

GUIA DE LINGUAGEM INCLUSIVA DE DIREITOS HUMANOS DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO

Série Saúde
Tema 3: Saúde mental



© 2022 Defensoria Pública da União. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO

Setor Bancário Norte (SBN) Quadra 1, Bloco F - Edifício Palácio da Agricultura - CEP 70040-908 – Brasília (DF)

SECRETÁRIO-GERAL DE ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL:

Gabriel Saad Travassos do Carmo

SECRETÁRIA DE AÇÕES ESTRATÉGICAS:

Roberta Pires Alvim

COORDENADORA DO GRUPO DE TRABALHO SAÚDE DA DPU:

Carolina Godoy Leite

COORDENAÇÃO DA PUBLICAÇÃO:

Roberta Pires Alvim

PESQUISA, TEXTO:

Aline Baima Rebouças (Mtb 1702)

EDIÇÃO:

Aline Baima Rebouças, Monalisa Pontes Xavier e Guilherme Augusto Souza Prado.

REVISÃO ORTOGRÁFICA:

Christiane Brandão Teles

REVISÃO DE CONTEÚDO:

Monalisa Pontes Xavier (Profª Associada do Curso de Psicologia da UFDPAR e do PPGCOM da UFPI; coordenadora docente da Liga Acadêmica de Saúde Mental Piauiense – LASMENPI); Guilherme Augusto Souza Prado (Profº Adjunto do Curso de Psicologia e do PPGPSI da UFDPAR; vice-coordenador acadêmico da LASMENPI); Samara Eduarda Martins (LASMENPI - UFDPAR - Coordenadora Geral); Gabriela Garcia de Carvalho Laguna (UFBA - LASMENPI - Coordenadora de Ensino); Ilaini Bruna Melo de Carvalho (LASMENPI - UFDPAR - Coordenadora de Pesquisa) e Rodrigo Mendes Moura Honório (LASMENPI - UFDPAR - Coordenador de comunicação)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação: (CIP)

B823

Brasil. Defensoria Pública da União.
Guia de linguagem inclusiva de direitos humanos da
Defensoria Pública da União [recurso eletrônico] / Defensoria
Pública da União, Defensoria Nacional de Direitos Humanos –
Brasília: DPU, 2023.
21 p. (Saúde; Tema 3: Saúde Mental)

e-ISBN 978-85-67132-32-7.

1. Saúde mental 2. Direito à saúde mental 3. Direitos dos
grupos vulneráveis 5. Vocabulário controlado 6. Terminologia 7.
Linguística. I. Título.

CDU: 613.86

Bibliotecária Responsável: Dandara Baçã de Jesus Lima CRB 1/2553

GUIA DE LINGUAGEM INCLUSIVA DE DIREITOS HUMANOS DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO

Série Saúde
Tema 3: Saúde mental



SUMÁRIO

SAÚDE MENTAL: UMA QUESTÃO MUNDIALMENTE NEGLIGENCIADA	6
DISCUTINDO SOBRE SAÚDE MENTAL	7
SAÚDE MENTAL, ESTIGMA E LINGUAGEM	13
LINGUAGEM INCLUSIVA SOBRE SAÚDE MENTAL	15
CONHECENDO ALGUMAS TERMINOLOGIAS EM SAÚDE MENTAL	15
SUICÍDIO	20
REFERÊNCIAS	21

1. SAÚDE MENTAL: UMA QUESTÃO MUNDIALMENTE NEGLIGENCIADA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde Mental como “um estado de bem-estar mental que permite às pessoas enfrentar os momentos de estresse da vida, desenvolver todas as suas habilidades, poder aprender e trabalhar adequadamente e contribuir para a melhoria da sua comunidade.”

Ela é parte fundamental da saúde e do bem-estar, que sustenta nossas capacidades individuais e coletivas para tomar decisões, estabelecer relações e dar forma ao mundo em que vivemos. A Saúde Mental é, além disso, um direito humano fundamental e um elemento essencial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconômico.¹

Em relação às crianças, o órgão aponta ainda que a saúde mental implica pensar os aspectos do desenvolvimento, tais como: ter um conceito positivo sobre si, ter tanto habilidades para lidar com seus pensamentos e emoções, quanto para construir relações sociais, tendo uma atitude de se abrir para aprender e adquirir educação. Em suma, tudo o que pode possibilitar uma participação ativa na sociedade.

Segundo a organização, diversos fatores podem colocar em risco a saúde mental dos indivíduos; entre eles, rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos.

Alguns pontos destacados pela OMS sobre Saúde Mental²:

A saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais;

A saúde mental é uma parte integrante da saúde; na verdade, não há saúde sem saúde mental;

A saúde mental é determinada por uma série de fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais;

Estratégias e intervenções custo-efetivas de saúde pública e intersetoriais existem para promover, proteger e restaurar a saúde mental.

Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)³, cerca de 720 milhões de pessoas sofrem com transtornos mentais em todo o mundo, o que representa aproximadamente 10% de toda a população mundial e estima-se que, somente nas Américas, 30% da população teve ou terá algum transtorno mental. O Brasil é o país com a maior prevalência de transtornos de ansiedade das Américas, com 9,3% da população afetada, o equivalente a 18,6 milhões de pessoas.

Ressalta-se ainda que a pandemia de COVID-19 propiciou um aumento do sofrimento psíquico e estresse, reverberando no crescimento significativo de índices de transtornos como ansiedade e depressão, haja vista o isolamento social, o sentimento de perda de controle diante dos acontecimentos e as tragédias recorrentes, reflexo do cenário pandêmico.

Ademais, Sanine e Silva (2021) destacam o impacto da implantação de medidas de austeridade como resposta a crises econômicas no aumento do risco de adoecimento mental, conforme apontam estudos. E cita a incorpora-

¹ Ver em <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em 20. fev. 2023 (tradução nossa).

² Fonte: <https://brasil.un.org/pt-br/74566-saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial>. Acesso em 20. fev. 2023

³ Dados do relatório de 2017.

ção de políticas desfavoráveis aos programas sociais no Brasil, agravados pela pandemia da COVID-19, como fator complicador desse quadro.

Especialmente em relação à pandemia, apesar das contradições presentes no país- que incentiva a circulação de bens e pessoas, mesmo diante do adoecimento e morte-, os impactos negativos desse momento para a economia são inquestionáveis, assim como o empobrecimento da população e a desestruturação dos serviços de saúde, que já vinham sofrendo com o (des)financiamento operacionalizado por este modelo neoliberal de gestão pública. (Sanine e Silva, 2021).

Somam-se a esse contexto, os reflexos diretos e indiretos, relacionados à saúde mental, como o aumento da ansiedade em decorrência do isolamento social, da insegurança financeira e do risco em se infectar, além da propensão à descontinuidade do tratamento, mudanças nos hábitos de vida, entre outros.

Contudo, embora seja uma questão que afeta enormemente a população mundial, causando impactos não só nas pessoas que sofrem desses transtornos, mas em toda comunidade, a questão é bastante negligenciada e as pessoas que vivem com essa condição são estigmatizadas, o que prejudica enormemente o diagnóstico e enfrentamento do problema.

2. DISCUTINDO SOBRE SAÚDE MENTAL

2.1 OS DETERMINANTES CRÍTICOS EM SAÚDE MENTAL

Segundo a OPAS,

“Os determinantes da saúde mental e transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, como a capacidade de administrar os pensamentos, as emoções, os comportamentos e as interações com os outros, mas também os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como as políticas nacionais, a proteção social, padrões de vida, as condições de trabalho e o apoio comunitário”.

(...) “Estresse, genética, nutrição, infecções perinatais e exposição a perigos ambientais também são fatores que contribuem para os transtornos mentais”⁴.

Entre esses determinantes sociais críticos estão a violência, a discriminação, a pobreza, a exclusão, o isolamento, a insegurança no emprego ou desemprego, a falta de acesso à moradia e às redes de segurança social e serviços de saúde, o que mostra que a saúde mental precisa ser tratada com intervenções psicossociais- e não apenas como questão estritamente médica, cujas intervenções tendem a se limitar às medicamentosas.

Essa informação é fundamental para entendermos a importância de políticas públicas quando se pensa na saúde mental das diferentes populações que vivem no Brasil e também para o enfrentamento de preconceitos e estereótipos frequentemente associados às pessoas com transtornos mentais, que são muitas vezes responsabilizadas e julgadas pela sua condição. Esses processos de estigmatização, que ocorrem em nível individual, coletivo ou de alguns grupos sociais, intensificam o sofrimento a que essas pessoas ou grupos estão submetidos. A estigmatização também aumenta, muitas vezes, as situações e a gravidade do isolamento vivido pelas pessoas com transtornos mentais.

Muitas pessoas evitam falar publicamente, ou mesmo comentar em conversas pessoais, que têm algum transtorno mental, por temer serem vistas de forma preconceituosa e restritiva, como “pessoas sem força de vontade”, “incapazes”, “que fingem doença para não trabalhar”, ou que estão com depressão “por falta de Deus”. Muitas vezes o circuito social faz com que as pessoas em sofrimento psíquico sejam vistas como “loucas/os” e “desequilibradas/os”, “instáveis”, entre outros rótulos atribuídos socialmente, e que colaboram com nosso distanciamento, como sociedade, do mundo e do debate sério sobre a saúde mental.

O fato é que qualquer pessoa está sujeita a ter transtorno mental ou a necessitar de ajuda em decorrência de estados mais ou menos intensos ou duradouros de sofrimento psíquico. A depressão e ansiedade afetam um número cada vez maior de pessoas, dadas as condições sócio-históricas em que vivemos. Situações como estresse pós-traumático, por algum acidente, perda de alguém querido, de emprego ou outras situações de crise também podem gerar quadros de sofrimento psíquico que demandam cuidados mais especializados em relação à saúde mental.

Além disso, uma variedade de condições e situações de vida, que ocorrem mesmo nos contextos que chamamos de “vida normal”, favorecem o aparecimento de impasses e questões de saúde mental que têm se tornado cada vez mais

⁴ Fonte: Transtornos mentais- OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org).

comuns, como o burnout ou o sofrimento ocasionado por condições insalubres, iníquas ou exploratórias de trabalho.

Como sociedade comprometida com a saúde mental de sua população, devemos buscar enfrentar a precarização das condições de vida que acometem, de maneira frequente, pessoas pobres ou empobrecidas, pessoas LGBTQIA +, e pessoas racializadas, como negras ou indígenas. É importante salientar isso, visto que, no Brasil, temos assistido a um fenômeno em que pessoas em sofrimento psíquico desassistidas tornam-se população em situação de rua. Posto isso, faz parte dos desafios que temos no campo da saúde mental o direito à renda e à moradia, já que vivemos em uma sociedade na qual o dinheiro media grande parte das relações que tornam possíveis a própria vida.

Não obstante, o envelhecimento crescente da população mundial também é um fator que exige uma maior atenção dos sistemas de saúde para lidar com a população idosa, com a difusão e o aumento de doenças crônicas com repercussão na saúde mental, como Alzheimer e Demência. Nesse sentido, uma estratégia que pede por mais discussão perante a sociedade e maiores investimentos públicos, principalmente em países periféricos como o Brasil, são os cuidados paliativos.

As causas das diferentes modalidades de sofrimento psíquico são multifatoriais, a responsabilidade pela promoção de saúde mental é do Estado e requer o envolvimento de toda a sociedade, uma vez que são inúmeros os fatores que impactam a saúde mental, como comorbidades de saúde, educação, moradia, condições de emprego e renda e o acesso a políticas públicas em diversas áreas. Em suma, concluímos, que saúde mental é indissociável do compromisso com uma vida digna de ser vivida.

Essa multiplicidade de fatores tem impacto inclusive na incidência das taxas de suicídio, que também é multifatorial, não estando restrita apenas à existência de problemas relacionados à saúde mental, como depressão, transtornos psiquiátricos, entre outros.

A pesquisadora brasileira Daiane Machado, usando Big Data, estuda os impactos de políticas públicas, como transferência de renda, na redução do suicídio. Segundo esses estudos⁵, o impacto dos fatores socioeconômicos e dos fatores psiquiátricos podem variar, dependendo inclusive da região.

Por exemplo, estudos indicam que entre 80% e 98% dos casos de suicídio em países desenvolvidos tinham associação com fatores psiquiátricos, enquanto esse número cai para 58% entre os países de baixa ou média renda.

Nos países mais pobres, as taxas de suicídio têm sido associadas à desigualdade de renda e à redução da renda. Em síntese, fatores econômicos e fatores psiquiátricos estão associados ao risco de suicídio e um fator não elimina o outro, conclui a pesquisadora.

Outro estudo⁶, realizado com vários pesquisadores, incluindo Daiane Machado, investigou a associação entre o maior programa de transferência condicionada de renda do mundo, o Bolsa Família, e as taxas de suicídio, em um corte que compreende 100 milhões de brasileiros, num período de 12 anos (2004 a 2015).

Nele, foi observado que os beneficiários do programa de transferência de renda apresentaram menor taxa de suicídio do que os não-beneficiários, e que essa associação foi mais forte entre mulheres e indivíduos com idade entre 25 e 59 anos, demonstrando que intervir nos determinantes sociais em saúde utilizando programas de transferência de renda pode ser importante para limitar as taxas de suicídio.

Diferentes aspectos inter-relacionam-se com os transtornos mentais, seja por fatores que aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento de algum transtorno mental ao longo da vida, seja no que diz respeito às possibilidades de acesso a diagnóstico e tratamento pelas pessoas com transtornos mentais.

Questões de gênero, raça, orientação sexual, classe, geração e deficiência são algumas das dimensões estruturantes que incidem sobre as condições de saúde mental da população brasileira. O fato de a depressão ser duas vezes mais frequente entre mulheres do que em homem⁷, por exemplo, tem relação direta com as desigualdades históricas a que as mulheres são submetidas, o que envolve, entre outras coisas, maior exposição a diversos tipos de violência (doméstica, sexual, patrimonial, de gênero etc.), discriminação de gênero e sexualidade, não raro ao fato delas acumularem dupla ou tripla jornada de trabalho, a desigualdade de oportunidades, entre outras.

Pesquisa realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 2021, que investigou a prevalência de transtornos mentais entre jovens LGBTQIA+ de Porto Alegre e São Paulo, concluiu que jovens que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros tem maior dano à saúde mental, se comparados com jovens

⁵ Ver <https://agencia.fiocruz.br/o-suicidio-e-um-fenomeno-multicausal> . Acesso em 28 de março de 2023.

⁶ Ver Link para matéria: <https://pp.nexojournal.com.br/academico/2022/Como-fatores-socioecon%C3%B4micos-impactam-nas-taxas-de-suic%C3%ADdio-no-Brasil>

⁷ Segundo dados da OMS. Confira em <https://www.terra.com.br/noticias/dino/por-que-a-depressao-afeta-mais-as-mulheres-que-os-homens,06fee014cc0ccded1eb44a02b48f3a55sckgmzyj.html>

heterossexuais. Cerca de 45,5% têm, pelo menos, um transtorno mental, com maior incidência para depressão e ansiedade – enquanto entre os heterossexuais este número foi de 26,42%. O impacto na saúde mental também está relacionado ao aumento de casos de suicídio e problemas devido ao uso abusivo de substâncias como álcool e drogas⁸. O preconceito, a exclusão social e a violência são fatores fundamentais para entender esse contexto. Segundo pesquisa realizada pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), em 2021, o Brasil é o país com maior número de assassinatos da população LGBTQIA+⁹ dentre todos os países estudados.

O racismo estrutural sofrido pela população negra, indígena e quilombola é um fator de grande impacto na saúde mental dessas populações. Isso porque o entendimento e a prática para com as pessoas em sofrimento psíquico são marcados sobremaneira por um racismo que se expressa de muitas maneiras, inclusive sob a forma de leis e políticas públicas direta ou indiretamente ligadas à assistência e ao cuidado em saúde mental, como mostra o pesquisador Guilherme Prado¹⁰ em análise ostensiva das leis e normativas brasileiras sobre o tema.

O contexto de graves violações aos direitos que populações racializadas, como negras ou indígenas, vivem e o baixo investimento em políticas de saúde que considerem as especificidades dessas populações agravam o quadro. É preciso que existam políticas públicas que não só alcancem essas comunidades, como considerem que os modos de sofrimento, adoecimento e nomeação são sócio-históricos e culturais e precisam ser considerados de acordo com as especificidades dessas populações.

Além disso, segundo dados do Ministério da Saúde, o índice de suicídio entre adolescentes e jovens negros no Brasil é 45% maior que entre os brancos. E, nos últimos anos, o risco de suicídio ficou estável entre os brancos, mas aumentou 12% para a população negra. Jovens negros chegam a ter 45% mais chances de desenvolver depressão que os brancos. Essa diferença é resultado de uma série de desigualdades e violências contra as pessoas negras, que incluem o acesso a tratamentos e a diagnósticos, a convivência diária com a discriminação e o fato de serem as maiores vítimas da violência no país, entre outras questões agravantes do quadro geral.

Outro fator que podemos observar a partir da análise dos dados relacionados à saúde mental mundialmente são as desigualdades regionais. São números que expressam as desigualdades entre a incidência e acesso a tratamentos adequados nos países do chamado Norte e do Sul Global.

Por um lado, o acesso a condições dignas de moradia, trabalho, educação e saúde é fundamental para promoção da saúde mental, bem como a políticas para promoção da saúde mental, de acesso à saúde e ao tratamento dos transtornos mentais.

Por outro, além do baixo investimento em Saúde Mental nos países periféricos, boa parte do financiamento para essa área ainda é direcionada a hospitais psiquiátricos, a despeito da comprovação, por diversos estudos, da ineficácia e do alto custo dessas instituições e seus correlatos. No caso do Brasil, como veremos adiante, grande volume de recursos públicos são investidos nas chamadas comunidades terapêuticas ou casas terapêuticas, instituições que violam os direitos da população que busca tratamento em saúde mental.

2.3 A DECLARAÇÃO DE CARACAS: UM MARCO NESTA PERCEPÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA AMÉRICA LATINA

Um importante marco do avanço na consideração da saúde mental como questão multifatorial e que exige um atendimento transdisciplinar e a adoção de políticas que atuem nos determinantes sociais de saúde, no âmbito da América Latina, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, Venezuela, em 1990.

O encontro resultou na Declaração de Caracas, documento assinado também pelo Brasil, com o objetivo de promover o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas com condições de saúde mental e reestruturar a atenção psiquiátrica com base na atenção primária à saúde, no âmbito dos sistemas locais de saúde.

A Declaração tece críticas ao modelo de assistência psiquiátrica convencional até então vigente e aponta os caminhos para a reestruturação da assistência psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde.

⁸ Conferir em <https://vejario.abril.com.br/coluna/analise-gigliotti/quem-tem-medo-dos-lgbtqia/>. Acesso em 28 de março de 2023.

⁹ Conferir em <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/clp/noticias/brasil-e-o-pais-que-mais-mata-populacao-lgbtqia-clp-aprova-seminario-sobre-o-tema#:~:text=O%20Brasil%20C3%A9%20o%20pa%C3%ADs,real%20deve%20ser%20ainda%20maior>. Acesso em 28 de março de 2023.

¹⁰ Nascimento DS, Fagundes PR, do Rosário N. Advances and challenges of psychiatric reform in Brazil 22 years after the Caracas declaration. *Medwave* 2012 Oct;12(10):e5545 doi: 10.5867/medwave.2012.10.5545

DECLARAÇÃO DE CARACAS

Problemas do modelo então vigente de atenção em Saúde Mental na América Latina:

- Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
- Que se tomarmos o hospital psiquiátrico como modalidade assistencial única ou preferencial, acabamos ocasionando diversos problemas como:
 - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
 - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
 - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
 - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Caminhos para a reestruturação da assistência psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde:

- Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
- Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
- Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
- Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
- Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
- Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Essa Declaração representa um marco nas reformas na atenção à Saúde Mental na América Latina, tendo um dos documentos norteadores da Reforma Psiquiátrica brasileira.

2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: AMPLIAÇÃO DE LEIS, POLÍTICAS E SERVIÇOS PÚBLICOS COMUNITÁRIOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

Como apontam Nascimento, Fagundes e Rosário (2012)¹¹, “até o final da década de 1950, a assistência psiquiátrica no Brasil estava organizada em torno de grandes asilos psiquiátricos públicos, superlotados, com péssima infraestrutura e com os pacientes submetidos a maus-tratos. Nas décadas de 1960 e 1970, a massificação da cobertura pelo regime autoritário privilegiou a contratação de leitos em hospitais privados pelo setor público, que aumentaram em número rapidamente”.

Com a redemocratização do país, a implantação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o poder Executivo federal, no biênio 1991-1992, por meio de atos normativos, definiu as condições para o desenvolvimento da rede comunitária em saúde mental em todo o país, com a implantação dos centros de atenção psicossocial (CAPS)¹².

Porém, somente em 6 de abril de 2001, após longa tramitação, foi promulgada a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que estabeleceu novas diretrizes para políticas de saúde mental, ao prever a substituição progressiva dos manicômios no país por uma rede complexa de serviços que compreendem o cuidado em liberdade como elemento fundamentalmente terapêutico.

Durante esse período, com avanço das discussões, a nível nacional e internacional, e com a atuação de movimentos de luta antimanicomial, foi observado um processo de ampliação de leis, políticas e serviços públicos comunitários de atenção psicossocial no Brasil, ao passo que houve uma redução do número de hospitais psiquiátricos no país de 80 mil, até os anos de 1980, para cerca de 19 mil, em 2020¹³.

Porém, desde o final de 2016, apresenta-se, no Brasil, um cenário de inviabilização e desmonte sistemáticos da política pública de saúde mental, com diminuição progressiva de recursos para atenção básica e comunitária em saúde pelo SUS e aumento da atuação de entidades privadas para atendimento em saúde mental da população, por meio das chamadas comunidades terapêuticas. Também o fechamento dos hospitais psiquiátricos do tipo manicomial passou a deixar de ocorrer¹⁴.



¹¹ Ler mais em https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=Cj0KCQiAOoagBhDHARiAI-Bbgfp9q7bxya-8Dlf1oeKCi39yr_3lkm1kJIL_lpsKR_XS1Pwv3xWry4aAlUMEALw_wcB

¹² Idem

¹³ O Relatório de Inspeção nacional em hospitais psiquiátricos está disponível em <https://mnpctbrasil.wordpress.com/2020/03/02/versao-revisada-do-relatorio-de-inspecao-nacional-em-hospitais-psiquiatricos/>. Acesso em 28 de março de 2023.

¹⁴ Entendido aqui como “A tutela autonomizadora da produção do cuidado, no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, aparentemente em um movimento paradoxal, no qual da dependência procura-se gerar libertação, para não se tornar um mero projeto “autocentrado”, tem que caminhar com a produção do processo liberador coetaneamente com a do processo público de estabelecimento de responsabilizações, que se referem ao momento das máquinas desejanter estarem implicadas com outras, em possíveis processos cooperativos e contratualizados, em um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro (MERHY, 2007). MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato, 2007. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/paginadomerhy/>>.

2.5 RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: O PROBLEMA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO

As comunidades terapêuticas, que baseiam seus serviços no tripé laborterapia (trabalho não remunerado), oração e abstinência¹⁵, foram regulamentadas em 2019, pela Lei 13.840, conhecida como “Nova Lei de Drogas”, e amparadas na Política Nacional sobre Drogas (Pnad), que, desde então, prevê “estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas (...)”.

Com isso, em detrimento do fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros atendimentos de base local na rede pública de saúde dos municípios, o investimento foi direcionado para a iniciativa privada, por meio dessas comunidades. Segundo o Ministério da Cidadania, o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R\$ 157 milhões, em 2019, para R\$300 milhões, em 2020¹⁶.

Além da falta de fiscalização e de transparência na destinação desses recursos para comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, relatórios de inspeções nacionais¹⁷ realizadas pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Federal de Psicologia e Conselho Nacional do Ministério Público apontam graves ilegalidades e violações de Direitos Humanos nesses espaços, como condições sanitárias degradantes, falta de infraestrutura e equipe técnica, práticas de tortura, medicalização excessiva, trabalho forçado e crimes de cárcere privado, que remontam o passado de violações em hospícios e manicômios judiciais, numa clara violação à lei da Reforma Psiquiátrica.

O relatório aponta ainda que, em 2018, o Ministério da Saúde destinou à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas o montante de aproximadamente R\$ 1,5 bilhão, o que representa um aumento de aproximadamente 5% sobre o orçamento de 2017. No mesmo período, porém, o aumento do financiamento destinado aos hospitais psiquiátricos cresceu cerca de 26%, com um aporte de R\$ 97 milhões às instituições – que incluem aquelas que haviam sido “indicadas para descredenciamento, por não disporem das condições mínimas de assistência”¹⁸¹⁹.

Isso mostra que o modelo hospitalocêntrico, de base eugenista e funcionamento manicomial, ainda está em disputa no país e mobiliza interesse de diversos seguimentos sociais, de militantes, técnicos, familiares e usuários dos serviços de saúde mental e de distintos grupos políticos e econômicos. A defesa do direito à saúde é indissociável da efetivação de um sistema assistencial público e universal de saúde²⁰.



¹⁵ Medicalização é um processo em que problemas que não eram de ordem médica passam a ser definidos e tratados como problemas médicos. Referência: FILARDI, Agnes Fonseca Ribeiro et al. Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 24, p. 421-445, 2021.

¹⁶ De acordo com a OMS, a violência, discriminação, pobreza, exclusão, isolamento, insegurança no emprego ou desemprego, falta de acesso à moradia, redes de segurança social e serviços de saúde são determinantes sociais críticos que afetam a saúde mental das pessoas.

¹⁷ Ler em <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/oms-faz-apelo-por-mudancas-radicaais-na-saude-mental-global/>. Acesso em 20. mai. 2022.

¹⁸ Idem.

¹⁹ Fonte: Transtornos mentais- OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org)

²⁰ <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/transtorno-bipolar-2/>

3. SAÚDE MENTAL, ESTIGMA E LINGUAGEM

3.1 A LUTA ANTIMANICOMIAL E SEU PAPEL NA CONSTRUÇÃO DE OUTROS PARADIGMAS EM SAÚDE MENTAL

Assim como ocorreu com outros grupos periféricos, marginalizados ou considerados socialmente indesejáveis pelos sistemas sociais, econômicos e políticos dominantes ao longo dos séculos, as pessoas com transtornos mentais foram socialmente excluídas e discriminadas.

No contexto do sistema capitalista de produção, as pessoas consideradas pelo sistema como incapazes - pois inaptas a serem exploradas como mão de obra para produzir riqueza - são marginalizadas. A elas foi destinada a política higienista de segregação social²¹.

Assim como ocorreu com a população com hanseníase, as pessoas com transtornos neuropsiquiátricos, durante décadas, foram retiradas do convívio familiar e social, confinadas em instituições totalizantes, os chamados hospícios.

Essa política adotada pelo Estado brasileiro em relação às pessoas com alguma condição debilitante ou agravo de saúde mental, e que também foi adotada por diversos outros países, contribuiu, entre outros fatores, para a construção e reprodução de estigmas em relação às pessoas com transtornos mentais.

Isso não aconteceu sem resistência, contudo. Movimentos sociais, entidades de classe, as próprias pessoas com sofrimentos psíquicos, pesquisadores, dentre outras, lutam, há décadas, pela adoção de novos paradigmas e políticas de saúde mental, que tratem a questão não pela perspectiva da doença, na qual o foco é a suposta “cura” ou ausência de sintomas, mas por meio de uma abordagem que valorize a autonomia do sujeito no processo de tomada de decisões sobre sua vida e saúde.

O cuidado em saúde mental envolve a construção ou eventual reconstrução de projetos de vida. Isso, tendo em vista que a autonomia em saúde mental não é sinônimo de independência ou autossuficiência, mas se refere à capacidade de multiplicar elos de dependência²².

Nesse sentido, os serviços em saúde mental têm o papel de contribuir para que a pessoa identifique o que é recuperação para ela e de ajudá-la a poder viver uma vida com significado para ela, seja por meio do trabalho, dos relacionamentos, do engajamento comunitário, entre outros.

No Brasil, o movimento antimanicomial e outras organizações têm travado historicamente a luta contra o modelo hospitalocêntrico de tratamento das questões de saúde mental. Essa luta resultou em avanços, como a Política Nacional de Saúde Mental, criada pela lei 10.216/02, que buscou consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária²³.

A partir de então, a política, que antes era centrada na internação em hospitais psiquiátricos, foi direcionada para os CAPS, que são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Esses equipamentos, entretanto, não conseguem atender plenamente às demandas de saúde mental no país. O investimento nos CAPS é bastante reduzido, o que dificulta o atendimento da população que precisa de atenção à saúde mental.

Em todo o país, os movimentos de saúde mental denunciam o reduzido número de CAPS, a baixa cobertura territorial desses equipamentos, a pequena quantidade de profissionais para atender um enorme contingente de pessoas que precisam do serviço, os baixos salários pagos às equipes que atuam nesses espaços, entre outros problemas.

²¹ Fonte: <https://drauziovarella.uol.com.br/podcasts/entrementes/entrementes-07-personalidade-borderline/#:~:text=novembro%20de%202020-,Personalidade%20borderline%20ou%20lim%C3%ADtrofe%20%C3%A9%20um%20transtorno%20bastante%20comum%2C%20mas,expectativas%20baseadas%20em%20interpreta%C3%A7%C3%B5es%20equivocadas.>

²² Fonte: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais#:~:text=Entre%20os%20transtornos%20mentais%2C%20est%C3%A3o%20a%20depress%C3%A3o%2C%20o,intelectual%20e%20transtornos%20de%20desenvolvimento%2C%20incluindo%20o%20autismo.>

²³ <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais#:~:text=Entre%20os%20transtornos%20mentais%2C%20est%C3%A3o%20a%20depress%C3%A3o%2C%20o,intelectual%20e%20transtornos%20de%20desenvolvimento%2C%20incluindo%20o%20autismo.>

3.2 BUSCANDO SUPERAR O MODELO BIOMÉDICO, EM BUSCA DE UMA ABORDAGEM BASEADA EM DIREITOS HUMANOS

No cerne das discussões e movimentações mundiais em torno da questão da saúde mental, a OMS lançou, em 2022, um documento de 300 páginas, intitulado “Orientação sobre serviços de saúde mental comunitária: promovendo abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos”, no qual faz um apelo por mudanças no modo como as questões de saúde mental são tratadas globalmente.

A recomendação visa a enfrentar o problema de que, em muitos países, mesmo com o fechamento de instituições psiquiátricas e assistenciais, o foco predominante dos cuidados continua a ser, em muitos contextos, o diagnóstico rotulador e potencialmente estigmatizante, a medicalização tendencialmente reducionista²⁴ e a obliteração ou redução dos sintomas como horizonte do tratamento. Ou seja, o padrão estritamente biomédico continua a ser hegemonicamente adotado.

Além disso, os determinantes sociais críticos²⁵ são frequentemente negligenciados ou excluídos das práticas de saúde mental, o que leva a uma inflação dos diagnósticos de transtornos e síndromes mentais e a um abuso ao recurso e, por vezes dependência excessiva, da prescrição de psicofármacos em detrimento de intervenções psicossociais.

Também cria uma situação em que a saúde mental de uma pessoa é predominantemente abordada dentro dos sistemas de saúde, sem interface suficiente com os serviços e estruturas sociais necessários para abordar os determinantes acima mencionados²⁶.

Assim, o documento recomenda uma abordagem baseada em três pilares para repensar a saúde mental:

PILARES PARA REPENSAR A SAÚDE MENTAL, SEGUNDO OMS:

a) adotar uma abordagem de direitos humanos como princípio governante;

b) adotar concepções de recuperação centradas na pessoa

c) abraçar serviços que forneçam apoio ambiental e psicossocial para pessoas que lutam com questões de saúde mental.

A OMS também estimula a criação de serviços livres de coerção (ou seja, no lugar de tratamento compulsório, a adoção de opções terapêuticas nas quais a pessoa em sofrimento psíquico possa aderir voluntariamente ao tratamento) e a promulgação de leis e políticas que proíbam tal coerção.

²⁴ <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais#:~:text=Entre%20os%20transtornos%20mentais%2C%20est%C3%A3o%20a%20depress%C3%A3o%2C%20o%20intelectual%20e%20transtornos%20de%20desenvolvimento%2C%20incluindo%20o%20autismo.>

²⁵ Fonte: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/sindrome-de-tourette/>

²⁶ Ler mais em PRADO, G. A. S. La salud mental en la redemocratización de Brasil. Poiesis (En Línea), v. 11, p. 1-6, 2011 e Resende, H. (1990). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S. A., & Costa, N. R. Políticas de saúde mental no Brasil (pp. 15-73). Petrópolis, RJ: Vozes.

4. LINGUAGEM INCLUSIVA SOBRE SAÚDE MENTAL

Por todos os fatores levantados nos tópicos anteriores, podemos compreender a importância da difusão de conhecimento sobre saúde mental para a desconstrução de estereótipos e estigmas relacionados ao tema e para a produção de novos sentidos que levem a uma percepção das pessoas com transtornos mentais em sua totalidade, na condição de sujeitos de direitos e não como seres resumidos à sua condição de saúde mental, sujeitos a intervenções médicas para garantir uma pretensa “normalidade”, como objeto passivos de pena ou de intervenção e controle pelo Estado.

Neste sentido, é preciso eliminar essas visões provenientes de um antiquado modelo biomédico e ir em direção a concepções que possibilitem a compreensão da questão considerando fatores como os determinantes sociais críticos²⁷ que afetam a saúde mental das pessoas, como violência, discriminação, pobreza, exclusão, isolamento, insegurança no emprego ou desemprego, falta de acesso à moradia, redes de segurança social e serviços de saúde.

A linguagem é um dos elementos envolvidos nessa produção e reprodução de conceitos e concepções sobre saúde mental. É imprescindível, portanto, que ela esteja alinhada com os avanços que têm sido feitos na visão sobre a questão, ou seja, da mudança do paradigma biomédico para o da concepção de saúde mental centrada na pessoa, a partir de uma perspectiva de direitos humanos.

Com esse intuito, buscamos abordar algumas terminologias frequentemente utilizadas, de modo a fomentar a adoção de uma linguagem que seja promotora de direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

5. CONHECENDO ALGUMAS TERMINOLOGIAS EM SAÚDE MENTAL

LUTA ANTIMANICOMIAL²⁸

A luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental ganhou impulso no Brasil na década de 1970, organizada por trabalhadoras e trabalhadores, em especial da saúde, movimentos sociais e sindicais e pessoas que passaram por internações psiquiátricas e seus familiares. Em 1987, durante encontro de trabalhadores da saúde mental, realizado em Bauru (SP), definiu-se que haveria um dia nacional de lutas e discutiram-se as bases de uma proposta de reforma no sistema psiquiátrico brasileiro.

“O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida, afirma um trecho do documento.”

Desde então, em 18 de maio é comemorado, em todo o país, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

²⁷ Ler mais em: Nunes, M. O., Júnior, J. M. L., Portugal, C. M., & Toerrenté, M. (2019) Reforma e contrarreforma psiquiátrica análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Ciênc. saúde coletiva, 24(12), 4489-4498

²⁸ Conferir em <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/18-de-maio-dia-nacional-da-luta-antimanicomial1>

DEPRESSÃO²⁹

A depressão é um transtorno mental comum e uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Globalmente, estima-se que 300 milhões de pessoas são afetadas por essa condição. Mais mulheres sofrem de depressão que homens.

A depressão é caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, sono e apetite alterados, cansaço e falta de concentração. Quem sofre com essa condição pode também ter múltiplas queixas físicas sem nenhuma causa aparente. A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade das pessoas de serem funcionais no trabalho ou na escola, assim como a capacidade de lidar com a vida diária. Em seu estado mais grave, a depressão pode levar ao suicídio.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

É caracterizado por ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono.

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

É caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados. Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR (TAB)³⁰

É um distúrbio psiquiátrico complexo. Sua característica mais marcante é a alternância, às vezes súbita, de episódios de depressão com os de euforia (mania e hipomania) e de períodos assintomáticos entre eles. As crises podem variar de intensidade (leve, moderada e grave), frequência e duração.

As flutuações de humor têm reflexos negativos sobre o comportamento e atitudes dos pacientes e as reações que provocam são sempre desproporcionais aos fatos que serviram de gatilho ou, até mesmo, independem deles.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE (TPB)³¹

Também conhecido como transtorno de personalidade limítrofe, é caracterizado por dificuldade em reconhecer adequadamente emoções dos outros e de si mesmo, o que leva a criar relações e expectativas baseadas em interpretações equivocadas.

²⁹ Ver mais em Nunes, M. O., Júnior, J. M. L., Portugal, C. M., & Toerrenté, M. (2019) Reforma e contrarreforma psiquiátrica análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciênc. saúde coletiva*, 24(12), 4489-4498

³⁰ Ver mais em CRP. Conselho Federal de Psicologia (2018) Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

³¹ Ver mais em Conselho Federal de Psicologia (2018) Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

DEMÊNCIA³²

Em todo o mundo, cerca de 50 milhões de pessoas têm demência. A condição é geralmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há deterioração da função cognitiva (isto é, a capacidade de processar o pensamento) para além do que se poderia esperar no envelhecimento normal. Ela afeta a memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. O comprometimento da função cognitiva é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, pela deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência é causada por uma variedade de doenças e lesões que afetam o cérebro, como o Alzheimer ou acidente vascular cerebral.

PSICOSES³³

Psicoses, incluindo a esquizofrenia, são caracterizadas por distorções no pensamento, percepção, emoções, linguagem, consciência do “eu” e comportamento. As experiências psicóticas comuns incluem alucinações (ouvir, ver ou sentir coisas que não existem) e delírios (falsas crenças ou suspeitas firmemente mantidas mesmo quando há provas que mostram o contrário)

ESQUIZOFRENIA³⁴

É um transtorno mental grave que afeta cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo. Psicoses, incluindo a esquizofrenia, são caracterizadas por distorções no pensamento, percepção, emoções, linguagem, consciência do “eu” e comportamento. As experiências psicóticas comuns incluem alucinações (ouvir, ver ou sentir coisas que não existem) e delírios (falsas crenças ou suspeitas firmemente mantidas mesmo quando há provas que mostram o contrário). O transtorno pode tornar difícil para as pessoas afetadas trabalhar ou estudar normalmente quando não tratado adequadamente.

SÍNDROME DE TOURETTE³⁵

É um distúrbio neuropsiquiátrico caracterizado por tiques múltiplos, motores ou vocais, que persistem por mais de um ano e geralmente se instalam na infância. Na maioria das vezes, os tiques são de tipos diferentes e variam no decorrer de uma semana ou de um mês para outro. Em geral, eles ocorrem em ondas, com frequência e intensidade variáveis, pioram com o estresse, são independentes dos problemas emocionais e podem estar associados a sintomas obsessivo-compulsivos (TOC), ao distúrbio de atenção com hiperatividade (TDAH) e a transtornos de aprendizagem.

Buscando a adoção de uma linguagem inclusiva, atrelada à garantia de Direitos Humanos, recomendamos a atenção em relação a determinadas terminologias que podem reforçar os estereótipos e conceitos ultrapassados em relação a pessoas com algumas condições de saúde mental.

O quadro abaixo aborda algumas delas. A ideia é que esse material possa ser revisto e ampliado com frequência, a partir das contribuições da própria equipe de trabalho da DPU e da sociedade.

³² Ver mais em: Bastos, A. e Alberti, S. (2021) Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 26, n. 01. pp. 285-295. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018>

³³ Ver mais em PRADO, G. (2023) Paradigma Manicomial e Proibicionismo como Operadores da Guerra de Raças no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v. 43, pp. 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244329>

³⁴ Ver mais em Ferrazza, D. A. (2016). *Psicologia e políticas públicas: Desafios para superação de práticas normativas*. *Revista Polis e Psique*, 6(3), 36-58. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2238-152X2016000300004&lng=pt&nrm=iso

³⁵ Conferir em PRADO, G. (2023) Paradigma Manicomial e Proibicionismo como Operadores da Guerra de Raças no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v. 43, pp. 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244329>

EVITE O USO DOS TERMOS	EXPLICAÇÃO	PREFIRA ADOTAR
Bipolar	Com a maior popularização desse transtorno, o termo bipolar passou a ser utilizado como sinônimo de algo ou pessoa instável, que muda o tempo todo. O uso da expressão nessa conotação só reforça o preconceito a pessoas com transtorno afetivo bipolar.	Prefira não usar essa expressão com essas conotações. Para tratar do transtorno, utilize o termo adequado Transtorno Afetivo Bipolar. Ao se referir à condição da pessoa, pode se referir como pessoa com transtorno bipolar, pessoa com transtorno afetivo bipolar.
Maníaco-depressivo	Essas formas foram e continuam sendo utilizadas para designar pessoas transtorno afetivo bipolar. Esses termos são preconceituosos e estigmatizantes, por tanto, não devem ser usados.	Para tratar do transtorno, utilize o termo adequado Transtorno Afetivo Bipolar. Ao se referir à condição da pessoa, pode se referir como pessoa com transtorno bipolar, pessoa com transtorno afetivo bipolar.
Mania	Anos atrás, usava-se o termo mania para se referir ao humor eufórico, que se alternava em períodos com a depressão no transtorno bipolar. Como o termo maníaco-depressivo traz essa conotação negativa, opte-se por não usar o termo mania.	Prefira usar o termo euforia, humor eufórico quando tratar desse tipo de humor em relação ao transtorno bipolar, em conformidade com o DSM V.
Maníaco	Esse termo é derivado do termo mania, citado acima. Além disso, adquiriu um leque ainda maior de conotações pejorativas sendo usado como sinônimo de louco, tarado, obsessivo, psicopata. O termo gera não só um estigma relacionado ao transtorno bipolar como é despolitizante, uma vez que associa um ato criminoso (como assassinato, estupro etc.) a uma questão de saúde mental, e não como uma questão estrutural de nossa sociedade. Muitos que cometem crimes não possuem qualquer transtorno mental. São questões econômicas, políticas, culturais e sociais envolvidas. Essa falsa correlação só mascara o verdadeiro problema social envolvido e estigmatiza as pessoas com transtorno mental.	Não use o termo.

Louco/Maluco/Doido	<p>Há uma banalização do uso de termos pejorativos que se referem a pessoas com transtornos mentais ou psiquiátricos. Esses termos não refletem a verdadeira condição das pessoas com transtornos, são desumanizantes e resumem as pessoas ao transtorno mental que é apenas um de diversos aspectos da vida e da identidade daquela pessoa.</p>	<p>Não use esses termos. Ao se referir a algum transtorno mental, utilize a expressão “pessoas em sofrimento psíquico”, se for cliente dos serviços de saúde mental utilize “usuário dos serviços e saúde mental” ou ainda use termos específicos para tratar o referido transtorno. Exp.: Pessoa com depressão; pessoa com transtorno afetivo bipolar; pessoa com transtorno de personalidade borderline; pessoa com esquizofrenia.</p>
Esquizofrênica/o	<p>Do mesmo modo que ocorreu com o termo bipolaridade, o uso do termo esquizofrenia também foi banalizado e tratado como de modo pejorativo, como sinônimo de instável, pessoa com “mania de perseguição”. Esse uso contribui para o processo de estigmatização das pessoas com esquizofrenia.</p>	<p>Pessoa com esquizofrenia.</p>
Hospício/ Manicômio	<p>Os hospícios eram locais frutos de políticas higienistas de tratamento da saúde mental, utilizados para confinar e segregar pessoas com algum tipo de transtorno mental. Esses espaços não ofereciam condições dignas para tratamento dos transtornos mentais e para uma vivência familiar e comunitária, piorando as condições de saúde mental dessas pessoas. Com a reforma psiquiátrica, Lei nº 10.216/2001, os manicômios, hospícios, foram substituídos por atendimentos ambulatoriais, evitando assim o confinamento de longo prazo dessas pessoas.</p>	
Doente mental	<p>Termo pejorativo que resume a pessoa à condição de saúde mental dela.</p>	<p>Pessoa psicoatípica.</p>
Demente	<p>Termo pejorativo, utilizado como ofensa e que carrega uma conotação de pessoas privadas de poder de raciocínio, de noção da realidade. Essa conotação também ignora que existem vários tipos de demência e estágios diferentes de desenvolvimento da doença, não podendo a pessoa ser resumida a esse rótulo generalizante.</p>	<p>Pessoa com demência.</p>

6. SUICÍDIO

Não há problemas em discutir sobre o tema, pelo contrário. Existe um tabu em se falar sobre a questão, que gera ainda mais desconhecimento e preconceito sobre ela. No entanto, é fundamental tratar o tema com a delicadeza e o cuidado que ele merece.

Evita-se nomear a forma da morte como suicídio por uma série de preconceitos ligados à questão, incluindo preconceitos religiosos e recusas de cerimoniais fúnebres em se tratando de morte por suicídio.

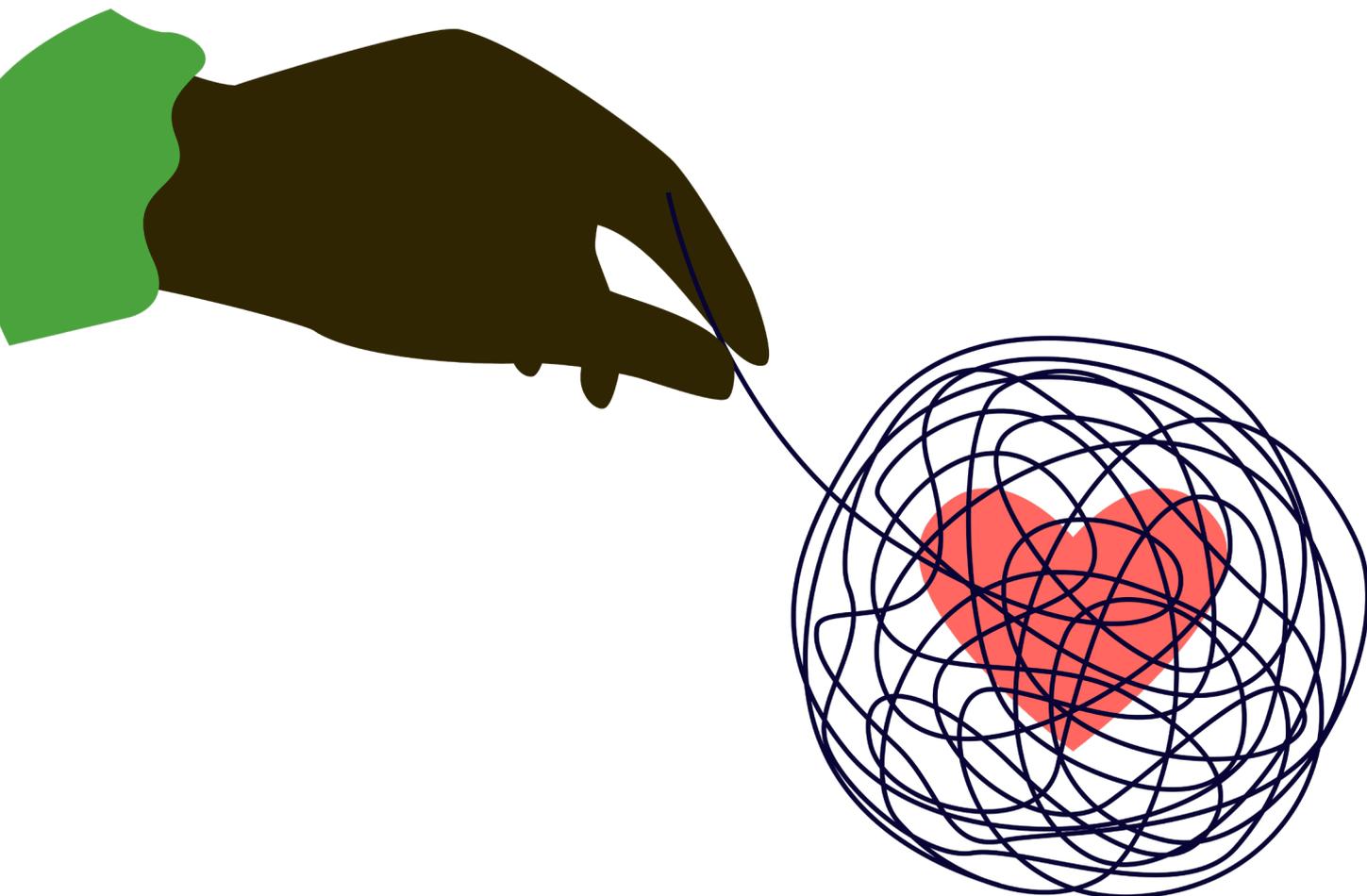
É preciso falar sobre suicídio, mas abordar mortes por suicídio requer cautela e discrição. Isso também é uma questão para noticiamento de suicídio pela mídia.

Ao abordar a temática, é importante contextualizar com dados, tratar o tema como questão de saúde pública, problematizando fatores sociais, econômicos, culturais e políticos envolvidos no problema e não tratar de forma individualizada, detalhando o fato, o que não serviria para conscientizar, mas sim para dar contornos sensacionalistas para uma questão tão séria e importante de ser discutida. Ademais, destaca-se a importância da educação em saúde nessa temática. Ela tem como objetivo diminuir o número de casos focando na especialização dos profissionais que cuidam desses pacientes, bem como na identificação de sinais de alerta para comportamento suicida, por amigos e familiares. Outrossim, a conscientização desmistifica preconceitos, a exemplo de que apenas pessoas com transtornos mentais possuem comportamento suicida. Isso não é verdade, já que tal circunstância indica profundo sofrimento, mas não necessariamente transtorno mental.

Destaca-se que **serviços de apoio 24h** ajudam a reduzir os desfechos desfavoráveis, um deles é o **Centro de Valorização da Vida (CVV)**, que disponibiliza suporte emocional gratuito em diferentes modalidades - presencial em postos físicos, por **ligação (188)**, **e-mail e carta**.

Também é importante não cair na armadilha de tratar a questão por um viés moral e/ou religioso. Como abordarmos também em relação aos transtornos mentais, o suicídio é uma questão complexa, que envolve questões sociais e subjetivas e que precisa ser analisada de forma complexa, abordando o contexto ambiental e individual também.

Desse modo, não pode ser tratado de modo generalizado nem como uma questão unifatorial, mas sim de forma multifatorial. Neste sentido, a adoção de políticas públicas de promoção de saúde mental e prevenção de suicídio são fundamentais.



7. REFERÊNCIAS

BASTOS, Adriana Dias de Assumpção; ALBERTI, Sonia. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 285-295, jan. 2021

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional**. 2. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2020

FERRAZZA, Daniele Andrade. **Psicologia e políticas públicas: desafios para superação de práticas normativas**. Revista Polis e Psique, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 36-58, dez. 2016

FILARDI, Agnes Fonseca Ribeiro, et al. **Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 421-445, abr.-jun. 2021.

ALVES, Domingos Sávio Nascimento; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da; COSTA, Nilson do Rosário. **Advances and challenges of psychiatric reform in Brazil 22 years after the Caracas declaration**. Medwave, Santiago, v.12, n. 10, e5545, out. 2012.

NUNES, Mônica de Oliveira, et al. **Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p.4489-4498, dez. 2019

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/74566-sa%C3%BAdede-mental-dependede-bem-estar-f%C3%ADsico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial>. Acesso em: 02 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Transtornos mentais**. Brasília, s.d. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 02 abr. 2023.

PRADO, Guilherme Augusto Souza. **La salud mental en la redemocratización de Brasil**. Poiesis, Medellín, v. 11, n. 22, 2011.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

PRADO, Guilherme Augusto Souza. Paradigma manicomial e proibicionismo como operadores da guerra de raças no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 43, e244329, p. 1-17, 2023

