

**DETERMINANTES SOCIOAMBIENTAIS E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO
SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

**SOCIOENVIRONMENTAL DETERMINANTS AND THEIR RELATIONSHIP
WITH THE HEALTH-DISEASE-CARE PROCESS IN MENTAL HEALTH**

**DETERMINANTES SOCIOAMBIENTALES Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO
SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADO EN SALUD MENTAL**



10.56238/revgeov17n3-192

Karine Chaves Pereira Galvão

Mestre em Saúde e Enfermagem

Instituição: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP)

Endereço: São Paulo, Brasil

E-mail: karine.chaves@unesp.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5692-5948>

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5748788978594681>

Ednan Galvão Santos

Mestre em Direito

Instituição: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano

Endereço: Bahia, Brasil

E-mail: ednan.santos@ifbaiano.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4425-4358>

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7146393001340191>

RESUMO

A saúde mental resulta de interações complexas entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, sendo fortemente influenciada por determinantes socioambientais como trabalho, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminações, exclusão social e cultura. A elevada carga global dos transtornos mentais e sua relevância como problema de saúde pública evidenciam a necessidade de aprofundar a compreensão histórica e social desses determinantes no processo saúde doença cuidado. Nesse sentido, o presente estudo objetiva compreender o desenvolvimento sócio histórico dos determinantes ambientais e sociais da saúde e elucidar sua relação com a produção do cuidado em saúde mental, com ênfase no contexto brasileiro. Trata-se de uma pesquisa de natureza teórico bibliográfica, de abordagem qualitativa e analítico interpretativa, fundamentada na análise crítica de obras clássicas de saúde coletiva e de saúde mental, bem como de documentos técnicos de organismos nacionais e internacionais. Os resultados evidenciam que as concepções de saúde, doença e cuidado são historicamente construídas e condicionadas pelos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais, influenciando diretamente os modelos assistenciais e as práticas em saúde mental. Observa-se uma transição progressiva de explicações mágico religiosas e biologicistas para abordagens que reconhecem a determinação social do adoecimento psíquico. Conclui-se que o reconhecimento dos determinantes socioambientais é fundamental para a formulação de políticas públicas integradas e



intersetoriais, orientadas à promoção da saúde mental, à redução das desigualdades sociais e à prevenção do sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Saúde Mental. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Mental health results from complex interactions among biological, psychological, social, and environmental factors and is strongly influenced by socioenvironmental determinants such as work, education, poverty, housing, urbanization, discrimination, social exclusion, and culture. The high global burden of mental disorders and their relevance as a public health problem highlight the need to deepen the historical and social understanding of these determinants within the health–disease–care process. In this context, this study aims to understand the socio-historical development of environmental and social determinants of health and to elucidate their relationship with the production of mental health care, with emphasis on the Brazilian context. This is a theoretical-bibliographic study with a qualitative and analytical-interpretative approach, grounded in the critical analysis of classical works in collective health and mental health, as well as technical documents from national and international organizations. The results show that conceptions of health, illness, and care are historically constructed and conditioned by social, economic, political, and cultural contexts, directly influencing care models and mental health practices. A progressive transition is observed from magical-religious and biologicist explanations to approaches that recognize the social determination of psychological suffering. It is concluded that acknowledging socioenvironmental determinants is essential for the formulation of integrated and intersectoral public policies aimed at promoting mental health, reducing social inequalities, and preventing psychological distress.

Keywords: Social Determinants of Health. Mental Health. Public Health Policy.

RESUMEN

La salud mental es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, y está fuertemente influenciada por determinantes socioambientales como el trabajo, la educación, la pobreza, la vivienda, la urbanización, las discriminaciones, la exclusión social y la cultura. La elevada carga global de los trastornos mentales y su relevancia como problema de salud pública evidencian la necesidad de profundizar la comprensión histórica y social de estos determinantes en el proceso salud–enfermedad–cuidado. En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo comprender el desarrollo sociohistórico de los determinantes de la salud y esclarecer su relación con la producción del cuidado en salud mental, con énfasis en el contexto brasileño. Se trata de una investigación de carácter teórico-bibliográfico, con enfoque cualitativo y analítico-interpretativo, fundamentada en el análisis crítico de obras clásicas de la salud colectiva y la salud mental, así como de documentos técnicos de organismos nacionales e internacionales. Los resultados evidencian que las concepciones de salud, enfermedad y cuidado se construyen históricamente y están condicionadas por contextos sociales, económicos, políticos y culturales, influyendo directamente en los modelos de atención y en las prácticas en salud mental. Se observa una transición progresiva de explicaciones mágico-religiosas y biologicistas hacia enfoques que reconocen la determinación social del sufrimiento psíquico. Se concluye que el reconocimiento de los determinantes socioambientales es fundamental para la formulación de políticas públicas intersectoriales orientadas a la promoción de la salud mental, la reducción de las desigualdades sociales y la prevención del sufrimiento psíquico.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud. Salud Mental. Política de Salud Pública.



1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é reflexo de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Dentre esses, compreendem-se como principais determinantes socioambientais que repercutem na saúde mental o trabalho e emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, acontecimentos de vida estressantes, racismo e violência de gênero, exclusão social, ambiente familiar e a cultura.

Estudos têm demonstrado a carga global que as doenças mentais acarretam, configurando-se como importante causa de morbimortalidade (Brasil, 2021). Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022), os transtornos mentais estão entre os principais problemas de saúde pública da atualidade.

Diante desse cenário, faz-se necessário conhecer como e quando esses fenômenos emergiram enquanto problema sanitário, ensejando pesquisas de cunho epidemiológico e políticas públicas de saúde e intersetoriais. Nesse sentido, esta pesquisa objetiva compreender o desenvolvimento sócio-histórico dos determinantes ambientais e sociais da saúde e elucidar a sua relação com o processo saúde-doença-cuidado em saúde mental, especialmente no contexto brasileiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A preocupação a nível epidemiológico e populacional quanto aos determinantes ambientais e sociais da saúde está intimamente relacionada com a concepção de saúde e doença ao longo da história, reverberando em um processo de mudança do modelo de atenção à saúde. Dessa forma, as práticas de cuidado seguiram as crenças e os modelos de saúde dominantes de cada época. E isso não foi diferente no campo da saúde mental.

Embora exista uma vasta produção científica sobre os impactos dos determinantes ambientais e sociais no processo saúde-doença, incluindo a saúde mental, estudos que abarcam sua evolução histórica são escassos. Poucas literaturas científicas trazem informações pertinentes ao seu desenvolvimento.

No esforço de abarcar essa trajetória, a fundamentação teórica foi construída com base nas obras *História da loucura na Idade Clássica* (Foucault, 1997); *A loucura e a época* (Pessoti, 1994); *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (Amarante, 1998); *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (Giovannella, 2012). Estas, constituem-se como referências no campo da saúde coletiva e da saúde mental que, complementarmente, nos possibilitam uma melhor compreensão.

Em suas incursões pelo território da saúde mental, por meio de sua obra intitulada *História da loucura na Idade Clássica* (1997), Foucault apresenta e discute, de forma crítica, as relações de poder e como elas influenciaram as concepções de saúde e doença, bem como a produção do cuidado em saúde mental. Relações que, estruturais da sociedade ocidental, são afirmadas pelas instituições de



controle imersas nos diversos âmbitos da vida – produção, trabalho, riqueza, família, justiça e religião – configurando-se com importantes fatores determinantes do processo saúde-doença-cuidado.

Na obra intitulada *A loucura e a época* (1994), Isaias Pessoti resgata, de maneira detalhada, a história da loucura desde a Grécia Antiga até século XIX, enfatizando os modos de cada época de conceber saúde, doença e cuidado. Já a obra organizada por Paulo Amarante – *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (1998) enfoca a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira no bojo da Reforma Sanitária. Sob um olhar sócio-histórico e crítico, Amarante faz uma leitura transversal do contexto sociopolítico e econômico em que ocorreram as experiências no campo da saúde mental, as quais influenciaram significativamente as políticas brasileiras.

A densa e rica obra organizada por Lígia Giovanella – *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (2012) – contempla a extensa e intensa trajetória das políticas públicas de saúde no contexto brasileiro, enfatizando a complexidade multidisciplinar do campo da saúde coletiva, por sua íntima ligação com outros campos do saber - economia, filosofia demografia, urbanismo etc. Nesta direção, busca compreender os múltiplos determinantes associados à saúde das populações.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa teórica que não envolveu a coleta de dados empíricos, mas que se sustenta na análise rigorosa e interpretativa da literatura científica correlata. A escolha metodológica justifica-se pelo interesse em conhecer a gênese dos determinantes ambientais e sociais da saúde, bem como sua relação com a produção do cuidado em saúde mental, com ênfase na realidade brasileira.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza teórico-bibliográfica, de cunho qualitativo e abordagem analítico-interpretativa. Nessa perspectiva, o estudo buscou compreender o processo histórico e social dos determinantes socioambientais e sua relação com o processo saúde-doença-cuidado no campo da saúde mental.

Com finalidade de se obter um conhecimento mais abrangente sobre a temática proposta, optou-se por ampliar o escopo da pesquisa, o que justifica a escolha do referencial metodológico. Assim, as reflexões aqui descritas fundamentam-se na literatura científica sobre a temática, incluindo obras clássicas, referências técnicas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), os quais orientam a prática clínica em saúde mental a nível mundial e no contexto brasileiro, respectivamente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As concepções de saúde e adoecimento constituem-se como um processo histórico e social, influenciadas pelo tempo e espaço. Tais paradigmas reverberam no saber-fazer em saúde, não sendo



diferente na saúde mental. Na cultura ocidental, tem-se registros a partir da Grécia Antiga, berço de nossa cultura.

Na Antiguidade Clássica, a doença e a loucura eram consideradas como “vontade dos deuses” e, por conseguinte, eram tratadas com terapêuticas mágicas (poções, sacrifícios e oferendas) e práticas de relaxamento – ambientes de penumbra, banhos e repouso –, visando a integração com a natureza. Todavia, é ainda nesta época que se tem início do pensamento científico, baseado na observação clínica e da natureza, a partir de Hipócrates (Carvalho; Buss, 2012; Pessoti, 1994).

Na baixa Idade Média, sob o julgo do Cristianismo, a doença persistiu como providência divina e possuía caráter punitivo, em virtude dos “pecados” cometidos. Logo, a terapêutica baseava-se na penitência e nos castigos. Esse período significou um retrocesso no campo do conhecimento e das práticas de cuidado, que se estendeu até o Renascimento (Carvalho; Buss, 2012; Pessoti, 1994).

Naquela época, a loucura era compreendida como ignorância e desvio moral. Os “loucos” viviam como errantes, expulsos dos feudos e, muitas vezes, confinados aos mercados peregrinos ou navegantes. Até o século XVII os critérios para definir a loucura era atribuída à igreja, à justiça e à família e se referiam à transgressão da lei e da moralidade. As internações eram raras e quando ocorriam, eles recebiam o mesmo tratamento dispensado aos demais doentes (Foucault, 1997; Pessoti, 1994).

Com o advento do Renascimento e do pensamento racional, as doenças e as grandes epidemias, antes vistas como castigos e pragas divinas, tornaram-se objeto de investigação. Embora não tivesse conhecimento sobre microrganismos, buscava-se a causalidade das doenças, com ênfase nos fatores externos (Carvalho; Buss, 2012; Pessoti, 1994).

Assim, diversas teorias foram desenvolvidas na tentativa de explicar o fenômeno do contágio e da disseminação das doenças, sobretudo das epidemias. Dentre elas, destaca-se a teoria dos miasmas que, apesar de sua inconsistência científica, já apontava a insalubridade dos ambientes como um dos fatores responsáveis pela disseminação das doenças contagiosas. Dá-se início às primeiras políticas de saúde, voltadas para medidas individuais e coletivas de proteção à saúde (Carvalho; Buss, 2012).

Nessa mesma época, a loucura foi compreendida como fenômeno orgânico que propiciava a separação do indivíduo de sua natureza humana (razão). Seguindo essa lógica, a loucura foi definida como “alienação mental” pelo médico francês Philippe Pinel, no início do século XIX, o qual elaborou o primeiro “Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental ou Mania”. Porém, não havia o interesse de identificar a sede da doença no organismo, apenas descrever seus sinais e sintomas a fim de agrupá-los, segundo a sua ordem natural (Foucault, 1997; Pessoti, 1994).

Desde então, a internação passou a ser justificada com a finalidade de tratamento e cura. Nesse período foram criados os asilos, instituições destinadas exclusivamente à reclusão dos loucos, e o médico passou a assumir a autoridade máxima. Inicia-se, aqui, a medicalização da vida. Apesar da



atitude de Pinel em libertar os “loucos” das correntes, considerada a primeira reforma psiquiátrica, as condições de dessubjetivação humana persistiram. As atividades terapêuticas nada mais eram do que condutas agressivas e repressoras, além da imposição do trabalho como “tratamento moral”, que reforçavam a segregação e o controle social da loucura (Foucault, 1997).

Com a chegada da modernidade, especialmente com a organização de Estados Nacionais, quando a população passou a ser considerada um bem do Estado, há o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e intersetoriais, de forma organizada e sistemática, visando a melhoria da saúde da população em prol do avanço econômico e social dos países ocidentais, de forma geral. Desse modo, tais políticas são mais voltadas para a proteção contra riscos sociais e ambientais, com menos ênfase nas políticas assistenciais. Isto é, a determinação social da doença é anterior à medicina científica (Carvalho; Buss, 2012).

Portanto, desde o início da industrialização estudos científicos vêm sendo elaborados sobre saúde e doença das populações, centrados na tese de que desigualdades sociais e econômicas influenciam a saúde da coletividade. Neste sentido, tem-se a célebre obra “História da Saúde Pública”, de autoria do médico e filósofo George Rosen, que retrata a estreita relação entre o desenvolvimento do capitalismo e o desenvolvimento da saúde pública na Europa Ocidental, principalmente na Inglaterra, França e Alemanha (Carvalho; Buss, 2012).

Com o advento da revolução pasteuriana e o desenvolvimento da microbiologia, tem-se um avanço nas pesquisas científicas e tecnológicas voltadas para a prevenção, detecção precoce e o tratamento das doenças infecciosas (Carvalho; Buss, 2012). Contudo, no campo da saúde mental, tais premissas não são tão óbvias, pois não se trata de um agente específico, por exemplo um microrganismo, mas de um amaranhado de fatores interrelacionados que favorecem o adoecimento psíquico.

Paralelamente, a psiquiatria se consolidou como especialidade médica e muitos estudos sobre os distúrbios mentais ganharam força no campo científico. O termo “alienação mental” foi substituído por “doença mental”, por acreditarem que a loucura era causada por um distúrbio cerebral. Intensificou-se a medicalização como principal prática terapêutica (Foucault, 1997; Pessoti, 1994).

Desde então, vários modelos foram criados com o intuito de explicar a causalidade das doenças. O modelo proposto por Leavell e Clark (1976 *apud* Carvalho; Buss, 2012), denominado “História Natural da Doença”, enfatiza os conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, sendo compreendido em duas fases: pré-patogênese e patogênese. Na primeira, há apenas a presença dos fatores de risco, sejam endógenos (fatores biológicos) ou exógenos (fatores socioambientais). Neste momento predominam-se as ações de prevenção primária, que atuam sobre os fatores risco na tentativa de evitar o adoecimento. Na segunda, há a manifestação dos sinais e sintomas do processo mórbido. Aqui tem-se as intervenções voltadas para o diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno, no



sentido de evitar ou retardar a progressão de seu curso (prevenção secundária), e aquelas destinadas à recuperação e reabilitação das complicações e sequelas (prevenção terciária).

Embora considere as dimensões sociais e ambientais, o modelo elaborado por Leavell e Clark parte de uma visão essencialmente biológica da doença, derivada do conhecimento das patologias infecciosas. Sua aplicação é fortemente marcada por esse viés que, na verdade, teve e ainda tem forte presença na comunidade científica, nas esferas gestoras e no imaginário da população (Carvalho; Buss, 2012).

Breihl e Granda (1986 *apud* Carvalho; Buss, 2012) buscaram avançar nessa questão, incluindo os determinantes sociais no cerne do processo saúde-doença. No que chamaram de “História Social da Doença”, consideraram esse processo como fruto da exposição a um conjunto de fatores de risco, imersos no contexto social, que se manifestam na forma de perfis de doença ou agravo à saúde. Nessa perspectiva, há uma dimensão estrutural que se caracteriza pelo modelo econômico de desenvolvimento da sociedade, ou seja, o modo de produção capitalista. E uma dimensão particular, na qual operam os processos de reprodução social, ditados pelo trabalho e pelo consumo, que são particulares de cada classe social, além de uma terceira dimensão – individual.

Inspirado no processo de reforma do sistema de saúde canadense na década de 1970, criou-se um modelo explicativo mais abrangente – o Modelo do Campo da Saúde. Este considera que as condições de saúde dependem de quatro conjuntos de fatores: patrimônio biológico; condições sociais, econômicas e ambientais; estilo de vida e os resultados das intervenções médico-sanitárias, que têm importância relativamente variável de acordo com o problema de saúde em questão (Carvalho; Buss, 2012).

Desse modo, há o reconhecimento de que o adoecimento e a saúde não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, habitação, educação, trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida. Além disso, a dinâmica dessas relações caracteriza o perfil epidemiológico de uma população e, conseqüentemente, deve fomentar a implementação de políticas públicas de saúde (Carvalho; Buss, 2012).

As políticas de saúde de Estado emergiram de forma mais sistematizada na França, na Inglaterra e na Alemanha, durante os séculos XVIII e XIX, com a finalidade assegurar os interesses das classes dominantes – a burguesia – e manter a ordem social e a continuidade do capitalismo. Assim, foram adotadas medidas de higiene urbana, quarentena e isolamento social das pessoas com doenças infecciosas (Carvalho; Buss, 2012).

Desde então, essas políticas vêm se delineando progressivamente, em razão tanto do desenvolvimento científico quanto do pensamento crítico ao modelo tradicional, voltado para combater a doença somente depois de instalada, principalmente a partir da década de 1960. Por ser fruto de



complexos e mórbidos processos sociais e culturais da humanidade contemporânea (industrialização predadora, saturação urbana, cultura consumista de massas), esses fatores de risco precisariam ser enfrentados não apenas com políticas de saúde, mas também por meio de políticas reguladoras da própria atividade econômica (Carvalho; Buss, 2012).

Na América Latina, as ideias do movimento da promoção da saúde encontraram uma realidade de pobreza e desigualdade que, desde logo, impôs um deslocamento do foco para as questões estruturais. Mais do que práticas educativas voltadas para mudanças comportamentais, a promoção da saúde na América Latina priorizou os processos comunitários voltados para mudanças sociais (Carvalho; Buss, 2012).

Ademais, desde os anos de 1970 desenvolveu -se um movimento crítico ao modelo médico hegemônico que, com base numa abordagem estruturalista e numa pedagogia libertadora, foi refinando um campo de pensamento e prática que viria a se consolidar no Brasil como o campo da saúde coletiva (Carvalho; Buss, 2012).

Na década de 1980, tal movimento culminou na Reforma Sanitária Brasileira, orientado pelo princípio da construção social da saúde, da universalização e equalização do acesso não só aos serviços, mas aos demais meios de promoção da saúde. Por isso, foi cunhada a expressão ‘promoção da saúde radical’ para expressar que o movimento canadense aqui, na América Latina e no Brasil deve aplicar-se de forma associada à perspectiva da mudança social. Apesar da existência de uma variedade de tendências, seja na promoção da saúde, seja na saúde coletiva, pode-se considerar que elas apresentam uma convergência estratégica como projetos de construção social da saúde (Carvalho; Buss, 2012).

Portanto, inspirada na reforma canadense, a reforma sanitária brasileira enfatiza os determinantes sociais e econômicos da saúde. Segundo Carvalho e Buss (2012),

A saúde é entendida como produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, como padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente físico limpo, ambiente social de apoio a famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados (Carvalho; Buss, 2012, p. 131).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira emerge nessa conjuntura, em que a saúde mental deixa de ser objeto exclusivo do saber psiquiátrico e se dissemina para o campo da atenção psicossocial. Assim, a saúde mental passa a ser considerada numa lógica processual e dinâmica, em que as oscilações entre o indivíduo e o ambiente fazem parte da vida, não havendo, portanto, saúde perfeita, “ausência de doença” e “completo bem-estar” (Amarante, 1995).

Desse modo, uma vida saudável não pode excluir tensões, uma vez que envolve um constante dinamismo nas relações sociais. Por isso, o processo saúde-doença pode ser entendido como um modo de lidar com as experiências vivenciadas no decorrer da vida. O conceito de saúde é inseparável das



condições concretas de existência. Assim, somos levados a admitir que o lugar que a saúde ocupa na história de cada um é diferente porque as experiências são singulares.

Como alude Basaglia (1985), é preciso colocar a doença entre parênteses e tratar o sujeito. Amarante (2007) corrobora com esse paradigma, ao afirmar que:

A doença entre parênteses não significa a negação da existência da doença [...]. É uma ruptura com o modelo teórico psiquiátrico que adotou o modelo das ciências naturais para reconhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana (Amarante, 2007, p 98.).

Por isso, não é mais concebido o termo ‘doença mental’, visto que o termo “doença” denota uma base orgânica, embora tal expressão tenha sido praticada no meio psiquiátrico até o século XX. Os distúrbios de ordem psicológica são denominados, atualmente, de *disorders*, no inglês, que significa desordens, distúrbios e, tecnicamente, ‘transtornos mentais’, justamente porque sua etiologia é multifatorial (fatores ambientais, sociais, psicológicos, biológicos e genéticos) e seu curso e prognóstico é, geralmente, desconhecido (APA, 2014).

Logo, na perspectiva da atenção psicossocial, a saúde mental diz respeito a um campo (ou uma área) de conhecimento ou atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Por conseguinte, urge pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou um sistema fechado, mas sim como um processo que é, também, social (Basaglia, 1985).

5 CONCLUSÃO

O conhecimento sobre os determinantes ambientais e sociais da saúde mental é fundamental na medida em que pode e deve ser integrado na formulação das políticas de saúde, em uma perspectiva de saúde pública. Desta forma, poderá contribuir para melhorar a saúde mental das populações e assim, reduzir a carga global de doença.

Enquanto os cuidados em saúde podem melhorar a sobrevivência e o prognóstico de doenças, mais importante para a promoção da saúde são as condições ambientais, sociais, econômicas e políticas, as quais contribuem significativamente para a qualidade de vida das populações. Não obstante, o reconhecimento dos determinantes ambientais e sociais da saúde mental é relevante para evidenciar não só a importância da garantia do acesso universal aos serviços de saúde, mas também a necessidade de implementação de políticas intersetoriais que se destinem à promoção da saúde mental, à redução das desigualdades sociais e à prevenção do sofrimento psíquico.



REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mental**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 7. ed. Tradução: José Teixeira de Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World mental health report: transforming mental health for all**. World Health Organization, 2022.

