10 mil AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar) por ano são devidas ao transtorno bipolar (MORENO *et al.*, 2005). De acordo com a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB), o distúrbio atinge 4% da população.

O Ministério da Saúde do Brasil estima que no país até dois milhões de pessoas apresentam transtornos bipolares, desde a sua forma mais leve, até os problemas mais

graves. O órgão também elaborou o primeiro *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas*, que objetiva orientar os médicos sobre a utilização dos novos medicamentos e em quais casos eles são mais efetivos.

O transtorno bipolar é definido pelo Ministério da Saúde como uma *doença crônica de longa evolução*, que prejudica os aspectos familiar, social e profissional dos doentes. Por isso, o seu tratamento é considerado fundamental para a qualidade de vida das pessoas, das famílias e da sociedade. Estimativas indicam que um portador que desenvolve os sintomas da doença aos 20 anos de idade, por exemplo, pode perder nove anos de vida e 14 anos de produtividade profissional, se não for tratado adequadamente.

A maioria dos pacientes com transtorno bipolar (TB) relata o início dos sintomas ainda na infância, entretanto, devido ao desconhecimento da real incidência e prevalência, a investigação sobre o TB de início precoce, ou seja, antes dos 18 anos de idade, só adquiriu relevância nas últimas décadas. Em estudos retrospectivos, 60% dos adultos portadores de TB descreveram seus primeiros sintomas de alteração do humor antes dos 20 anos de idade, e 10 a 20%, antes dos 10 anos (FU-I; BOARATI; MAIA, 2012).

De acordo com a autora, o diagnóstico do transtorno bipolar em crianças e adolescentes (TB-IA) é mais difícil, porque vários sintomas são similares aos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ou transtornos de conduta. Em vários casos as crianças recebem outros diagnósticos, o que retarda a implementação de um tratamento adequado. Tal fato traz consequências devastadoras, pois o comportamento suicida pode ocorrer em 25% dos adolescentes portadores de TB.

O transtorno de humor bipolar que ocorre em crianças <12 anos e adolescentes <15 anos apresenta mais irritabilidade, ciclagem rápida, baixa recuperação entre os episódios e elevada comorbidade com o transtorno de oposição desafiador e ou transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Entretanto, o transtorno bipolar que ocorre em adolescentes >15 anos apresenta elevada comorbidade com abuso de substâncias, sintomas de ansiedade e quadro mais semelhante aos dos adultos (ROHDE, 2002).

Para Boarini (2008), dentre as demandas que mais procuram atendimento nos serviços de saúde mental das UBSs, a depressão na infância merece destaque. Para Lee Fu (1996) a depressão atinge 1,2% dos adolescentes na faixa dos 12 aos 16 anos. Ainda, um estudo realizado em um ambulatório de psiquiatria em Porto Alegre, Brasil, foi encontrado uma prevalência de 7,2 % de TB em uma amostra de 500 pacientes com idade abaixo de 15 anos (WAGNER, 2009, p.29 *apud* Tramontina *et al.*, 2003).

Atualmente, no Brasil embora exista uma política nacional de saúde mental e legislação que protege os indivíduos com transtornos mentais, no que se refere à infância e à adolescência, os investimentos e gastos destinados são limitados e os serviços especializados são escassos para atender essa população.

Os direitos de crianças e adolescentes, são frequentemente violados por distintas formas de exploração e por dificuldades de acesso aos serviços de saúde, educação e assistência social de qualidade. Nesse sentido, o diagnóstico e o tratamento do Transtorno Bipolar na infância e adolescência, são fundamentais para reduzir o grau de sofrimento dos pacientes, a cronicidade, a morbidade e mortalidade associadas ao transtorno.

A seguir, apresentaremos o atual cenário da pandemia de covid-19 no Brasil, auxiliando na reflexão de como este contexto pode estar relacionado com maior número de casos de transtornos mentais na população em geral, e em crianças e adolescentes, e como as políticas públicas em saúde mental podem ser afetadas e devem ser aprimoradas para atender a esse novo desafio, tanto no contexto presente como no pós-pandemia.

## 2.5. O ATUAL CENÁRIO DE PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO

No final de 2019, surgiu na China um novo coronavírus denominado “*severe acute respiratory syndrome coronavirus-2*” (SARS-CoV-2). Associado ao SARS-CoV-2, a doença foi denominada “*coronavirus disease 2019*” (COVID-19), tornando-se o mais grave problema de saúde pública dessa geração, foi considerada pandemia em 11 de março de 2020 (FIOCRUZ, 2020).

Nesse momento, a fim de evitar a propagação do coronavírus, causador da covid-19, as autoridades de saúde mundial recomendam como principal medida de contenção o isolamento social. Assim, o fechamento de universidades, escolas, clubes, parques e locais de atividade física confinou adultos e crianças. Apesar dos serviços essenciais serem mantidos, as crianças e os adolescentes foram privados do convívio social e forçados a se manterem em isolamento.

Nesse sentido, a mudança no estilo de vida de forma radical e prolongada, associadas ao medo de ser contaminado, à impossibilidade do contato físico, as incertezas sobre o futuro e a possíveis problemas sociais e perdas financeiras causadas pela pandemia acaba afetando à saúde mental da população.

O impacto da pandemia na infância e adolescência produz efeitos diretos e indiretos. Os efeitos diretos são relacionados as manifestações clínicas da COVID-19. Alguns dos efeitos indiretos são destacados a seguir, de acordo com os dados da (FIOCRUZ, 2020):

- Prejuízos no ensino, na socialização e no desenvolvimento, visto que creches, colégios, escolas técnicas e de idiomas, faculdades e universidades tiveram que ser fechadas.
- O afastamento do convívio familiar ampliado, com amigos e com toda rede de apoio agravando vulnerabilidades.
- O estresse (e sua toxicidade associada) afeta enormemente a saúde mental de crianças e adolescentes, gerando um claro aumento de sintomas de depressão e ansiedade.
- Aumento da violência contra a criança, o adolescente e a mulher, e a conseqüente diminuição da procura pelo atendimento aos serviços de proteção.
- Exagero no uso de mídias/telas, como televisão, computadores, *tablets* e *smartphones*.
- Crianças e adolescentes sofrem as conseqüências do enorme impacto socioeconômico nas famílias, com aumento do desemprego e impossibilidade de trabalho para serviços não essenciais.
- Aumento da fome e do risco alimentar em parte pelo fechamento das escolas e das creches além de perdas nas receitas familiares.

Considerando todos os fatores elencados acima, torna-se ainda mais grave a situação para crianças e adolescentes que possuam algum transtorno mental. E, em se tratando do transtorno afetivo bipolar, os riscos associados são ainda mais elevados.

Segundo a OPAS/OMS (2018), as condições de saúde mental são responsáveis por 16% da carga global de lesões e doenças em pessoas na faixa de idade entre 10 e 19 anos. A depressão em todo o mundo, é uma das principais causas de doença e incapacidade entre os adolescentes e o suicídio é a terceira principal causa de morte entre adolescentes.

No Brasil, entre o período de 1996 e 2017, houve um aumento de 681,82% no número de mortes decorrentes de episódios depressivos. No Paraná, nesse mesmo período o aumento foi de 354,55%. Com base nos dados do Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, que inclui na estatística casos que aparecem na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) como ‘transtornos do humor (afetivos)’, que abarcam episódios depressivos e transtorno depressivo recorrente.

No Paraná, o número de mortes decorrentes de transtornos de humor, neste período de 1996 a 2017, foram 724 óbitos, com média de 35 óbitos anuais. Analisando os dados, pode-se verificar uma tendência de crescimento ao longo dos anos. Importante

ressaltar que, as taxas de suicídio são bem mais elevadas às mortes associadas à depressão. No Brasil, a cada 40 minutos uma pessoa tira a própria vida.

### **3. RESULTADOS ALCANÇADOS**

De acordo com levantamento da Sociedade Brasileira de Psiquiatria (SBP, 2019), verificou-se que houve um aumento de 107% nos últimos 09 anos no SUS das internações hospitalares de adolescentes com dez a quatorze anos de idade, ocasionadas por doenças mentais e comportamentais. Na faixa etária de 15 a 19 anos, ocorreram mais de 130 mil internações em hospitais da rede pública em 10 anos, no ano de 2018 foram 14,5 mil internações, maior número registrado no período. Corroborando com esses dados, um estudo realizado em um ambulatório de psiquiatria em Porto Alegre, Brasil, foi encontrado uma prevalência de 7,2 % de TAB em uma amostra de 500 pacientes com idade abaixo de 15 anos (TRAMONTINA *et al.*, 2003).

Em relação aos dados obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), para os transtornos de humor (afetivos) entre crianças e adolescentes (10 a 19 anos), no Brasil e no estado do Paraná, no período de 2010 a 2020, constatou-se que houve um aumento significativo no número de casos de morbidade para esses transtornos. A nível nacional, passou de 1813 casos de internação em 2010, para 6267 casos em 2019, representando um aumento de 245% na morbidade do transtorno de humor (afetivo) (Tabela 1). No estado do Paraná, para os mesmos anos em análise, a morbidade dobrou, passando de 175 casos para 350 (Tabela 2). Os dados apontam que os casos de morbidade se concentram na faixa etária de 15 a 19 anos, tanto no Brasil e como no Paraná, representando respectivamente, 79,8% e 84,4% das internações por transtornos de humor na faixa etária de 10 a 19 anos de idade. A seguir, as tabelas abaixo apresentam os dados de morbidade hospitalar do SUS no Brasil (Tabela 1) e a morbidade hospitalar do SUS no Paraná (Tabela 2).

Tabela 1 – Morbidade Hospitalar do SUS - Brasil

CID 10 – Transtorno de Humor (Afetivo)												
Período: Jan/2010 a Jul/2020												
Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
10 a 14 anos	319	309	333	421	429	391	454	612	900	1526	638	6332
15 a 19 anos	1494	1607	1687	1679	1802	1859	2005	2591	3309	4741	2224	24998

Total	1813	1916	2020	2100	2231	2250	2459	3203	4209	6267	2862	31330
-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 2 – Morbidade Hospitalar do SUS - Paraná

CID 10 – Transtorno de Humor (Afetivo)												
Período: Jan/2010 a Jul/2020												
Faixa Etária	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
10 a 14 anos	30	18	20	12	19	11	21	30	60	73	23	317
15 a 19 anos	145	148	142	126	116	123	109	197	241	277	96	1720
Total	175	166	162	138	135	134	130	227	301	350	119	2037

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

De acordo com os dados levantados no SIH-DATASUS, o que se observa é um aumento da morbidade dos transtornos de humor ao longo dos anos na população infantojuvenil. Nesse sentido, pode-se inferir um agravamento no quadro da saúde mental dessa população. Portanto, tal fato denota uma ineficiência do sistema de saúde na mitigação da morbidade dos transtornos de humor na infância e adolescência.

Isso posto, e, levando em conta que as pessoas com transtorno de humor apresentam maior vulnerabilidade em relação aos estressores ambientais, no manejo das decisões e cujo agravo do quadro clínico também pode também afetar o sistema de saúde, torna-se fundamental considerar os efeitos estressores e psicológicos causados pela pandemia de COVID-19, a exemplo, o isolamento social, a quarentena, o fechamento das escolas, dentre outros. Esses fatores podem atuar como importante gatilho para a incidência e o agravamento dos quadros depressivos e episódios hipomaníacos e maníacos do TAB. Doravante, a agenda de saúde mental torna-se urgente e prioritária no que tange o desenvolvimento de novos modelos de intervenção em saúde mental que conjecturem inovações nas políticas públicas para o atual cenário da pandemia e pós-pandemia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização das informações públicas do SIH-DATASUS, possibilitou observar através dos dados obtidos, uma tendência de aumento, no Brasil e no Estado do Paraná, da proporção dos transtornos de humor (afetivo) na faixa etária das crianças e



adolescentes (10 a 19 anos), mas com predomínio de casos de internação, principalmente, na faixa etária de 15 a 19 anos, no período analisado de 2010 a 2019. Diante do exposto, considerando o aumento do número de casos de transtorno de humor na infância e adolescência, observa-se que as práticas adotadas no campo da saúde mental infantojuvenil, apresentam-se bastante comprometidas.

Considerando a precariedade do sistema de assistência em Saúde Mental, será fundamental nesse cenário de pandemia, que as ações em saúde mental na infância e adolescência sejam partes integrantes da resposta à pandemia. As políticas de saúde mental, executadas em determinado território, têm a responsabilidade de transformar e ampliar as condições de vida das crianças e adolescentes, através de ações coletivas em prol da saúde e da qualidade de vida dos sujeitos atendidos nesses centros.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BOARINI, Maria Lúcia. O psicólogo e a Unidade Básica de Saúde: o desvio de rumo. In: ZANELLA, AV., *et al.*, org. *Psicologia e práticas sociais* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. *Lei Federal N° 8.068*, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. In: *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. 2005b. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0379\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf). Acesso em: 16 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção. In: *Relatório de Gestão: 2003-2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.



\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consumidor/diretrizes\\_assistenciais.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf). Acesso em: 29 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. In: Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015b. Acesso em: 30 set. 2020.

COUTO, Maria Cristina Ventura. *Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes*. III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não, 2001, Brasília. In: Caderno de Textos. Brasília, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001, p.121 - 130. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3\\_conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf) >. Acesso em: 20 nov. 2020.

DATASUS [homepage na Internet], 2020. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

FEITOSA, Helvécio Neves *et al.* A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. In: *Rev. Bioética*, vol.19, núm. 1. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011, p. 259-275.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533255017>. Acesso em: 23 set. 2020.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. In: COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. Ago. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencaocrianca/covid-19-saude-crianca-e-adolescente>. Acesso em: 29 nov. 2020.

FU-I, Lee; BOARATI, Miguel Angelo; MAIA, Ana Paula F. *Transtornos Afetivos na Infância e na Adolescência, diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KAPCZINSKI, Flávio; FREY, Benício Noronha. ZANNATTO, Vanessa. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos? In: *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. vol. 26, suppl.3, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2004, p. 17-21.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s3/22334.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

LUCAS, Lílian Schwanz. *et al.* Comunicação Breve. Impactos da Pandemia de COVID-19 na Saúde Mental de crianças e adolescentes: Orientações do departamento de Psiquiatria da infância e adolescência da Associação Brasileira de Psiquiatria. In: *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, abr-jun 2020, p. 74-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-10-2-8>. Acesso em: 22 set. 2020.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, D. H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. In: *Rev. Psiq. Clín.*, vol. 32, supl. 1, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005, p. 39-48.

NEWMAN, Cory F. *et al.* *Transtorno bipolar – tratamento pela terapia cognitiva*. São Paulo: Roca, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não Transmissíveis e Saúde Mental. Folha informativa – Saúde mental dos adolescentes*. Organização Pan-Americana de Saúde, 2018.

Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em 03 out. 2020.

PEREIRA, Lilian Lopes *et al.* *Transtorno bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento*. In: *PERSPECTIVA*, v. 34, n. 128, Erechim: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai, dez. 2010, p. 151-166. Disponível em: [http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128\\_144.pdf](http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128_144.pdf). Acesso: 03 out. 2020.

ROHDE, Luís Augusto. *Transtorno Bipolar em Crianças e Adolescentes*. In: XX CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. *Simpósio: Novas Abordagens do Diagnóstico e Tratamento do TAB e TDAH*. Florianópolis, 2002.

SANTOS, Milton. *Território, territórios: ensaio sobre o ordenamento territorial*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SUPPES, T.; DENNEHY, E. B. *Transtorno bipolar: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. Tradução Marina Fodra. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. In: *História, Ciência, Saúde*, vol. 9, n.1, Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2002, p. 25-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>. Acesso em: 29 nov. 2020.

TRAMONTINA, S.; Schimitz, M.; Polanczyk, G. & Rohde, L. A. *Juvenile Bipolar Disorder in Brasil: Clinical and Treatment Findings*. In: *Biological Psychiatry*, vol. 53, n. 11, Amsterdã: Elsevier, 2003, 1043-1049.

WAGNER, Cláudio Joaquim Paiva. *Transtorno do Humor Bipolar: A Importância do Diagnóstico precoce na Infância e na Adolescência*. In: *Revista de Psicologia da IMED*, vol. 1, n. 1, Passo Fundo: IMED, jun. 2009, p. 28-38. ISSN 2175-5027. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/9/9>. Acesso em: 29 nov. 2020. doi: <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p28-38>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Genebra, 2005. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Childado\\_mh\\_module.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf).