

The background is a solid light green color. It is decorated with several thick, curved lines (arcs) in three colors: dark green, pink, and purple. These arcs are arranged in a grid-like pattern, with some appearing as semi-circles and others as partial arcs. The arcs are scattered across the page, creating a rhythmic and modern aesthetic.

MANUAL

Da Lei à Prática

Como Implementar a Política
Nacional de Atenção Psicossocial
nas Comunidades Escolares





REALIZAÇÃO



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde



Políticas Públicas
de Saúde Mental



APOIO



Juntô
Iniciativa Brasileira de
Saúde Mental de Crianças
e Adolescentes



STAVROS NIARCHOS FOUNDATION
**Global Center for
Child & Adolescent
Mental Health**
AT THE CHILD MIND INSTITUTE

Ficha Técnica

Março de 2026

Manual PNAPCE: Da Lei à Prática - Como Implementar a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares

Coordenação

Secretaria de Estado de Educação de Pernambuco *Unidade de Atenção Psicossocial das Escolas (Projeto Entrelaços)*

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde *IEPS*

Apoio

O apoio a este trabalho é fornecido pelo Stavros Niarchos Foundation (SNF) Global Center for Child and Adolescent Mental Health at the Child Mind Institute através do Juntô - Iniciativa Brasileira de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes

Autores

Dayana Rosa *Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS*

Filipe Asth *Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS*

Jessyca Bezerra *Unidade de Atenção Psicossocial das Escolas - Secretaria de Estado de Educação de Pernambuco*

Maria Letícia Machado *Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS*

Priscila Borges *Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS*

Stéphanie Azevedo *Unidade de Atenção Psicossocial das Escolas - Secretaria de Estado de Educação de Pernambuco*

Thaís Fernanda Ferreira Novaes *Unidade de Atenção Psicossocial das Escolas - Secretaria de Estado de Educação de Pernambuco*

Revisão Técnica

Ana Valéria da Silva Dantas

Coordenadora-Geral de Estratégia da Educação Básica (COGEB/DPDI/SEB/MEC)

Alexander Augusto Rodrigues

Consultor Especialista Unesco na Coordenação-Geral de Estratégia da Educação Básica (COGEB/DPDI/SEB/MEC)

Carolina Costa *SNF Global Center at the Child Mind Institute*

Julia Schäfer *SNF Global Center at the Child Mind Institute*

Luis Augusto Rohde *SNF Global Center at the Child Mind Institute*

Otto Leone Corrêa *Consultor da Fundação de apoio à Fiocruz no Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD/SAES/MS)*

Rebeca Freitas *Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS*

Agradecimentos

Aos alunos da 1ª turma do curso "Da Lei à Prática" e aos professores e mediadores: Ana Beatriz Araujo (Juntô Jovem), Agatha Eleone (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS), Alexander Augusto (Ministério da Educação), Alexsandro do Nascimento (Departamento de Políticas e Diretrizes da Educação Integral Básica do Ministério da Saúde), Carlos Eduardo Oliveira de Abreu - (Unidade de Atenção Psicossocial das Escolas - Secretaria de Estado de Educação de Pernambuco), Carlos Ramos (Juntô Jovem), Dayana Rosa (Instituto de Es-

tudos para Políticas de Saúde - IEPS), Erika Waléria (Programa Saúde na Escola do Ministério da Saúde), Filipe Asth (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS), Gabriela Mora (Núcleo de Cidadania de Adolescentes do UNICEF), Irene Silva (Juntô - Iniciativa Brasileira de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes), Itallo Martins (Comitê de Jovens do Instituto Cactus), José Ivaldo Lima (Núcleo de Atenção ao Servidor da Secretaria de Educação de Pernambuco), Julia Schäfer (Instituto Child Mind), Katia Souto (Programa Saúde na Escola do Ministério da Saúde), Lilian Souza (UFRJ), Marcelo Kimati Dias (Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde), Maria Clara Barbosa de Albuquerque (Unidade de Atenção Psicossocial das Escolas - Secretaria de Estado de Educação de Pernambuco), Priscila Borges (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS), Rafael Nejm (Instituto Alana) e Stéphanie Azevedo (Unidade de Atenção Psicossocial das Escolas - Secretaria de Estado de Educação de Pernambuco).

Projeto Gráfico e Diagramação

Victória Sacagami

Ilustrações

Victória Sacagami

Licença de Uso

Este material é disponibilizado para uso público e pode ser reproduzido, distribuído e adaptado, total ou parcialmente, exclusivamente para fins não comerciais, desde que seja devidamente referenciado.

As análises, interpretações e recomendações apresentadas neste guia resultam de um processo formativo coletivo e são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a posição institucional das organizações coordenadoras e apoiadoras.

Forma de citação recomendada (ABNT NBR 6023:2018):

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DE PERNAMBUCO (Unidade de Atenção Psicossocial das Escolas); INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (Org.). Manual PNAPCE - Da Lei à Prática: Como Implementar a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares. Recife, 2026.



Sumário

Apresentação	10
O que é a Lei nº 14.819/2024?	12
Parte I: Fundamentos Teóricos e Metodológicos	15
1. De problema público à agenda de governo	16
2. Do Global para o Local	20
3. O papel social da escola na promoção da saúde mental	25
4. Protagonismo de Crianças, Adolescentes e Jovens	29
5. E a saúde mental dos profissionais da educação?	33
6. Desafios contemporâneos	35
7. Intersetorialidade na prática	39
Parte II: Rumo à implementação	45
8. Teoria da Mudança, monitoramento e avaliação	46
9. O caso de Pernambuco: Criando um Sistema Estadual de Saúde Mental nas Escolas	49
10. Plano de Ação Estadual	55
Referências	59

Apresentação

A promulgação da Lei nº 14.819/2024 é considerada um marco relevante no reconhecimento da saúde mental como dimensão fundamental do direito à educação e da proteção integral de crianças e adolescentes e de toda comunidade escolar. Ao instituir a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares (PNAPCE), a Lei estabelece a escola como espaço estratégico de promoção de cuidado, prevenção de violências e construção de vínculos, ao mesmo tempo em que convoca o poder público a superar respostas fragmentadas e individuais frente ao sofrimento psíquico.

No entanto, transformar uma lei em prática exige mais do que sua existência formal. No caso da PNAPCE, demanda capacidade técnica, articulação intersetorial, planejamento orientado por evidências e escuta ativa dos sujeitos diretamente envolvidos — estudantes, educadores, famílias e comunidades escolares. Exige, sobretudo, compreender a saúde mental como fenômeno social, atravessado por desigualdades, condições de vida, aspectos biológicos, contextos territoriais e relações institucionais.

O manual “Da Lei à Prática: Como Implementar a Política Nacional de Saúde Mental nas Escolas” tem o objetivo de apoiar gestores, equipes técnicas e profissionais das áreas da educação, saúde e assistência social na tarefa de transformar diretrizes legais em ações concretas, sustentáveis e alinhadas aos princípios do cuidado integral e da intersetorialidade. O material é resultado do processo formativo desenvolvido em um curso híbrido de 30h, ofertado entre setembro e dezembro de 2025 a 54 profissionais dos Núcleos de Apoio Psicossocial às Escolas (NAPSEs) da Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco. O curso foi construído pelo Projeto Entrelaços e pelo Programa Agora, uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), em parceria com o Juntô - Iniciativa Brasileira de Saúde

Mental de Crianças e Adolescentes, com apoio do Stavros Niarchos Foundation (SNF) Global Center at the Child Mind Institute, e cooperação técnica do Ministério da Educação (MEC).

Esta publicação está organizada em duas partes complementares. A Parte I apresenta os fundamentos conceituais, legais e metodológicos necessários à implementação da Política, abordando temas como o papel social da escola, a importância da intersetorialidade, a Teoria da Mudança, o monitoramento de políticas públicas e os desafios contemporâneos que atravessam a agenda da saúde mental nas escolas. Já a Parte II reúne a experiência inédita de implementação no estado de Pernambuco, sistematizando os primeiros resultados e caminhos possíveis para outros territórios.

Longe de oferecer respostas prontas, este guia propõe referências, ferramentas e reflexões para apoiar os processos nacionais e locais de implementação, respeitando a diversidade dos contextos e fortalecendo a construção coletiva de políticas públicas. Ao compartilhar conhecimentos e experiências, esperamos contribuir para que a PNAPCE se traduza em práticas capazes de promover ambientes escolares mais protetivos, inclusivos e comprometidos com o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.

Boa leitura!

O que é a Lei nº 14.819/2024?

A Lei nº 14.819/2024 institui a Política Nacional de Saúde Mental nas Comunidades Escolares (PNAPCE), com o objetivo de prevenir violências, proteger o desenvolvimento de crianças e adolescentes e promover o cuidado integral e o acolhimento à **toda comunidade escolar**. A Lei reconhece a escola como espaço estratégico para ações de promoção da saúde mental, a articulação de cuidados e identificação de situações de vulnerabilidade. Entre seus princípios estão a proteção integral, o respeito aos direitos humanos e a valorização do cuidado em rede.

A PNAPCE é a integração concreta entre escolas, serviços de saúde e de assistência social para que a comunidade escolar seja capaz de reconhecer precocemente sintomas, transtornos e situações adversas que impactam a saúde mental

Atenção! A Lei nº 14.819/2024 não cria serviços clínicos dentro das escolas nem transfere a elas responsabilidades próprias do sistema de saúde. Seu foco está na construção de estratégias preventivas, educativas e de cuidado, articuladas com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e com os demais serviços públicos, respeitando as especificidades de cada território.

Além disso, as diretrizes apresentadas neste manual não se opõem ao diagnóstico, ao tratamento clínico ou ao uso de medicação quando indicados por profissionais habilitados. Ao contrário, partem do reconhecimento de que o cuidado em saúde mental envolve diferentes níveis de atenção e deve articular estratégias pedagógicas, psicossociais e clínicas, conforme a necessidade de cada estudante, no âmbito das políticas públicas vigentes.

Como a PNAPCE se articula com outras normas educacionais

Por seu caráter de política nacional, a Lei organiza e dá coerência às diferentes iniciativas normativas e programáticas que incidem sobre o tema da saúde mental na educação. Nesse sentido, a Lei nº 14.819/2024 não substitui nem torna dependentes outras normas existentes, como a Lei nº 13.935/2019, que dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica. O mesmo ocorre com

outras iniciativas legais e administrativas relacionadas ao ambiente escolar, como a Lei nº 15.100/2025, que restringe o uso de celulares por estudantes em escolas de educação básica. Essas medidas, ao incidirem sobre aspectos do cotidiano escolar que impactam o bem-estar, a convivência e a saúde mental, encontram na PNAPCE um referencial estruturante, que ajuda a alinhar objetivos, evitar contradições e fortalecer a coerência da ação pública.

Assim, a PNAPCE funciona como um eixo organizador das políticas educacionais que dialogam com o cuidado, o bem-estar e a proteção de crianças e adolescentes. Ela não cria uma relação de subordinação jurídica entre as leis, mas oferece um marco de sentido e coordenação, capaz de integrar diferentes instrumentos normativos em uma estratégia pública mais consistente e orientada à promoção de direitos.



Ou seja, ao estabelecer a PNAPCE, a Lei oferece um marco normativo para que estados e municípios desenvolvam ações integradas, planejadas e sustentáveis, fortalecendo o papel da escola como espaço de proteção, escuta e promoção do bem-estar.



ALUNO

com suporte para desenvolver suas habilidades e lidar com adversidades



PSICÓLOGOS E ASSISTENTES SOCIAIS ESCOLARES

com orientações claras sobre sua atuação e em diálogo com serviços públicos além da escola



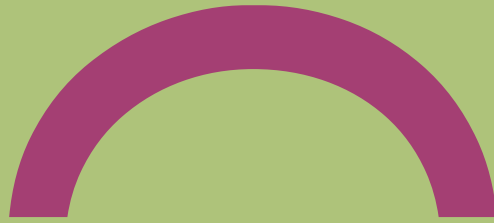
PROFESSOR

capacitado para apoiar atuação dos psicólogos e assistentes sociais escolares



COMUNIDADE

consciente e acolhida



PARTE I

Fundamentos Teóricos e Metodológicos



1. De problema público à agenda de governo

A saúde mental de crianças e adolescentes deixou de ser uma questão restrita ao âmbito privado ou exclusivamente clínico para se afirmar como um problema público de alta relevância social. O crescimento de casos de sofrimento psíquico, autolesão, violências, abandono, evasão escolar e dificuldades de aprendizagem evidencia que os desafios enfrentados por estudantes estão profundamente conectados às condições de vida, às desigualdades sociais e às dinâmicas institucionais que atravessam a escola e os territórios (OMS, 2014; UNICEF, 2021; KIELING et al., 2011).

Compreender a saúde mental como um direito fundamental e coletivo significa reconhecer que o sofrimento não é resultado apenas de fragilidades individuais, mas expressão de contextos sociais, históricos e políticos (FOUCAULT, 2014; BASAGLIA, 1985; OMS, 2014). Autores como Michel Foucault (2014a), ao analisar as formas de gestão da vida e dos corpos, contribuem para entender como determinadas respostas institucionais podem produzir controle, exclusão, ou ainda transformar experiências de vida em sofrimentos psíquicos. Esse processo é posteriormente conceituado como medicalização, conforme definido por Conrad (2007). Já Hannah Arendt (2016) ajuda a refletir sobre a responsabilidade coletiva e o papel das instituições na garantia de direitos em sociedades democráticas. Esses aportes permitem deslocar o olhar da patologização individual para uma abordagem que considere as condições estruturais que produzem sofrimento.

No contexto brasileiro, o processo de reorganização da atenção à saúde mental é reconhecido como Reforma Psiquiátrica, a partir da qual o paradigma da Atenção Psicossocial passa a orientar a organização dos serviços de saúde mental. Tal paradigma preconiza um cuidado territorializado, fundamentado nas relações sociais e no reconhecimento das diferenças como dimensão constitutiva do cuidado, com-

preendendo que cada sujeito apresenta necessidades singulares e demanda respostas interdisciplinares que extrapolam a centralidade da relação médica (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2014).

No campo da educação, esse deslocamento é fundamental. A escola é um espaço no qual se expressam desigualdades, violências e tensões sociais, mas também um território privilegiado de proteção, convivência e construção de vínculos. Como destaca Paulo Freire (2019), a educação é sempre uma prática social e política, atravessada por relações de poder, diálogo e reconhecimento. Nessa perspectiva, cuidar da saúde mental nas escolas implica criar condições para que estudantes sejam reconhecidos como sujeitos de direitos, com histórias, pertencimentos e vozes próprias.

A transformação da saúde mental em agenda de governo ocorre quando ela é reconhecida pelo Estado como responsabilidade coletiva e objeto de ação institucional estruturada. Isso envolve a produção de marcos legais, a definição de diretrizes, a alocação de recursos e a construção de arranjos capazes de sustentar respostas contínuas. A Lei nº 14.819/2024, ao instituir a PNAPCE, representa esse reconhecimento formal e inaugura uma nova etapa na atuação do Poder Público sobre o tema, aproximando ainda mais a Saúde da Educação.

Saúde & Educação tem história!

1990

Criação do SUS e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

1996

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB

2001

Lei da Reforma Psiquiátrica

2004

Início do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, promovido pelo Ministério da Saúde, e início do Programa Escola que Protege, do Ministério da Educação

2002

Criação dos CAPS, incluindo modalidade infanto-juvenil

2005

Ministério da Saúde publica “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”

2006

Política Nacional de Promoção da Saúde

2007

Criação do PSE

2017

Base Nacional Comum Curricular (BNCC)

2011

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é criada e Ministério da Educação também publica o “Guia de Prevenção ao Bullying e à Violência na Escola”

2019

Lei de Psicólogos e Assistentes Sociais nas Escolas

2023

Inclusão do tema de Saúde Mental nas ações do PSE e criação da Política Nacional de Educação Digital

2025

Lei da Restrição dos Celulares nas Escolas e do ECA Digital

2024

Lei da PNAPCE, Sistema Nacional de Acompanhamento e Combate à Violência nas Escolas, e Programa Pé-de-Meia

No entanto, a construção de uma agenda de governo não se dá de forma neutra ou automática. Ela é resultado de disputas simbólicas, políticas e institucionais sobre como o problema é definido e quais soluções são consideradas legítimas. Autoras como Sueli Carneiro (2011) e Bell Hooks (2013) contribuem para ampliar essa reflexão ao evidenciar como marcadores sociais — como raça, gênero e classe — atravessam as experiências de sofrimento e o acesso às políticas públicas. Incorporar essas perspectivas é essencial para evitar respostas homogêneas e para garantir que a política de saúde mental nas escolas seja sensível às desigualdades e às múltiplas realidades dos territórios.

Ao se tornar agenda de governo, a saúde mental nas escolas passa a exigir respostas intersetoriais e articuladas. A escola, sozinha, não pode e não deve assumir responsabilidades que extrapolam seu papel pedagógico. A política pública precisa articular Educação, Saúde, Assistência social e demais áreas, reconhecendo a complexidade dos fenômenos envolvidos e evitando soluções simplistas.

Assim, a passagem de problema público à agenda de governo não se resume à criação de uma lei, mas inaugura um processo contínuo de implementação, aprendizagem e ajuste. Trata-se de construir políticas que reconheçam a centralidade da escola como espaço de cuidado e proteção, sem dispensar o Estado de suas obrigações estruturais. É a partir desse entendimento que a PNAPCE pode se consolidar como uma ação estruturante, orientada pela promoção de direitos, pela equidade e pelo fortalecimento das comunidades escolares.

2. Do Local para o Global

A formulação e a implementação de políticas de saúde mental nas escolas exigem um diálogo constante entre evidências globais e realidades locais. Embora estudos internacionais ofereçam parâmetros importantes sobre prevalência, fatores de risco e estratégias de prevenção, é no contexto concreto dos territórios que o sofrimento psíquico se manifesta e que as respostas públicas precisam ser construídas. Considerar as especificidades sociais, culturais, econômicas e institucionais de cada contexto não é um detalhe operacional, mas uma condição central para a efetividade das políticas (WILDAVSKY, 1984; SABATIER; MAZMANIAN, 1980).

A literatura internacional aponta que a saúde mental não deve ser compreendida de forma dicotômica — como algo que se tem ou não se tem —, mas como um continuum, no qual todas as pessoas se situam em diferentes níveis ao longo da vida (OMS, 2004; OMS, 2022; KEYES, 2002). Esse entendimento ajuda a deslocar o foco exclusivo do transtorno para uma visão mais ampla, que inclui bem-estar, sofrimento leve, sofrimento intenso e transtornos mentais propriamente ditos.

Do ponto de vista global, estima-se que entre 12% e 14% das crianças e adolescentes apresentam algum transtorno mental, com início precoce: cerca de 50% dos transtornos têm início até os 15 anos e 75% até os 24 anos (KESSLER et al., 2005; POLANCZYK et al., 2015; WHO, 2004; KIELING et al., 2011; ODGERS, JENSEN, 2024). Esses dados evidenciam a infância e a adolescência como períodos críticos para ações de promoção, prevenção e cuidado, reforçando o papel estratégico das políticas educacionais nesse campo.

No Brasil, os dados disponíveis — ainda que não exista um estudo nacional de prevalência — indicam números semelhantes aos globais, com estimativas entre 10% e 19% para qualquer transtorno mental na in-

fância e adolescência (POLANCZYK et al., 2015; KIELING et al., 2011). Além disso, o contexto brasileiro é marcado por altas taxas de exposição à violência, incluindo bullying, violência doméstica física, abuso sexual e insegurança urbana que impacta diretamente a frequência e o rendimento escolar (MARCHIONATTI et al., 2024). Esses fatores configuram um cenário de risco ampliado para o sofrimento psíquico.

A compreensão desses padrões é fortalecida por estudos longitudinais nacionais, como a Coorte¹ Brasileira de Alto Risco para Transtornos Mentais (SALUM et al., 2015), que permitem identificar fatores de risco e de proteção ao longo do desenvolvimento. Entre os principais fatores de risco estão a exposição à violência, o contexto socioeconômico adverso, ambientes familiares fragilizados, sono insuficiente e interações entre predisposições genéticas e ambientes desfavoráveis. Por outro lado, fatores de proteção incluem habilidades socioemocionais, vínculos familiares e comunitários positivos, pertencimento, segurança econômica e acesso a serviços públicos.

¹ Uma coorte é um grupo de pessoas que compartilham uma característica ou experiência comum e são acompanhadas ao longo do tempo em um estudo, principalmente em epidemiologia, para observar a ocorrência de doenças ou outros desfechos, permitindo comparações entre grupos expostos e não expostos.

Cada um é cada um

Há diferenças importantes conforme idade, sexo, gênero e raça. Problemas emocionais, como ansiedade e depressão, são mais frequentes em meninas e adolescentes, enquanto problemas comportamentais tendem a ser mais prevalentes em meninos e em crianças mais novas (KIELING et al., 2011; POLANCZYK et al., 2015). Estudos também indicam que adolescentes e jovens de diferentes identidades de gênero apresentam maior risco para sofrimento psíquico, sintomas de ansiedade, depressão, autolesão e ideação suicida, em grande medida como resultado de experiências recorrentes de estigmatização, discriminação e violência (UNICEF, 2021). Da mesma forma, crianças e adolescentes negros e indígenas estão mais expostos a fatores de risco associados às desigualdades raciais e territoriais, como pobreza, violência, racismo estrutural e menor acesso a serviços de cuidado, o que impacta negativamente sua saúde mental (OMS, 2014). Esses padrões reforçam a necessidade de respostas diferenciadas, sensíveis às fases do desenvolvimento e atentas aos marcadores sociais que estruturam as experiências de sofrimento, evitando abordagens homogêneas que tendem a invisibilizar desigualdades.

A pandemia de COVID-19 agravou significativamente esse cenário, intensificando fatores de risco e enfraquecendo redes de proteção. Estudos globais indicam que países mais severamente afetados pela pandemia apresentaram maiores aumentos nos problemas de saúde mental entre crianças e adolescentes (OMS, 2020; KIELING et al., 2011; ZHU et al., 2020). No Brasil, esse agravamento ocorreu sobre um contexto já marcado por desigualdades estruturais.

Um dado anterior à pandemia e particularmente crítico é que, no país, a maioria das crianças e adolescentes que necessitam de cuidado em saúde mental não recebe nenhum tipo de assistência, embora haja a Rede de Atenção Psicossocial. Estima-se que cerca de 80% das crianças participantes do estudo identificadas com transtornos mentais

em grandes centros urbanos não tiveram acesso a serviços (FATOURI et al., 2019).

Além do impacto direto sobre o bem-estar, os problemas de saúde mental também produzem efeitos educacionais relevantes. Estudos nacionais mostram que a prevenção e o tratamento dessas condições poderiam reduzir significativamente reprovações, distorções idade-série e episódios de bullying, ampliando as oportunidades futuras de crianças e adolescentes (HOFFMANN et al., 2016). Esses achados reforçam que investir em saúde mental nas escolas não é apenas uma ação de cuidado, mas também uma estratégia de equidade educacional que, de forma sustentável, acompanhe todos os ciclos do processo de ensino-aprendizagem.

Políticas sustentáveis para subjetividades diversas e fluidas

Os transtornos mentais não são estáticos, mas apresentam trajetórias variáveis ao longo da vida. Estudos longitudinais, como a coorte de Dunedin (CASPI et al., 2014), mostram que uma mesma pessoa pode transitar entre diferentes tipos de sofrimento, períodos de remissão e ausência de diagnóstico ao longo dos anos.

Saúde e sofrimento não são estados opostos e fixos, mas posições dinâmicas ao longo de um espectro. Ao longo desse *continuum*, as pessoas podem experimentar diferentes níveis de bem-estar, desde o florescimento e funcionamento positivo até o sofrimento intenso e os transtornos mentais, podendo transitar entre essas posições ao longo da vida. Essa representação reforça que a saúde mental não se resume à presença ou ausência de transtornos (CANGUILHEM, 2009; OMS, 2020), mas envolve múltiplas dimensões — emocionais, sociais e funcionais — e que as respostas das políticas públicas devem ser sustentáveis e capazes de lidar com as mais diversas pessoas e situações.

Por fim, a literatura e as evidências apresentadas indicam que intervenções coletivas em saúde mental ainda são pouco implementadas no Brasil e frequentemente carecem de evidência de eficácia (MARCHIONATTI et al., 2024). Experiências internacionais ou importadas, quando aplicadas sem adaptação ao contexto local, podem inclusive produzir efeitos indesejados (IEPS; CHILD MIND INSTITUTE, 2024). Esse aprendizado reforça a necessidade de construir políticas e programas com base em evidências, sensíveis aos territórios e desenvolvidos de forma colaborativa, envolvendo gestores, profissionais, comunidades escolares e os próprios jovens.

Assim, a passagem do global para o local, e vice-versa, não é um exercício de replicação, mas de tradução crítica. É a partir desse movimento – ancorado em dados, atento às desigualdades e comprometido com a realidade brasileira – que a PNAPCE pode se consolidar como uma política pública viva e orientada pela promoção de direitos.



SAIBA MAIS

[Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Brasil: o que revelam as evidências científicas? Um balanço de intervenções e diretrizes para políticas públicas](#)



3. O papel social da escola na promoção da saúde mental

A escola ocupa uma posição singular na vida de todos. Para além de seu papel pedagógico, ela é um espaço cotidiano de convivência, socialização, formação de vínculos e produção de sentidos. Por isso, falar em saúde mental nas escolas não significa deslocar para o ambiente educacional responsabilidades clínicas que cabem ao sistema de saúde, mas reconhecer que a escola é um território estratégico de proteção, promoção de direitos e cuidado relacional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como um estado em que as pessoas são capazes de reconhecer suas capacidades, lidar com os estresses da vida cotidiana, aprender, estabelecer relações significativas e contribuir com a comunidade. Essa definição amplia o olhar sobre o bem-estar e ajuda a compreender por que a escola é um espaço central para sua promoção: é ali que crianças e adolescentes passam grande parte de seu tempo, constroem relações e vivenciam experiências que impactam diretamente seu desenvolvimento emocional.

O que é promover saúde mental?

Promover saúde mental significa criar condições que favoreçam o bem-estar, o desenvolvimento saudável e a participação social, atuando sobre fatores de proteção e determinantes sociais antes do surgimento de agravos. A Política Nacional de Promoção da Saúde define essa abordagem como o fortalecimento de vínculos, a redução de desigualdades e a construção de ambientes seguros e inclusivos, reconhecendo que o sofrimento psíquico está relacionado às condições de vida e convivência (BRASIL, 2017). O Ministério da Saúde ressalta que a promoção da saúde mental se diferencia de ações exclusivamente clínicas ao priorizar estratégias intersetoriais e territoriais, evitando respostas exclusivamente clínicas, quando não indicadas, e centradas na responsabilização individual (BRASIL, 2023).

A escola como microcosmo social

A escola pode ser compreendida como um microcosmo da sociedade. Nela se expressam, em escala cotidiana, desigualdades sociais, violências estruturais, discriminações raciais, de gênero e territoriais. Para muitas crianças negras, indígenas e quilombolas, a escola é, infelizmente, o primeiro espaço em que vivenciam experiências de racismo e exclusão (UNICEF, 2019; MEC, 2014). Esse dado reforça que a escola pode tanto atuar como espaço de proteção e pertencimento quanto reproduzir violências que geram sofrimento e adoecimento.

Reconhecer essa ambivalência é fundamental para a implementação da PNAPCE. A promoção da saúde mental passa, necessariamente, pela construção de ambientes escolares seguros, acolhedores e comprometidos com a justiça social. Isso implica rever práticas pedagógicas, relações institucionais e culturas escolares que naturalizam discriminações ou silenciam experiências de sofrimento.

Saúde mental é responsabilidade de todos

Existe uma relação direta entre saúde mental e aprendizagem. Como destaca o UNICEF (2019), sem bem-estar não há aprendizagem. Crianças e adolescentes com boa saúde mental tendem a apresentar maior engajamento escolar, melhor frequência, redução do absenteísmo, abandono e da evasão, além de melhores resultados acadêmicos. Ao mesmo tempo, características neurodesenvolvimentais individuais e diversas podem levar a diminuição das capacidades de concentração e controle inibitório dificultando a aprendizagem, as relações de amizade e o bem estar na escola.

Nesse sentido, promover a saúde mental na escola não é uma ação acessória, mas parte constitutiva da missão educacional. Isso não significa que professores devam diagnosticar ou tratar transtornos mentais — papel que cabe aos profissionais da saúde —, mas que possam observar, acolher, apoiar e articular encaminhamentos, quando necessário, como parte de uma rede de proteção mais ampla.

Por uma Escola acolhedora

A promoção da saúde mental acontece, sobretudo, no cotidiano das relações. Pequenas escolhas pedagógicas — como a forma de abordar conteúdos, reconhecer identidades, abrir espaços de diálogo e escuta — podem produzir efeitos significativos sobre o sentimento de pertencimento e de reconhecimento dos estudantes. A valorização de histórias, culturas e referências locais, por exemplo, contribui para um currículo mais inclusivo e para o fortalecimento da autoestima e da identidade dos estudantes.

Além disso, transformar espaços já existentes — como salas de aula, recreios e momentos coletivos — em espaços de escuta e diálogo, pode ser mais eficaz do que criar novas atividades que disputam tempo com uma rotina escolar já sobrecarregada. A promoção da saúde mental se dá no dia a dia, nas relações interpessoais e na construção de uma cultura escolar baseada no respeito, na solidariedade e no cuidado.

A PNAPCE oferece o marco para que esse papel social seja fortalecido e institucionalizado. O desafio que se coloca não é se a escola deve ou não atuar nesse campo, mas como fazê-lo de forma ética, responsável e articulada, garantindo direitos, reduzindo desigualdades e promovendo o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.



SAIBA MAIS

**Saúde Mental - O desafio coletivo
nas escolas**

4. Protagonismo de Crianças, Adolescentes e Jovens

O protagonismo é um dos pilares da PNAPCE e deve ser compreendido como uma estratégia de política pública, e não como um recurso simbólico ou acessório. A participação nos espaços políticos, sociais, comunitários e familiares é um direito instituído pelo ECA na década de 1990, assim como na Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas, que reconhece as capacidades próprias desses sujeitos de se expressar, habitar e conviver socialmente, de forma distinta daquela realizada pelos adultos. Reconhecer crianças, adolescentes e jovens como sujeitos de direitos implica garantir sua participação efetiva nos processos que afetam suas vidas, especialmente na formulação, implementação e avaliação de políticas que incidem diretamente sobre o cotidiano escolar, e ainda organizar formas que permitam a interlocução efetiva entre as diferentes faixas etárias, respeitando seus tempos e modos.

No campo da saúde mental, essa participação é ainda mais relevante. Crianças e adolescentes não são apenas destinatários das políticas, mas atores centrais na produção de sentidos sobre o sofrimento, o cuidado e o bem-estar. Ignorar suas vozes tende a gerar respostas distantes da realidade vivida, pouco aderentes às necessidades concretas e, muitas vezes, ineficazes.

Protagonismo como fator de proteção em saúde mental

A participação ativa de adolescentes e jovens funciona também como fator de proteção em saúde mental (OMS, 2004; UNICEF, 2021; PATTON et al., 2016). Sentir-se ouvido, reconhecido e capaz de influenciar decisões fortalece o senso de pertencimento, a autoestima e a autonomia — elementos centrais para o bem-estar emocional.

Além disso, o protagonismo juvenil contribui para a construção de ambientes escolares mais democráticos e acolhedores. Quando jovens participam da identificação de problemas e da construção de soluções, as respostas tendem a ser mais ajustadas à realidade. Nesse sentido, o protagonismo não é apenas um princípio normativo, mas uma estratégia concreta de promoção de saúde mental.

Participação não é consulta pontual

O protagonismo não se resume a consultas ocasionais, questionários isolados ou espaços simbólicos de fala sem poder de incidência real. Para que haja protagonismo, é preciso que a participação dos jovens tenha consequência, isto é, produza efeitos concretos sobre decisões, prioridades e ações da política.

Isso exige que os espaços de participação sejam estruturados, contínuos e reconhecidos institucionalmente. No âmbito das políticas públicas, o protagonismo deve ser incorporado desde a formulação até a avaliação das ações. Isso pode ocorrer por meio de grêmios estudantis, comitês juvenis, grupos consultivos, processos formativos e mecanismos de participação contínua. Mais do que criar novos espaços, é fundamental garantir que esses arranjos tenham legitimidade, apoio institucional e capacidade de incidência.

Os mais jovens querem saúde mental

A inclusão do tema da saúde mental como eixo central da 4ª Conferência Nacional da Juventude, realizada em 2023, exemplifica como espaços institucionais de participação podem ampliar a visibilidade do sofrimento psíquico juvenil e qualificá-lo como questão pública. Ao levar suas experiências, demandas e propostas para o centro do debate, jovens contribuíram para deslocar a saúde mental de um campo restrito ao cuidado individual para uma agenda de direitos, proteção social e responsabilidade do Estado. Esse recorte temático representou 41% do total de propostas para o Eixo Saúde.

A 12ª Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CNDCA), realizada em abril de 2024, também teve propostas de saúde mental, assim como de participação nas políticas públicas. O eixo de participação foi o de maior número de delegados crianças e adolescentes!

Esse tipo de participação fortalece o protagonismo dos mais novos, ao reconhecer crianças, adolescentes e jovens como sujeitos políticos capazes de identificar problemas, formular propostas e incidir sobre prioridades governamentais. Práticas assim devem ser contínuas :)

Na PNAPCE, o protagonismo contribui para qualificar, orientar prioridades e avaliar impactos nas escolas. Ao incluir adolescentes e jovens como sujeitos ativos, a política amplia suas chances de efetividade e sustentabilidade, além de reafirmar o compromisso com a promoção de direitos e com a construção de ambientes escolares mais justos e acolhedores (OMS, 2004; UNICEF, 2021; HART, 1992).



JUNTÔ JOVEM

O Juntô Jovem é uma iniciativa que reúne 12 jovens das cinco regiões do Brasil para atuar de forma ativa na construção de respostas públicas aos desafios da saúde mental. A partir de formações, trocas coletivas e processos participativos, o programa reconhece os jovens como produtores de conhecimento e agentes de transformação de suas próprias realidades, fortalecendo sua capacidade de análise, proposição e incidência em políticas públicas.



Saiba mais aqui

5. E a saúde mental dos profissionais da educação?

A promoção da saúde mental nas escolas só será possível se também houver cuidado com aqueles que sustentam cotidianamente o funcionamento do sistema educacional. Professores, gestores e demais profissionais da educação estão entre os grupos mais expostos a sobrecargas emocionais, demandas contraditórias e condições de trabalho adversas, o que impacta diretamente seu bem-estar e sua capacidade de exercer o papel pedagógico e relacional esperado da escola (OIT, 2016; OMS, 2019; GUZZO et al., 2010).

Reconhecer a saúde mental dos profissionais da educação como dimensão estruturante da política pública é fundamental para evitar abordagens incoerentes, que exigem das escolas acolhimento, escuta e cuidado sem oferecer condições institucionais para que esses profissionais também sejam cuidados.

Sofrimento docente não é fragilidade individual

Problemas como estresse crônico, exaustão emocional, adoecimento psíquico e afastamentos frequentes não podem ser compreendidos como falhas pessoais, falta de preparo ou baixa resiliência individual. Eles são expressão de condições estruturais de trabalho, marcadas por excesso de demandas, precarização, desvalorização profissional e responsabilização individual por problemas sistêmicos e também biológicos.

A psicologia escolar crítica (GUZZO et al., 2010) contribui para deslocar o foco do indivíduo para o contexto institucional e social. Nessa perspectiva, o sofrimento dos profissionais da educação é produzido em ambientes que frequentemente combinam jornadas extensas, múltiplas funções, pressão por resultados, escassez de recursos e pouca participação nos processos decisórios. Cuidar da saúde mental, portanto, exige intervir nessas condições e não apenas oferecer estratégias individuais de enfrentamento.

Cuidar de quem cuida é estratégia da PNAPCE

Profissionais sobrecarregados, adoecidos ou desamparados institucionalmente têm menos condições de estabelecer vínculos, perceber sinais de sofrimento nos estudantes e atuar de forma colaborativa com outros setores da rede de proteção.

Isso não significa transferir para os profissionais da educação responsabilidades clínicas ou terapêuticas. Pelo contrário: implica apontar para a necessidade de ofertar condições de trabalho dignas, espaços de escuta institucional, apoio psicossocial quando necessário e uma organização do trabalho que reconheça limites e responsabilidades. A promoção da saúde mental dos educadores está diretamente ligada à criação de ambientes escolares mais saudáveis e sustentáveis.

Cuidar de quem cuida é, assim, uma condição para que a política se sustente ao longo do tempo. Ao reconhecer o sofrimento docente como um fenômeno coletivo e institucional, a política pública amplia sua capacidade de produzir ambientes escolares mais protetivos, solidários e comprometidos com o desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e dos próprios profissionais da educação.

O papel da gestão e da instituição escolar

A saúde mental dos profissionais da educação é profundamente influenciada pela forma como as escolas e os sistemas educacionais são organizados. Gestões que promovem diálogo, participação, previsibilidade e apoio tendem a reduzir conflitos e sofrimento. Por outro lado, contextos marcados por autoritarismo, ausência de escuta e culpabilização individual ampliam tensões e adoecimentos (DEJOURS, 2015).

Nesse sentido, políticas públicas devem investir na formação de gestores para o cuidado institucional, fortalecendo práticas de acolhimento coletivo, mediação de conflitos e construção de ambientes de trabalho mais colaborativos. Espaços regulares de diálogo entre profissionais, momentos de formação continuada e articulação com serviços de saúde e assistência social são estratégias que contribuem para o fortalecimento do coletivo escolar.

6. Desafios contemporâneos

Violência, uso prejudicial da internet e *boom* de autodiagnósticos são alguns dos principais desafios contextuais da PNAPCE. A cultura digital, tema que articula esses temas, é hoje um dos principais contextos de socialização de crianças e adolescentes. Ao destacar a cultura digital enquanto desafio, reforçamos também que o ambiente online não é um espaço separado da vida cotidiana, mas uma extensão das relações sociais, das experiências emocionais e da construção de identidades. Nesse sentido, compreender os impactos da cultura digital sobre a saúde mental exige abandonar explicações simplistas e reconhecer a complexidade das interações entre tecnologia, desenvolvimento, contexto social e políticas públicas.

A PNAPCE e a prevenção de violência nas escolas

A violência nas escolas é um fenômeno complexo e persistente no Brasil, manifestando-se tanto nas formas mais comuns, como bullying e cyberbullying, quanto em episódios de agressões físicas e psicológicas que afetam diretamente a convivência, o bem-estar e a aprendizagem de estudantes e profissionais da educação. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) indicam que cerca de 23% dos adolescentes relataram ter sido vítimas de bullying nos 30 dias anteriores à pesquisa, com 13,2% relatando cyberbullying e variações por sexo e modalidade de escola. Essas situações expressam tensões sociais e relacionais que ultrapassam o campo pedagógico e se inscrevem no conjunto de fatores que influenciam a saúde mental de crianças e adolescentes.

Como parte da resposta integrada a esse cenário, o Decreto nº 12.006, de 24 de abril de 2024, instituiu o Sistema Nacional de Acompanhamento e Combate à Violência nas Escolas (SNAVE). O SNAVE atua de acordo com a PNAPCE, e tem como objetivos ampliar a capacidade das escolas de promover ações de prevenção e resposta à violência, por meio da produção de estudos e mapeamentos, da sistematização de boas práticas de prevenção, da capacitação de profissionais e da prestação de apoio psicossocial às vítimas de violência no ambiente escolar ou em seu entorno.

Esse arranjo normativo evidencia que a violência escolar é reconhecida como um problema público que impacta diretamente a saúde mental, e que a PNAPCE busca responder de forma integrada, combinando prevenção, vigilância, cuidado e a promoção de ambientes escolares seguros, acolhedores e protetivos.

O uso prejudicial e precoce da internet

A PNAPCE parte do reconhecimento de que o desafio contemporâneo não é “desconectar” crianças e adolescentes, mas qualificar a forma como eles se relacionam com os ambientes digitais, garantindo proteção, desenvolvimento saudável e acesso a informações confiáveis.

O Brasil é um país amplamente conectado. A maioria das crianças e adolescentes acessa a internet diariamente, predominantemente por meio de smartphones, com início cada vez mais precoce do uso, inclusive na primeira infância. Esse cenário amplia oportunidades de aprendizado, sociabilidade e expressão, mas também expõe crianças e adolescentes a riscos que não podem ser ignorados (CGI.BR; CETIC.BR, 2023).

As maiores vulnerabilidades existentes na vida offline tendem a se reproduzir e se intensificar no ambiente online. Isso significa que desigualdades sociais, fragilidades emocionais e contextos de violência ou exclusão não são criados pela internet, mas frequentemente amplificados por ela. Assim, políticas públicas precisam olhar para o digital de forma integrada às condições de vida, ao território e à proteção social.



SAIBA MAIS

TIC Kids Online Brasil - 2025

Esse cenário reforça a necessidade de regulação dos ambientes digitais, transparência dos algoritmos e responsabilização das plataformas, especialmente no que diz respeito à proteção de crianças e adolescentes. Sem regulação, torna-se mais difícil converter as oportunidades do mundo digital em benefícios e reduzir riscos de exploração comercial, desinformação e danos à saúde mental.

Ao mesmo tempo, a resposta não pode ser exclusivamente regulatória. Assim como previsto na Base Nacional Curricular Comum (BNCC), a escola tem um papel estratégico nesse processo, ajudando crianças e adolescentes a desenvolver pensamento crítico, autorregulação, empatia e habilidades socioemocionais.

O boom de autodiagnósticos

Um fenômeno recente e relevante é a ampla circulação de conteúdos sobre saúde mental em plataformas como TikTok, Instagram e YouTube. Esses conteúdos contribuíram para ampliar o vocabulário emocional de muitos jovens e reduzir estigmas, mas também trouxeram efeitos colaterais importantes.

Hashtags associadas a diagnósticos — como ansiedade, depressão, TDAH e autismo — são frequentemente utilizadas em conteúdos produzidos sem mediação técnica adequada. O consumo repetido desse tipo de material aumenta a exposição a diagnósticos populares e pode levar à interpretação de experiências comuns do desenvolvimento como transtornos clínicos (VYDELINGUM et al., 2022; BASCH et al., 2022).

O autodiagnóstico, nesse contexto, pode refletir sofrimento real, mas não equivale necessariamente a um diagnóstico clínico. Plataformas digitais funcionam também como espaços de identificação e pertencimento, o que pode criar barreiras para a busca de avaliação profissional adequada, e estão sujeitas à informações falsas e/ou sem embasamento científico. A literatura aponta ainda o risco de uma “inflação de prevalência”, com impactos como sobrecarga dos serviços, perda de precisão diagnóstica e medicalização desnecessária, especialmente em quadros leves (MERTEN et al., 2017).

Medicação versus Medicalização

O *boom* de autodiagnósticos coexiste com um outro fenômeno social, que é a medicalização, ou seja, quando a intervenção médica extrapola o que é, de fato, considerado um sintoma ou transtorno, no caso da saúde mental. É a transformação de experiências cotidianas — como tristeza, timidez, luto, desatenção ou tédio — em sintomas clínicos (CONRAD, 2007; ZORZANELLI, CRUZ, 2018). Esse processo não é causado apenas pela cultura digital, mas é reforçado por ela, especialmente quando há pressão por respostas rápidas a dificuldades escolares e comportamentais.

Mas você sabia que, apesar disso, é ainda muito comum a falta de acesso à medicamentos (OMS 2025)? Esse é um problema relevante em torno do tratamento de condições de saúde mental, e que também reflete desigualdades sociais (BARBUI et al., 2017). Muitas vezes, quem precisa de um medicamento não consegue acessar, acessa sem o devido acompanhamento ou sofre preconceito e estigma por isso – o que pode, inclusive, afastá-lo da busca por tratamento (HEIM et al., 2018; WEBER, SILVA, 2025).

Em outras palavras: quem precisa recorrer ao tratamento farmacológico deve conseguir acessá-lo a partir de uma abordagem profissional, com avaliação adequada e que também considere o contexto deste uso e desta pessoa (PADMANATHAN, 2016). O desafio central é garantir que cada um receba a resposta mais adequada às suas necessidades baseada em avaliação, evidência científica e cuidado integral.

7. Intersetorialidade na prática

A saúde mental nas escolas é um problema público que não cabe dentro de uma única política. Como vimos, ela é atravessada por determinantes educacionais, sanitários, sociais, econômicos e culturais, o que exige respostas coordenadas entre diferentes setores do Estado. Nesse contexto, a intersectorialidade deixa de ser um ideal abstrato e passa a ser uma condição concreta para a efetividade da política pública.

Intersetorialidade não significa apenas “trabalhar junto”, nem realizar ações paralelas com temas semelhantes. Ela envolve decisão conjunta, responsabilidades compartilhadas, metas comuns e comunicação contínua entre setores. A forma como nomeamos essas relações importa, porque define como planejamos, executamos e avaliamos as ações.

Por que a intersectorialidade é necessária?

Políticas públicas fragmentadas tendem a simplificar problemas que são, por natureza, sistêmicos. Existe sempre a tentação de buscar soluções simples e elegantes para problemas complexos — e é justamente essa armadilha que a intersectorialidade procura corrigir. Ela parte do reconhecimento de que cada setor detém apenas uma parte da resposta, e que nenhuma política isolada é capaz de enfrentar sozinho desafios como o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes.

O modelo dos determinantes sociais da saúde, de Dahlgren e Whitehead (1991), ajuda a visualizar essa complexidade. A Saúde não é produzida apenas no sistema de saúde. Ela resulta da interação entre condições de vida, trabalho, educação, redes sociais, acesso a serviços e contextos socioeconômicos mais amplos. Aplicado à saúde mental nas escolas, esse modelo reforça que intervenções exclusivamente clínicas ou exclusivamente pedagógicas são insuficientes.

O que o SUS ensina sobre intersetorialidade

Desde sua origem, o SUS se organiza a partir de princípios como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, que exigem articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde e entre políticas públicas dos mais diversos setores.

A Atenção Primária à Saúde (APS), por exemplo, opera com base na territorialização, no vínculo e no cuidado compartilhado. As equipes multiprofissionais, o apoio matricial e a articulação com redes como a RAPS demonstram que o cuidado em saúde mental se constrói de forma integrada, envolvendo diferentes saberes e serviços. A vigilância em saúde, ao monitorar agravos, violências e riscos territoriais, também ilustra como dados e informações podem orientar ações coordenadas no território.

O que é a RAPS?

É a estratégia do SUS para organizar o cuidado em saúde mental de forma integral, territorial e em liberdade. Instituída pelo Ministério da Saúde, a RAPS articula diferentes pontos de atenção — como a atenção básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar e os dispositivos de reabilitação psicossocial — com o objetivo de garantir cuidado contínuo, humanizado e orientado pelos direitos das pessoas. A RAPS parte do reconhecimento de que o sofrimento psíquico é influenciado por fatores sociais, culturais e territoriais, e que a resposta do Estado deve ir além da lógica hospitalocêntrica, sem prejuízo do acesso à atenção especializada e hospitalar quando clinicamente indicada. Nesse sentido, a rede prioriza ações de promoção da saúde mental, prevenção de agravos, cuidado comunitário e articulação intersetorial, dialogando diretamente com políticas como a saúde na escola e a proteção de crianças e adolescentes.

Esses aprendizados são diretamente aplicáveis ao contexto escolar. A escola é um equipamento territorial, inserido em redes de cuidado que incluem Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), conselhos tutelares e outros serviços. A intersectorialidade, nesse caso, não é um acréscimo à política, mas parte de sua lógica de funcionamento.

Fortalecer o Programa Saúde na Escola para fazer intersectorialidade na prática

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um exemplo emblemático. Criado para integrar saúde e educação no território, ele prevê planejamento, monitoramento e avaliação conjuntos, com a APS como coordenadora das ações e as escolas como espaços de execução. No entanto, a experiência acumulada mostra que, embora o desenho seja intersectorial, a execução é desafiadora.

Ainda assim, o PSE gerou capacidades intersectoriais relevantes. Pela primeira vez, saúde e educação construíram uma geografia comum de atuação, com escolas e UBS vinculadas. Redes de confiança foram estabelecidas entre profissionais, estudantes e famílias, e a saúde mental passou a integrar de forma mais legítima a agenda educacional. Essas experiências criaram bases importantes para a formulação da Lei nº 14.819/2024 e seguem sendo chave para sua implementação. Fortalecer o PSE é um caminho concreto para tirar a PNAPCE do papel.



Saiba mais sobre o PSE aqui

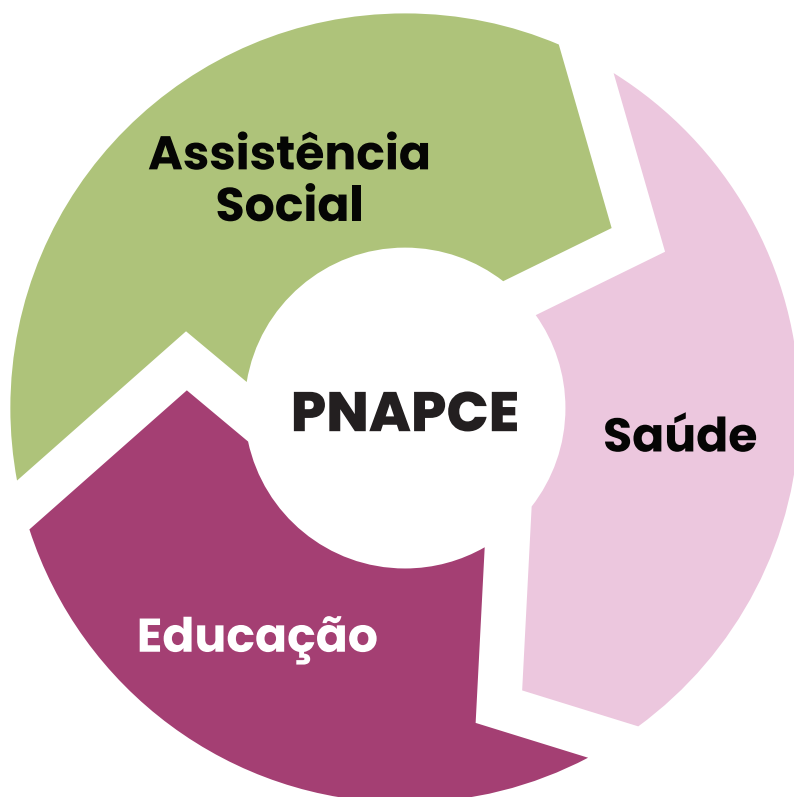
O tempo e o território como chaves da intersetorialidade

A intersetorialidade não se sustenta apenas por programas ou normativas, mas por tempo e território. Cada setor opera com ritmos distintos: a educação se organiza pelo ano letivo, bimestres e conselhos de classe; a saúde funciona com agendas semanais, microáreas, notificações e sazonalidades epidemiológicas. Quando esses tempos não são alinhados, surgem atritos, atrasos e ações desconectadas.

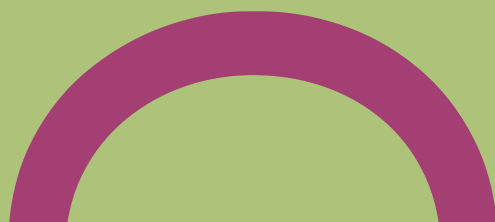
Para lidar com isso, é importante reconhecer a coexistência de três tempos na política pública: o tempo da crise (respostas imediatas), o tempo do cuidado (seguimento ao longo de semanas ou meses) e o tempo da mudança (ações estruturantes de prevenção, formação e melhoria do ambiente escolar). Sustentar a intersetorialidade exige mapear essas cadências, pactuar janelas de resposta e criar momentos regulares de coordenação.

Como sustentar a intersetorialidade no cotidiano

A intersetorialidade se sustenta quando algumas condições mínimas estão presentes. Entre elas, destacam-se: a previsibilidade de rotinas de articulação entre escola e serviços; encontros intersetoriais que produzam decisões concretas, fluxos e protocolos; e a tradução permanente entre linguagens setoriais. Traduzir indicadores de saúde em sentido pedagógico, relatórios em planos de cuidado e casos em narrativas compartilhadas é uma prática essencial para que a coordenação seja real e não apenas formal.



No contexto da PNAPCE, a intersetorialidade deve ser entendida como uma tecnologia de gestão pública, capaz de organizar respostas a problemas complexos, reduzir fragmentações e fortalecer a efetividade das ações. Mais do que uma diretriz normativa, ela é um modo de operar a política no território, conectando setores, tempos e saberes em torno da promoção do bem-estar e da proteção de crianças e adolescentes.



PARTE II

Rumo à implementação

Hora de tirar a PNAPCE do papel!

Na Parte I deste Manual vimos os principais marcos teóricos e legislativos para promover saúde mental nas escolas. Agora, iremos disponibilizar ferramentas que possam te auxiliar na implementação da Lei nº 14.819/2024.



8. Teoria da Mudança, monitoramento e avaliação

A implementação de uma política pública é um processo contínuo, marcado por escolhas, ajustes e aprendizados ao longo do tempo. Especialmente em temas complexos e sensíveis, como a saúde mental nas escolas, não basta definir diretrizes ou aprovar uma lei: é necessário organizar a ação pública de forma intencional, explícita e orientada a resultados. Isso exige instrumentos de planejamento orientados por hipóteses, combinados com monitoramento e avaliação, capazes de dar concretude às diretrizes legais no cotidiano da ação pública.

O sofrimento psíquico nas escolas já vinha ganhando relevância pública, com debates acumulados e caminhos possíveis em discussão, em um contexto político favorável à agenda. A PNAPCE estabelece um marco e um norte para essa atuação, mas não define automaticamente como a política se materializa no cotidiano das escolas e das redes públicas.

É nesse contexto que a Teoria da Mudança se apresenta como uma ferramenta útil para lidar com a complexidade da implementação. Ela parte de um ponto fundamental: a formulação adequada do problema público. Um problema bem formulado deve ser descrito de maneira clara, objetiva e verificável, com base em uma realidade observável – e não como ausência de soluções. Isso implica explicitar quem é afetado, o que ocorre e quais são as consequências envolvidas, evitando julgamentos morais, generalizações ou termos excessivamente abstratos.

Após formular o problema, a Teoria da Mudança propõe investigar suas causas raízes. Técnicas como a dos “cinco por quês”² permitem aprofundar a análise até alcançar fatores estruturais que sustentam o problema ao longo do tempo. Esse exercício é fundamental para evitar respostas imediatistas, pontuais ou desconectadas entre si.

A partir da identificação dessas causas, a política passa a ser organizada por meio de hipóteses explícitas, formuladas na lógica do “Se... então...”. Por exemplo: se educação, saúde e assistência atuarem de forma articulada, *então* o acolhimento será mais rápido e contínuo; se houver planejamento e avaliação periódicos, *então* as práticas poderão ser ajustadas e fortalecidas; se os dados forem utilizados com responsabilidade, *então* a política poderá ser aprimorada sem expor a privacidade dos sujeitos.

Essas hipóteses não constituem garantias de sucesso, mas pressupostos que orientam a ação pública. Por isso, precisam ser constantemente testadas, revisadas e aprimoradas ao longo do processo de implementação.

**Qual é o problema de saúde mental que deve ser enfrentado?
E por quê?**

Hipótese: Se _____, então

No caso da PNAPCE, o impacto pode ser formulado de maneira clara: ambientes escolares promovem saúde mental, previnem a violência e acolhem adequadamente situações de sofrimento psíquico. O desafio

² Técnica dos “cinco por quês”: método de análise causal que consiste em perguntar sucessivamente “por quê?” diante de um problema observado, utilizando cada resposta como base para uma nova pergunta. Cada resposta representa um nível de aprofundamento da análise. O objetivo não é alcançar um número fixo de perguntas ou respostas, mas avançar progressivamente do problema visível para fatores organizacionais, institucionais ou estruturais que o sustentam ao longo do tempo.

central é transformar esse norte em práticas previsíveis, consistentes e sustentáveis no cotidiano das escolas.

Monitoramento e avaliação como parte da implementação

O monitoramento e a avaliação não são etapas finais ou acessórias da política pública. Eles fazem parte da própria implementação e são essenciais para verificar se as hipóteses formuladas na Teoria da Mudança estão se confirmando na prática. Monitorar significa acompanhar continuamente a execução das ações e os resultados produzidos; avaliar significa analisar, de forma mais aprofundada, se esses resultados estão contribuindo para os objetivos e impactos esperados.

Uma política que não monitora suas ações corre o risco de repetir estratégias ineficazes ou de não identificar problemas emergentes. Já a avaliação permite aprender com a experiência, ajustar rumos e fortalecer o que funciona. No caso da saúde mental nas escolas, isso é especialmente relevante, pois se trata de um campo sensível, no qual intervenções mal desenhadas podem produzir efeitos indesejados.

Ao articular Teoria da Mudança, monitoramento e avaliação, a política ganha coerência interna e maior capacidade de adaptação. Os dados e informações produzidos não substituem o cuidado nem a escuta qualificada, mas qualificam a tomada de decisão, fortalecem a transparência e aumentam a efetividade da ação pública.

No “chão da escola”, essa lógica integrada deve ser percebida como clareza e previsibilidade. Gestores, profissionais da educação, da saúde e da assistência social precisam compreender quais são os objetivos da política, quais ações estão previstas, quais resultados se espera alcançar e como esses resultados serão acompanhados ao longo do tempo. Quando a lógica da política é compartilhada, a implementação tende a ser menos dependente de iniciativas isoladas e mais sustentada institucionalmente.

9. O caso de Pernambuco: Criando um Sistema Estadual de Saúde Mental nas Escolas

A consolidação de uma política pública de saúde mental nas comunidades escolares exige a superação de iniciativas fragmentadas, pontuais ou excessivamente dependentes da vontade de gestores específicos. Esse é um desafio comum aos processos de implementação da PNAPCE em diferentes territórios e níveis de governo.

Em Pernambuco, esse desafio vem sendo enfrentado por meio de um processo deliberado de institucionalização da política, que tem como eixo central a criação do EntreLaços – Sistema Estadual de Promoção da Saúde Mental nas Comunidades Escolares. O EntreLaços já existia no território enquanto projeto voltado à promoção da saúde mental e à prevenção e ao enfrentamento das múltiplas violências nas escolas da rede estadual. No contexto da implementação da PNAPCE, a decisão de transformá-lo em um sistema estadual passa a integrar, de forma estratégica, o esforço de dar escala, coerência e sustentação institucional a essa agenda. Essa é a primeira implementação da PNAPCE em nível local!

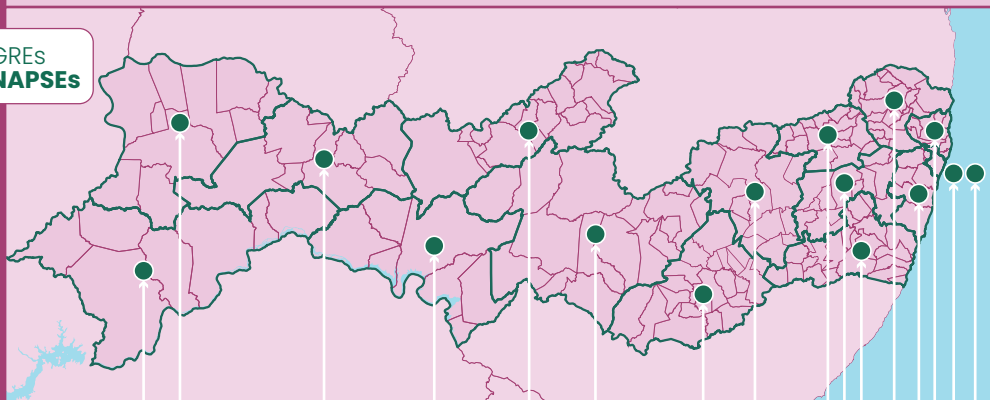


O Projeto EntreLaços

O Projeto EntreLaços vem sendo executado desde fevereiro de 2024 pela Unidade de Atenção Psicossocial às Escolas (UAPSE), por meio dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSEs) das 16 Gerências Regionais de Educação (GRE) em todo o estado. A proposta tem como objetivo principal implementar ações pedagógicas que promovam a saúde mental e que previnam e enfrentem as múltiplas manifestações de violência no cotidiano escolar.

MAPA DAS GERÊNCIAS REGIONAIS DE EDUCAÇÃO (GRES) DE PERNAMBUCO

● GRES
NAPSES



UAPSE
UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS ESCOLAS

Voltado à estudantes de todas as idades matriculados na rede estadual, o Entrelaços estabelece a implementação de protocolos para o enfrentamento ao bullying e de escuta regular dos estudantes. Além disso, o projeto atua na construção de um ambiente escolar mais acolhedor, seguro e respeitoso à diversidade, promovendo a participação efetiva da comunidade escolar nas decisões da escola e incentivando um clima de sala de aula mais positivo e colaborativo.

O Sistema Entrelaços configura-se como um arranjo institucional de caráter duradouro, sustentado por diretrizes normativas claras, fluxos padronizados, mecanismos de governança, protocolos operacionais, estratégias de formação e práticas de cuidado sistematizadas. Nesse sentido, a transição do Entrelaços de projeto para sistema estadual ilustra uma estratégia concreta de tradução dos fundamentos da PNAPCE em uma política pública estruturada, com capacidade de coordenação, escala e sustentabilidade em nível estadual.

A implementação da PNAPCE exige que gestores considerem as especificidades e necessidades de cada território, de modo a orientar a definição das ações mais adequadas a cada contexto. Em Pernambuco, esse processo foi iniciado a partir de um diagnóstico situacional, que evidenciou a violência nas escolas como um dos principais desafios a serem enfrentados na agenda de saúde mental, ao mesmo tempo em que apontou a necessidade de fortalecimento do arcabouço institucional responsável por orientar, coordenar e sustentar as respostas do Estado.

Para a construção desse diagnóstico, foram desenvolvidas diferentes etapas metodológicas, cada uma com uma função específica no entendimento do contexto:

- **Entrevistas guiadas**
- **Oficina de alinhamento de propósito**
- **Oficina de Matriz SWOT**
- **Oficina de Mapa de Atores**
- **Oficina de Mapa da Empatia com Trilha do Usuário**
- **Questionário com servidores dos núcleos descentralizados nas GREs**

As entrevistas foram realizadas com 4 pessoas da equipe técnica da Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco. As oficinas contaram com a participação de 6 pessoas da equipe da Unidade de Atenção Psicossocial à Escola (UAPSE). Ou seja, em todo o processo houve participação dos principais atores operacionalizadores da PNAPCE em nível local.

O Sistema construído a partir deste diagnóstico deve ser compreendido como uma estrutura integrada, que articula normas, instâncias administrativas, programas, equipes técnicas, ações intersetoriais e canais de participação social, constituindo a base para a implementação de uma política pública coerente, contínua e com capacidade real de sustentação ao longo do tempo. Ele abrange desde a definição de

responsabilidades institucionais e a elaboração de regulamentações e instrumentos de gestão até a implementação de ações pedagógicas e psicossociais concretas no cotidiano das escolas. Trata-se, portanto, de um sistema que vai além de uma rede de iniciativas ou projetos isolados: é uma base organizacional e legal que assegura previsibilidade, coerência e capacidade de resposta às ações desenvolvidas no âmbito da política.

A comunidade escolar se beneficia do Sistema EntreLaços a partir de um conjunto articulado de ações que fortalecem a governança da política, qualificam o cuidado psicossocial nas escolas e orientam a gestão por meio do uso estratégico de dados. Como resultado, ampliam-se a integração e a continuidade das ações de saúde mental, o conhecimento sobre o tema e a capacidade de resposta das equipes escolares, com isso esperamos que, no longo prazo, essas ações produzam impactos importantes como a melhoria do clima escolar e a redução de estigmas relacionados à saúde mental nas comunidades escolares.

Essa construção corresponde à primeira implementação local da PNAPCE no Brasil (FRENTE PARLAMENTAR MISTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL; IEPS, 2025). Em Pernambuco, esse processo se desenvolve em um contexto institucional que já contava com estruturas iniciais voltadas à atenção psicossocial nas escolas, o que tem permitido a identificação de aprendizados relevantes ao longo da implementação. A partir de um Acordo de Cooperação Técnica firmado no âmbito do Projeto EntreLaços com o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), em 2024, o estado passou a estruturar diretrizes normativas, arranjos de governança, protocolos de acolhimento, estratégias de formação e mecanismos de monitoramento, em curso até a data desta publicação.

Criação do Sistema Estadual de Saúde Mental nas Escolas de Pernambuco

FASE 1

Leitura do problema e construção de base empírica

- Entrevistas guiadas com a equipe técnica da Secretaria Estadual de Educação
- Aplicação de questionários aos NAPSEs e às 16 GREs
- Aperfeiçoamento inicial de instrumentos de monitoramento (SAEPE e SOE)
- Formulação de diagnóstico institucional

FASE 2

Desenho da estratégia e alinhamento institucional

- Mapeamento de atores e análise de arranjos institucionais
- Oficinas de alinhamento de propósito e análise estratégica
- Construção da Teoria da Mudança
- Elaboração de recomendações estratégicas

FASE 3

Institucionalização e governança

- Instituição do Comitê Intersetorial de Saúde Mental nas Comunidades Escolares
- Publicação de portarias que institucionalizam a UAPSE e os NAPSEs
- Definição de fluxos, responsabilidades e protocolos de atuação

FASE 4

Implementação e fortalecimento de capacidades

- Realização do curso “Na Palma da Mão” para gestores escolares
- Realização do curso “Da Lei à Prática – Como implementar a PNASME” com profissionais dos NAPSEs
- Capacitação de profissionais no Protocolo de Atenção Psicossocial nas Escolas (PAPE)
- Consolidação do monitoramento como parte da rotina do sistema

De olho em boas práticas: o SAEPE

A implementação da PNAPCE exige instrumentos que permitam compreender a realidade das comunidades escolares e orientar a tomada de decisão ao longo do tempo. Nesse sentido, o uso de dados educacionais de forma responsável e articulada ao ciclo de políticas públicas é um recurso estratégico para apoiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações.

Em 2024, Pernambuco deu um passo inovador ao incorporar, no Sistema de Avaliação Educacional de Pernambuco (SAEPE), um questionário de bem-estar baseado no instrumento internacionalmente validado RCADS-11 (Revised Children's Anxiety and Depression Scale). A aplicação desse questionário em larga escala — integrada a uma avaliação educacional já consolidada — representa uma experiência inédita no Brasil e no cenário internacional, tanto pelo alcance quanto pela possibilidade de gerar informações sistematizadas sobre saúde mental no contexto escolar: foram mais de 234 mil respostas para os 5^{os} e 9^{os} anos do Ensino Fundamental e 3^o ano do Ensino Médio. Trata-se da maior amostra do mundo em que foi aplicado o formulário — as outras pesquisas têm menos de mil participantes.

A inclusão do RCADS no SAEPE não tem como objetivo produzir diagnósticos individuais nem rotular estudantes ou escolas. Os dados gerados funcionam como uma bússola, permitindo identificar padrões populacionais, desigualdades territoriais e prioridades de atuação. Quando analisados de forma integrada a outras informações educacionais e às vivências das equipes escolares, esses dados contribuem para uma leitura mais qualificada da realidade e para o desenho de ações mais direcionadas e equitativas.

Além disso, a construção de uma linha de base sobre saúde mental abre caminho para o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo. A repetição periódica de instrumentos desse tipo permite avaliar se políticas e programas implementados estão produzindo efeitos desejados, fortalecendo uma cultura de monitoramento e avaliação contínua. Esse processo é fundamental para o aprimoramento das ações, a alocação mais eficiente de recursos e a sustentabilidade da política pública.

A experiência do SAEPE ilustra como sistemas educacionais podem incorporar indicadores de bem-estar de forma ética, contextualizada e orientada para a ação, reforçando que dados, quando bem utilizados, não substituem o cuidado, mas podem qualificá-lo.

10. Plano de Ação Estadual

As ações a seguir sintetizam o resultado do curso “Da Lei à Prática: Como Implementar a PNAPCE”, realizado ao longo de 2025 com as equipes dos NAPSEs, da UAPSE, das Gerências Regionais de Educação (GREs) e com membros do Comitê Intersetorial de Acolhimento em Saúde Mental. A construção deste Plano de Ação Estadual integrou atividades formativas, análises de dados territoriais, sínteses de grupos focais e debates técnicos promovidos ao longo do curso.

A. Normatização

- **Publicar portaria estadual regulamentando as atribuições dos NAPSEs e UAPSE;**
- **Regulamentar, em âmbito estadual, a Lei Federal nº 14.819/24, que institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Escolas, por meio da implementação do Entrelaços – Sistema Estadual de Atenção Psicossocial às Comunidades Escolares;**
- **Publicar diretrizes estaduais para a participação ativa da comunidade escolar, incluindo os estudantes, de modo a promover o protagonismo juvenil em ações de saúde mental e convivência;**
- **Instituir fluxo oficial de acolhimento de servidores pelo Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor (NAS), com salvaguardas de privacidade;**
- **Estabelecer regras para articulação sistemática das escolas com Saúde, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar e Ministério Público;**
- **Estabelecer normas e posicionamento institucional contra discriminações (racismo, LGBTfobia, assédio e violências);**
- **Definir parâmetros mínimos para ambientes adequados de atendimento de psicólogos e assistentes sociais escolares.**

B. Padronização da atuação profissional

› **Publicar, divulgar e treinar a comunidade escolar nos seguintes guias:**

- Guia de Diretrizes Técnicas, definindo atribuições, limites éticos e responsabilidades de psicólogos e assistentes sociais escolares;
- Guia de Documentos Operacionais Padrão para acolhimento em Saúde Mental nas Escolas (fichas de atendimento, encaminhamento, Notificação e Registro Geral).

› **Elaborar, publicar e divulgar o Protocolo Intersetorial de Acolhimento em Saúde Mental nas Comunidades Escolares, em parceria com as Secretarias de Assistência Social e Saúde, contendo estratégias de manejo, referência e contrarreferência para ocorrências em Saúde Mental no ambiente escolar;**

› **Instituir a obrigatoriedade de participação de psicólogos e assistentes sociais em reuniões pedagógicas e momentos institucionais, garantindo a carga horária necessária;**

› **Incluir saúde mental, diversidade, convivência e práticas restaurativas como componentes estruturantes do planejamento pedagógico anual da SEE.**

C. Treinamento e Supervisão

› **Implementar formação continuada estruturada para professores, gestores e equipes técnicas sobre sinais de alerta, articulação em rede, protocolos e cuidado institucional.**

- Em módulo específico para gestores, focar na sensibilização e corresponsabilização pela implementação do programa, garantindo tempos institucionais, condições organizacionais e apoio político-pedagógico para a atuação adequada dos profissionais.

- **Treinar técnicos das Secretaria de Educação, Saúde e Assistência no Protocolo Intersetorial de Acolhimento em Saúde Mental nas Comunidades Escolares;**
- **Implementar formação continuada para profissionais da educação sobre diversidade, igualdade racial, protagonismo juvenil e direitos humanos;**
- **Estabelecer calendário anual de formação continuada para os NAPSEs, psicólogos e assistentes sociais escolares, com atualizações das diretrizes técnicas;**
- **Integrar convivência digital e educação midiática às formações e ao currículo pedagógico da rede estadual;**
- **Implantar agenda de supervisão técnica UAPSE ▶ NAPSE ▶ psicólogos e assistentes sociais, com pautas padronizadas;**
- **Garantir tempo institucional e carga horária adequada para participação dos profissionais da Educação nas formações e ações previstas;**
- **Publicar, divulgar e treinar a comunidade escolar nos seguintes guias:**
 - Guia de orientação para estudantes sobre fluxos de cuidado e formas de pedir ajuda;
 - Guia estadual para diálogo com famílias em temas de bem-estar, convivência e saúde mental.

D. Monitoramento e Avaliação

- **Incorporar monitoramento contínuo de indicadores de bem-estar ao SAEPE, orientando políticas de cuidado;**
- **Fortalecer o Sistema de Ocorrência Escolar (SOE) como ferramenta unificada de registro de acolhimentos e encaminhamentos, integrado ao monitoramento estadual;**
- **Desenvolver um instrumento único de registro dos NAPSEs, voltado às demandas territoriais e ao acompanhamento das escolas;**

- Instituir rotinas formais de comunicação entre escola, GRE e NAPSE, com prazos definidos e mecanismos de acompanhamento;
- Criar mecanismos de avaliação contínua das formações, protocolos, fluxos e sistemas de acolhimento;
- Integrar dados da rede intersetorial (Saúde, Assistência e Educação) em um painel único de monitoramento estadual.

Esperamos que essa experiência possa inspirar seus esforços para **tirar a PNAPCE do papel.**



Você não está sozinho.
Conte com a gente para te apoiar no que for necessário!

Referências

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016.

BASCH, Corey H. et al. Health misinformation on social media: a content analysis of mental health-related TikTok videos. *Journal of Community Health*, New York, v. 47, n. 1, p. 1–7, 2022.

BELL HOOKS. *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.

BRASIL. *Lei nº 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.

_____. *Lei nº 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.

_____. *Lei nº 15.100, de 13 de janeiro de 2025*. Dispõe sobre a utilização, por estudantes, de aparelhos eletrônicos portáteis pessoais nos estabelecimentos de ensino da educação básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 jan. 2025.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Educação das relações étnico-raciais: orientações e ações para a educação básica*. Brasília: MEC/SECADI, 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. *Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARNEIRO, Sueli. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CASPI, Avshalom et al. Mental disorders among young adults: a population-based longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, Washington, DC, v. 171, n. 9, p. 966–975, 2014.

CAYE, A. et al. Identifying adolescents at risk for depression: assessment of a global prediction model in the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Psychiatric Research*, [s.l.], v. 155, p. 146–152, 2022.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL (CGI.br). *Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil: TIC Kids Online Brasil 2025*. São Paulo: CGI.br; Cetic.br, 2025. Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/kids-online/indicadores/>

CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

FATORI, Daniela et al. Mental health service use by children and adolescents in Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 234–241, 2019.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014a.

_____, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 2014.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FRENTE PARLAMENTAR MISTA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL; INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). *Monitoramento nacional sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares: janeiro a julho de 2025*. Brasília: FPSM; IEPS, 2025.

GUZZO, Raquel Souza Lobo et al. *Psicologia escolar crítica e compromisso social*. Campinas: Alínea, 2010.

HART, Roger. *Children's participation: from tokenism to citizenship*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 1992.

HOFFMANN, Marcia S. et al. Mental health and educational outcomes in Brazilian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, New York, v. 58, n. 1, p. 45–52, 2016

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS); CHILD MIND INSTITUTE. *Saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil: o que revelam as evidências científicas?* Um balanço de intervenções e diretrizes para políticas públicas. Rio de Janeiro: IEPS; Child Mind Institute, 2024.

KESSLER, Ronald C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 62, n. 6, p. 593–602, 2005.

KEYES, Corey L. M. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, Thousand Oaks, v. 43, n. 2, p. 207–222, 2002.

KIELING, Christian et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, London, v. 378, n. 9801, p. 1515–1525, 2011.

MARCHIONATTI, Lauro E. et al. Mental health and educational outcomes among Brazilian adolescents. *medRxiv*, [S.I.], 2024. Preprint. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.11.10.24317061v1>

MERTEN, E. C. et al. Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents: a systematic review. *Systematic Reviews*, London: BioMed Central, v. 6, n. 1, p. 1–12, 2017.

ODGERS, Candice L.; JENSEN, Michaeline R. Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *JAMA Psychiatry*, Chicago, v. 81, n. 1, p. 7–9, 2024. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2814639>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents*. Geneva: WHO, 2020.

_____. *Guidelines on mental health at work*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>

_____. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO, 2004.

_____. *Ensuring equitable access to essential medicines and health technologies for noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization, 2025.

PADMANATHAN, P.; RAI, D. Access and rational use of psychotropic medications in low- and middle-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Cambridge, v. 25, n. 1, p. 4–8, 2016. DOI: 10.1017/S2045796015000803.

PATTON, George C. et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, London, v. 387, n. 10036, p. 2423–2478, 2016.

POLANCZYK, Guilherme V. et al. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Oxford, v. 56, n. 3, p. 345–365, 2015.

SABATIER, Paul A.; MAZMANIAN, Daniel A. The implementation of public policy: a framework of analysis. *Policy Studies Journal*, v. 8, n. 4, p. 538–560, 1980.

SALUM, Giovanni Abrahão et al. High-risk cohort study for psychiatric disorders in Brazilian youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Oxford, v. 56, n. 4, p. 401–410, 2015.

UNESCO. *Happy schools: a framework for learner well-being in the Asia-Pacific*. Bangkok: UNESCO, 2016.

UNICEF. *The state of the world's children: on my mind – promoting, protecting and caring for children's mental health*. New York: UNICEF, 2021.

VYDELINGUM, Victoria et al. *TikTok and self-diagnosis: a content analysis of ADHD-related videos*. PLOS ONE, San Francisco, v. 17, n. 10, e0276885, 2022.

ZHU, Shuyue et al. Mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, Hoboken, v. 20, n. 3, p. 407–415, 2021.

WEBER, C. A. T.; SILVA, A. G. Integralidade negada, cuidado negligenciado: o estigma da doença mental no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1–8, 2025. DOI: 10.25118/2763-9037.2025.v15.1427.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira.; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 66, p. 721–731, jul. 2018.

REALIZAÇÃO



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde



Políticas Públicas
de Saúde Mental



GOVERNO DE
PERNAMBUCO
ESTADO DE MUDANÇA

APOIO



Juntô
Iniciativa Brasileira de
Saúde Mental de Crianças
e Adolescentes



STAVROS NIARCHOS FOUNDATION
**Global Center for
Child & Adolescent
Mental Health**
AT THE CHILD MIND INSTITUTE