

2026

5ª EDIÇÃO

Panorama da Saúde Mental

Ferramenta dinâmica de pesquisa e monitoramento
contínuo da saúde mental dos brasileiros

Sumário

Ficha técnica	3
Sobre a pesquisa	4
Sumário executivo	5
1 Metodologia e Perfil da Amostra	8
2 Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental (ICASM)	13
3 Resultados	16
3.1 Resultado global do ICASM	17
3.2 Comparativo ICASM por demografias	21
3.3 Questionário de Saúde Mental (PHQ-9)	26
3.4 Vida cotidiana, rotina e hábitos	31
3.5 Módulo variável: Inteligência artificial e saúde mental	47
4 Sobre nós	67
5 Anexos	69
5.1 Séries temporais do ICASM	70
5.2 Fórmula de cálculo do ICASM	74

Ficha técnica

Co-idealização por Instituto Cactus e AtlasIntel, com estruturação metodológica e definição de questionários e metodologia de pesquisa. A análise foi realizada colaborativamente pela AtlasIntel e o Instituto Cactus, sob a orientação do Conselho Científico sob a orientação do Conselho Científico de 2023, composto por André Brunoni, Carolina Ziebold, Catarina Dahl, Christian Kieling e Elisa Kozasa.

Instituto Cactus

Maria Fernanda Quartiero DIRETORA PRESIDENTE

Bruno Ziller GERENTE EXECUTIVO

Mariana Rae ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL

Patricia Marcelino COORDENAÇÃO DO PROJETO

David Medina COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO

AtlasIntel

Andrei Roman CEO, ESTATÍSTICO CHEFE

Thiago Costa CTO

João Straub COORDENAÇÃO DO PROJETO

Felipe Lamarca GERENTE DE DADOS

Henrique Furlan ENGENHARIA DE SOFTWARE

Colaboradores

Victor Keller ANÁLISE DE DADOS

Ricardo Pitanga DESIGN GRÁFICO

Conselho Científico Independente

Carolina Ziebold UNIFESP

Alina Zoqui de Freitas Cayres USP

Adriana Marino USP

Comitê de Ética

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Santo Amaro (UNISA) no dia 06/12/2022 com o nº 63784922.4.0000.0081.

Sobre a pesquisa

O [Instituto Cactus](#), entidade independente, referência em prevenção e promoção de saúde mental no Brasil, em parceria com a [AtlasIntel](#), empresa de tecnologia especializada em inteligência de dados, desenvolveram o **Panorama da Saúde Mental**, uma ferramenta inédita e dinâmica de pesquisa e monitoramento da saúde mental dos brasileiros.

A dificuldade na obtenção de dados de qualidade no Brasil foi uma das principais motivações deste estudo. Uma pesquisa recente da IPSOS¹ apontou que 52% dos brasileiros acreditam que a saúde mental é vista como a maior preocupação na área de saúde do país, ficando à frente de temas como câncer e problemas cardíacos, por exemplo. A partir disso, os principais objetivos deste trabalho são a produção de uma série histórica sobre a saúde mental da nossa população, permitindo que o tema seja trabalhado com centralidade na nossa sociedade, e o fornecimento de dados que possam ancorar pesquisas acadêmicas, iniciativas inovadoras e o desenvolvimento de políticas públicas que fortaleçam o cuidado e a atenção com a saúde mental da população brasileira.

O resultado desse monitoramento é traduzido pelo **Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental (ICASM)**. O índice possibilita um acompanhamento sistemático e global da saúde mental da população, desenvolvido para expressar de forma numérica algumas das múltiplas dimensões que impactam positiva e negativamente a saúde mental dos indivíduos.

¹ [IPSOS Global Health Service Monitor 2023](#)

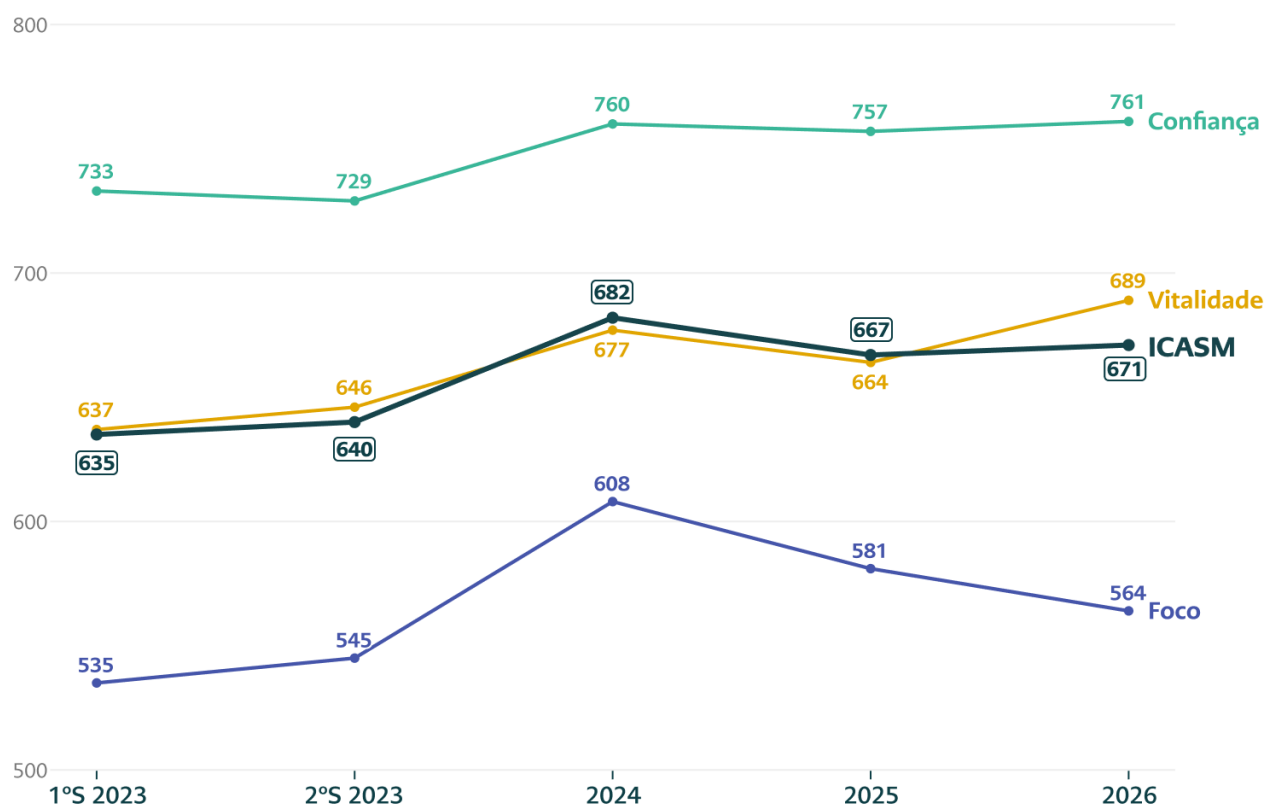
Sumário executivo

O **Panorama da Saúde Mental**, idealizado pelo Instituto Cactus em parceria com a AtlasIntel, é uma **ferramenta dinâmica de pesquisa contínua da saúde mental da população brasileira**. Realizado anualmente, ele oferece *insights* valiosos sobre os principais desafios, tendências e necessidades relacionadas à saúde mental no país. Nesta coleta, os dados refletem o impacto dos determinantes sociais sobre a saúde mental da população, destacando também as principais preocupações e fontes de estresse entre diferentes grupos populacionais. Os resultados dessa pesquisa são essenciais para embasar políticas públicas de saúde mental e direcionar esforços de promoção da saúde mental no Brasil.

Os resultados do **Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental (ICASM)** são expressos em uma escala entre 0 e 1000 a partir de uma agregação das respostas para o Questionário Geral de Saúde (GHQ-12) e permitem a avaliação de macro dinâmicas relacionadas ao contexto da saúde mental no Brasil. Nesta escala, uma pontuação de 1000 indicaria níveis máximos nas dimensões de Confiança, Vitalidade e Foco.

Em 2026, o ICASM dos respondentes foi de 671 pontos, um avanço em relação aos 635 pontos registrados na primeira coleta, em 2023, mas sem diferença em relação a 2025. Em relação às dimensões do ICASM, Confiança apresentou 761 pontos, Vitalidade teve pontuação 689 e Foco, a menor pontuação entre as três, 564 pontos. Em comparação com os dados de 2025, não houve diferença entre os valores de nenhuma das dimensões.

A 5ª coleta do Panorama da Saúde Mental, conduzida em parceria com a AtlasIntel, ouviu mais de 4,5 mil brasileiros e brasileiras com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre o estado da saúde mental da população e suas principais variáveis de influência.



Hábitos mais frequentes e sua relação com o ICASM

78%

relatou preocupação com situação financeira

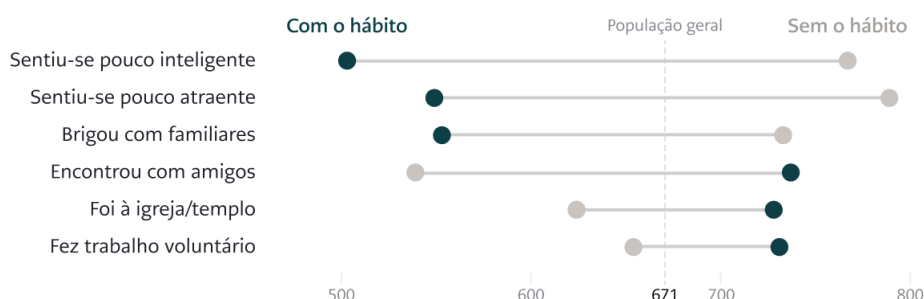
A preocupação com a condição financeira segue como um dos principais desafios para a saúde mental dos brasileiros: Mais de 3 em cada 4 respondentes (78,1%) se preocuparam com sua situação financeira ao longo das últimas duas semanas, e os valores do ICASM caem de forma constante com a frequência dessa preocupação: 825 pontos entre quem não se preocupou, contra 742 pontos entre quem se preocupou 1 a 2 vezes, e 558 pontos entre quem se preocupou 3 vezes ou mais.

37%

relatou ter se sentido sozinho

A solidão emergiu como o achado mais contundente de toda a pesquisa: mais de um terço dos brasileiros (36,5%) relatou ter se sentido sozinho nas duas semanas anteriores à pesquisa, e o ICASM cai de 782 pontos entre quem não relatou esse sentimento para 383 pontos entre quem o relatou com frequência, a maior diferença de toda a base de hábitos avaliados.

Pessoas com maiores redes de apoio e relações mais saudáveis apresentaram pontuações no ICASM mais elevadas que a média geral. Aqueles que não brigaram com familiares apresentaram ICASM de 733 pontos, em oposição a 553 pontos entre os que relataram brigas. Quanto ao encontro com amigos, quem se encontrou 3 ou mais vezes apresentou ICASM de 781 pontos, contra 539 pontos entre quem não se encontrou. A autopercepção sobre a beleza e inteligência também se mostrou entre os fatores mais relevantes: quem se sentiu pouco atraente apresentou ICASM de 549 pontos (contra 789), e quem se sentiu pouco inteligente apresentou ICASM de 503 pontos (contra 767).



Novos temas investigados nesta edição

Esta edição do Panorama incluiu, pela primeira vez, perguntas sobre medo da violência urbana, assédio, preconceito e uso de plataformas de apostas.

63%

relatou medo da violência

O medo da violência urbana é amplamente relatado (62,5% dos respondentes), mas não apresentou associação com o ICASM, sugerindo que o medo, isoladamente, nem sempre se traduz em pior saúde mental.

13%

relatou assédio ou preconceito

O medo da violência urbana é amplamente relatado (62,5% dos respondentes), mas não apresentou associação com o ICASM, sugerindo que o medo, isoladamente, nem sempre se traduz em pior saúde mental.

9%

usou plataformas de apostas

O uso de plataformas de apostas, relatado por 9,2% dos respondentes, também se mostrou associado a menores níveis do ICASM (587 pontos entre quem apostou, contra 680 entre quem não apostou).

Principais achados do uso de ferramentas de IA

Pela primeira vez, o estudo investigou o uso de inteligência artificial no geral e a percepção dos brasileiros sobre inteligência artificial em relação à saúde mental.

86%

já utilizaram ao menos uma ferramenta de inteligência artificial

O uso de inteligência artificial já é disseminado entre os brasileiros: 86,4% já utilizaram ao menos uma ferramenta de inteligência artificial, e mais da metade (51,9%) já usou geradores de texto como ChatGPT. Esse uso, porém, não é acompanhado do mesmo nível de compreensão sobre a tecnologia: apenas 31,3% dos brasileiros se autoavaliam com conhecimento médio ou alto sobre inteligência artificial, uma diferença que evidencia um hiato entre o uso da tecnologia e a compreensão sobre como ela realmente funciona.

61%

se preocupam com a forma como seus dados são utilizados

Apesar do uso disseminado, os brasileiros mantêm um ceticismo considerável em relação à inteligência artificial: mais da metade (53,8%) concorda que a inteligência artificial comete muitos erros, 61,3% se preocupam com a forma como seus dados são utilizados, e 55,7% acreditam que crianças e adolescentes não deveriam ter acesso ilimitado e irrestrito a essas ferramentas. Esse padrão sugere que a adoção da inteligência artificial no Brasil não reflete uma confiança plena na tecnologia.

8,8%

já usaram IA para se sentir menos sozinho

Usar a inteligência artificial para se sentir menos sozinho ou ter interação foi o item com a maior associação ao menor valor do ICASM entre todos os itens avaliados no módulo, superando inclusive o uso de terapia por *chatbot*, que também se mostrou fortemente associado a ICASM mais baixo (453 pontos vs. 693 entre quem não usa). O uso intenso de redes sociais também está associado tanto a usar a inteligência artificial para se sentir menos sozinho (14,4% entre uso intenso vs. 3,7% entre uso moderado) quanto a usar terapia por *chatbot* (13,6% vs. 5,4%).

52%

das pessoas com diagnóstico de transtorno mental buscaram informações sobre sintomas

Pessoas com diagnóstico de transtorno mental já demonstram maior engajamento com a inteligência artificial para fins de saúde mental: buscam informações sobre sintomas próprios via inteligência artificial mais que o dobro de quem não tem diagnóstico (51,7% vs. 24,8%), assim como locais de apoio ou tratamento (25,7% vs. 7,6%), e se sentem muito mais seguras em seguir recomendações de inteligência artificial sobre saúde mental (15,8% vs. 5,6%).

52%

concordam que existem aspectos da saúde mental que apenas um humano seria capaz de compreender

Enquanto que 29,1% discordam dessa ideia e 18,7% se declaram neutros. Mais do que um consenso amplamente majoritário, esse resultado revela uma população dividida sobre um tema central para o futuro do cuidado em saúde mental.

+2x

Mulheres têm mais que o dobro de chance de nunca terem usado nenhuma ferramenta de inteligência artificial em comparação a homens (18,7% vs. 7,8%)

Enquanto homens se autoavaliam com conhecimento médio ou alto sobre inteligência artificial numa proporção muito maior do que mulheres (43,1% vs. 20,9%).

1. Metodologia e Perfil da amostra

Metodologia

O Panorama da Saúde Mental disponibiliza dados robustos e metodologicamente consistentes, desenvolvido para apoiar análises, revisões de literatura e estudos acadêmicos, tanto de forma independente quanto como fonte de corroboração de achados obtidos por outras metodologias.

A metodologia empregada pelo Panorama permite obtermos uma **base de dados com representatividade estatística**. O recrutamento é realizado através do Atlas RDR (Random Digital Recruitment), onde usuários de internet recebem convites aleatórios para responder os questionários das pesquisas Atlas através de web banners contratados programaticamente. Os banners aparecem em sites de conteúdo geral, aplicativos de celular, sites de busca (Google), e plataformas de conteúdo vídeo (YouTube), buscando replicar o universo de conteúdo normalmente visitado pelos usuários brasileiros de internet.

A não-resposta é uma característica inerente a pesquisas realizadas em ambiente digital e pode afetar a composição final da amostra. Quando determinados grupos apresentam maior ou menor propensão a participar, ocorre o viés de autosseleção, que tende a gerar discrepâncias entre a amostra obtida e a população de referência. Para contrabalançar os vieses de não-resposta e autosseleção, são utilizados instrumentos que atribuem pesos às respostas individuais da pesquisa. Esses pesos corrigem a proporção de subpopulações na amostra, tornando-a mais representativa da população total. O processo de atribuição de pesos é feito em duas etapas. Inicialmente, as proporções de probabilidades conjuntas são corrigidas para criar um bom ponto de partida. Em seguida, um processo iterativo é utilizado para ajustar finamente as proporções com base em parâmetros de controle selecionados.

A metodologia de coleta e gestão de dados baseia-se em instrumentos autoaplicáveis e validados internacionalmente: o *General Health Questionnaire* de 12 itens (GHQ-12) e o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). O GHQ-12 foi testado em estudo multicêntrico coordenado pela Organização Mundial da Saúde, que avaliou sua validade em diferentes contextos culturais (Goldberg et al., 1997), e posteriormente adaptado e validado em países como Irã, Malásia, Brasil e Espanha, entre outros. O PHQ-9 teve sua acurácia diagnóstica avaliada em metanálise de dados individuais reunindo estudos de múltiplos países (Levis et al., 2019) e é um instrumento de uso gratuito, o que facilita sua tradução e aplicação sem custos de licenciamento.

Por serem instrumentos breves e autoaplicáveis, ao contrário de entrevistas clínicas estruturadas, que exigem aplicador treinado e maior tempo de aplicação por respondente, o GHQ-12 e o PHQ-9 permitem coleta remota em larga escala, reduzindo custo e tempo sem comprometer a comparabilidade psicométrica dos resultados. Essa combinação de validação internacional e baixa exigência operacional viabiliza a criação de uma base de métricas unificadas em escala global e a construção de séries históricas com mais consistência do que abordagens baseadas em instrumentos desenvolvidos especificamente para um único estudo ou em coleta presencial.

Módulo Fixo

A pesquisa conta com um módulo fixo, composto por três elementos centrais: o **Questionário Geral de Saúde** (GHQ-12 / *General Health Questionnaire*), utilizado e validado internacionalmente, a partir do qual se constrói o **Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental** (ICASM); o **Questionário de Saúde do Paciente** (PHQ-9 / *Patient Health Questionnaire*), também validado internacionalmente. Além dos instrumentos padronizados, a pesquisa inclui **um conjunto de perguntas desenvolvidas internamente sobre o cotidiano e os hábitos dos brasileiros**. Essas perguntas foram elaboradas a partir de literatura consolidada sobre determinantes sociais da saúde mental, que reconhece fatores como renda, trabalho, moradia e acesso a serviços de saúde como determinantes centrais do bem-estar psicológico (OMS & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014)¹, e sobre hábitos cotidianos associados a maior ou menor risco de adoecimento mental, como atividade

¹ World Health Organization, & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). Social determinants of mental health. World Health Organization.

física, sono, uso de telas e consumo de substâncias (Firth et al., 2020)¹. Essa ancoragem teórica garante que as perguntas de elaboração própria, ainda que não sejam instrumentos psicométricos validados como o GHQ-12 e o PHQ-9, estejam alinhadas a construtos já estabelecidos na literatura internacional sobre saúde mental.

A partir das dimensões do GHQ-12, os dados permitem a criação do ICASM, indicador inédito que utiliza uma escala de 0 a 1000 para refletir o estado geral da saúde mental da população brasileira em um determinado período de tempo, bem como acompanhar sua evolução ao longo do tempo.

Módulo Variável

Além do módulo fixo, o estudo possui módulos variáveis a serem aplicados a cada nova coleta com o objetivo de investigar temas que integram a multifatorialidade contida no universo da saúde mental. O módulo variável desta edição da pesquisa aborda o tema do uso da **Inteligência Artificial (IA)** no cotidiano e também no contexto da saúde mental, com base em um questionário desenvolvido pelo time de especialistas de saúde mental do Instituto Cactus, à partir de estudos sobre essa temática.

Limites da pesquisa

É importante destacar que, dentro de grupos específicos, especialmente grupos minorizados e pouco representados na amostra, como pessoas pansexuais, não-binárias, indígenas ou transgênero, os resultados têm uma margem de erro maior, porque menos pessoas desses grupos participaram da pesquisa. A margem de erro de cada segmento demográfico foi avaliada por um intervalo de confiança de 95%, levando em conta as respostas observadas e os pesos amostrais. Em muitos casos, essa margem de erro é grande demais para permitir qualquer conclusão informativa. Por isso, tratamos esses dados com cautela redobrada ao longo do relatório, para não gerar estigmas ou narrativas que não reflitam de fato a realidade dessas populações.

Os dados apresentados neste relatório passaram por análises estatísticas que incorporam os pesos amostrais e a incerteza das estimativas. Apresentamos apenas as diferenças estatisticamente significativas, ou seja, grandes o suficiente relativo ao grau de incerteza para que seja muito improvável que tenham surgido por acaso. Também foram realizadas correções adicionais para reduzir o risco de falsos positivos diante do grande número de comparações feitas neste relatório. Vale destacar que a ausência de um resultado específico neste relatório pode ter duas origens diferentes: ou a diferença entre os grupos analisados não foi estatisticamente significativa, ou o tamanho da subamostra de algum dos grupos era pequeno demais para permitir uma conclusão confiável. Nesses casos, optamos por não apresentar o dado, em vez de arriscar uma leitura equivocada. Por fim, utilizamos pesos amostrais, que ajustam os resultados para que a amostra reflita melhor a população brasileira como um todo, em características como idade, gênero e região. É por isso que, ao longo deste relatório, expressões como “os brasileiros” ou “a população brasileira” devem ser lidas como uma estimativa baseada nessa amostra ponderada, e não como uma contagem exata. Os percentuais apresentados refletem a melhor estimativa estatística para a população brasileira, a partir dos dados ponderados coletados nesta pesquisa.

As respostas desta pesquisa foram coletadas em um único momento no tempo, o que significa que as associações apresentadas ao longo deste relatório não devem ser lidas como relações de causa e efeito. Por exemplo, quando dizemos que solidão está associada a pior saúde mental, isso pode significar que a solidão piora a saúde mental, que uma saúde mental já fragilizada leva à solidão, ou que ambas resultam de um terceiro fator em comum. Essas possibilidades não podem ser distinguidas apenas com os dados desta pesquisa. Porém, quando relevante, o texto indica explicitamente qual dessas leituras é mais provável dado o que se sabe a respeito dos fenômenos em questão.

¹ Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., Gilbody, S., Torous, J., Teasdale, S. B., Jackson, S. E., Smith, L., Eaton, M., Jacka, F. N., Veronese, N., Marx, W., Ashdown-Franks, G., Siskind, D., Sarris, J., Rosenbaum, S., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2020). A meta-review of “lifestyle psychiatry”: The role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, 19(3), 360–380.

Metodologia de coleta

Random Digital Recruitment¹**Atlas RDR**

População alvo

**População brasileira
acima de 16 anos**

Amostra

4.601 respondentesMargem de erro²**±1,4 p.p.**

Período

Abril a Junho de 2026

Nível de confiança da margem de erro

95%

Perfil da amostra

SEXO	PERCENTAGEM	MARGEM DE ERRO
Mulher	53,1%	± 2,5 p.p.
Homem	46,9%	± 1,8 p.p.

FAIXA ETÁRIA

16-24	14%	± 3,9 p.p.
25-34	16,9%	± 3,3 p.p.
35-44	21,4%	± 3,4 p.p.
45-59	26,6%	± 2,7 p.p.
60-100	21,2%	± 3,2 p.p.

RAÇA

Branca	49,6%	± 1,8 p.p.
Parda	38,5%	± 2,7 p.p.
Preta	10%	± 6,3 p.p.
Amarela	1,5%	± 13,3 p.p.
Indígena	0,4%	± 31,0 p.p.

RENDA FAMILIAR MENSAL

Até R\$ 2.000	24,1%	± 6,4 p.p.
R\$ 2.000 a R\$ 3.000	17,8%	± 4,9 p.p.
R\$ 3.000 a R\$ 5.000	21,8%	± 3,4 p.p.
R\$ 5.000 a R\$ 10.000	24,1%	± 2,7 p.p.
Acima de R\$ 10.000	12,2%	± 2,3 p.p.

PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELO SUSTENTO DA CASA

Eu mesmo	56,1%	± 1,7 p.p.
Cônjuge	23,3%	± 4,0 p.p.
Pai/mãe	17,3%	± 3,6 p.p.
Outros	1,4%	± 10,1 p.p.
Filho/enteado	1,2%	± 22,5 p.p.
Avós	0,6%	± 20,0 p.p.

IDENTIDADE DE GÊNERO	PERCENTAGEM	MARGEM DE ERRO
Cisgênero	96%	± 1,5 p.p.
Gênero fluído	3,4%	± 13,3 p.p.
Transgênero	0,6%	± 17,9 p.p.

ORIENTAÇÃO SEXUAL

Heterossexual	88,7%	± 1,5 p.p.
Homossexual	4,5%	± 6,7 p.p.
Outra	4,4%	± 20,4 p.p.
Bissexual	2,2%	± 7,7 p.p.
Pansexual	0,1%	± 23,1 p.p.

REGIÃO

Sudeste	41,8%	± 2,1 p.p.
Nordeste	26,1%	± 2,9 p.p.
Sul	14,7%	± 3,4 p.p.
Norte	9,5%	± 7,0 p.p.
Centro-Oeste	7,9%	± 5,5 p.p.

ESTADO CIVIL

Casado	50,1%	± 2,0 p.p.
Solteiro	37%	± 2,4 p.p.
Divorciado	6,3%	± 5,4 p.p.
Separado	4,6%	± 9,3 p.p.
Viúvo	2,1%	± 10,8 p.p.

RELIGIÃO

Católico	45,5%	± 2,3 p.p.
Evangélico	25,8%	± 3,5 p.p.
Crente sem religião	12,1%	± 4,2 p.p.
Outra religião	8,2%	± 4,6 p.p.
Agnóstico ou ateu	6,3%	± 3,4 p.p.
Religião de matriz africana (Candomblé, Umbanda, etc.)	2,1%	± 8,3 p.p.

¹ O recrutamento e participação na pesquisa ocorre no formato online. Portanto, os respondentes representam a população com acesso à internet. A estimação é feita através da metodologia proprietária da AtlasIntel. A população sem acesso aos questionários da Atlas é representada via proxy na amostra final mediante a operacionalização de pesos maiores para respondentes com as mesmas características em termos de geolocalização, nível socioeconômico, escolaridade, e faixa etária.

Perfil da amostra (continuação)

OCUPAÇÃO	PERCENTAGEM	MARGEM DE ERRO	ESCOLARIDADE	PERCENTAGEM	MARGEM DE ERRO
Empregado	54,8%	± 2,3 p.p.	Ensino fundamental completo ou incompleto, ou sem educação formal	35%	± 12,2 p.p.
Desempregado	13,9%	± 6,7 p.p.	Ensino médio completo ou incompleto	40,7%	± 2,9 p.p.
Aposentado	8,7%	± 5,4 p.p.	Ensino superior completo ou incompleto	24,4%	± 1,7 p.p.
Estudante	6%	± 8,0 p.p.			
Outra ocupação	8,6%	± 8,9 p.p.			
Tarefas domésticas	8%	± 11,2 p.p.			
TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO			IDADE DO FILHO MAIS NOVO		
Profissional assalariado (carteira de trabalho)	54,8%	± 2,9 p.p.	Até 2 anos	6,8%	± 6,9 p.p.
Profissional liberal ou autônomo (MEI)	24,7%	± 4,6 p.p.	3 até 5 anos	8,2%	± 7,0 p.p.
Trabalhador informal	12,1%	± 10,2 p.p.	6 até 8 anos	7%	± 6,8 p.p.
Empresário	8,4%	± 6,8 p.p.	9 até 11 anos	6,5%	± 7,4 p.p.
DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO RELACIONADO À SAÚDE MENTAL (12 MESES)			12 até 17 anos	12,7%	± 5,1 p.p.
Não	81%	± 1,6 p.p.	18 anos ou mais	55,7%	± 2,8 p.p.
Sim	16%	± 3,5 p.p.	Grávida/esperando filho(a)	3,1%	± 15,1 p.p.
Prefiro não responder	2,9%	± 10,9 p.p.	TEM FILHO(S) OU ESTÁ ESPERANDO?		
PESSOA COM DEFICIÊNCIA			Sim	62,3%	± 2,0 p.p.
Não	93,2%	± 1,5 p.p.	Não	37,7%	± 2,1 p.p.
Sim	6,8%	± 6,3 p.p.			

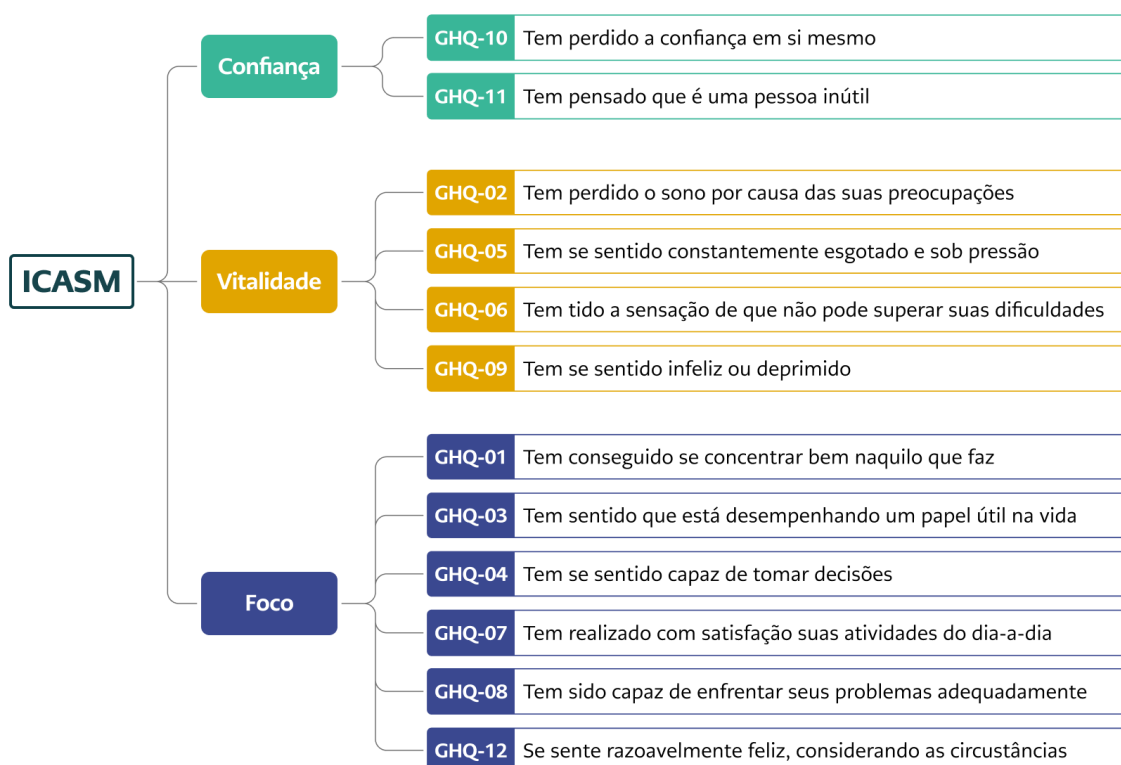
NOTA: Percentuais ponderados pelo peso amostral. A margem de erro de cada segmento é calculada sobre o tamanho amostral bruto daquele grupo (não ponderado), no cenário mais conservador ($p=50\%$), ao nível de confiança de 95%. Por isso categorias com poucos respondentes (ex.: Indígena, Viúvo, Pansexual, Trabalhador informal) apresentam margens de erro bem maiores, e devem ser interpretadas com cautela. "Raça" tem 108 respondentes sem resposta válida, considerados apenas entre as respostas válidas. "Situação de trabalho/ocupação" combina a pergunta principal (Empregado/Desempregado/Fora do mercado de trabalho) com a pergunta de detalhamento de ocupação (Aposentado/Estudante/Tarefas domésticas/Outra ocupação, respondida apenas por quem está fora do mercado de trabalho); 1.834 respondentes (39,9%) não têm resposta válida na pergunta principal e foram excluídos desta tabela. "Idade do filho mais novo" e "Tipo de vínculo empregatício" são perguntas condicionais, respondidas apenas por quem declarou ter filho(s)/estar esperando e por quem está empregado, respectivamente.

2. Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental (ICASM)

Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental (ICASM)

O Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental reflete, dentro de um número único, o estado geral da saúde mental da população brasileira, permitindo acompanhar sua evolução ao longo do tempo e realizar comparações com outros países. Com base nesses objetivos, o índice foi construído a partir das dimensões do **Questionário Geral de Saúde (GHQ-12)**.

A presente pesquisa realizou estudo de análise fatorial, que identificou três agrupamentos de respostas correlacionadas ao GHQ-12. Para fins expositivos, chamaremos essas dimensões de **Confiança**, **Vitalidade** e **Foco**.



A **confiança** reflete a autoestima que o indivíduo tem sobre si mesmo e a autoconfiança sobre seu papel na sociedade.

A **vitalidade** reflete a disposição e a capacidade de ação dos indivíduos para superar os desafios e adversidades do cotidiano, assim como o sofrimento psíquico associado a eles e o seu sofrimento psíquico diante delas.

O **foco** reflete a habilidade de o indivíduo se relacionar com seu entorno de forma produtiva, conseguindo se concentrar, tomar decisões e realizar suas atividades cotidianas.

As três dimensões possuem pesos iguais dentro do ICASM e devem ser lidos em conjunto e de forma complementar para uma visão mais ampla acerca do bem-estar psíquico de uma população. Para uma visão completa sobre a saúde mental é importante que estes indicadores sejam lidos em conjunto com os contextos e estruturas sociais em que os respectivos grupos estudados estão inseridos.

Metodologia de cálculo e interpretação do ICASM

O **ICASM** é calculado em uma **escala entre 0 e 1000 pontos** e representa a média simples dos resultados em cada uma de suas três dimensões: Confiança, Vitalidade e Foco. O ICASM pode ser estimado em nível individual e, a partir de médias, em nível de grupos e da sociedade como um todo.

Em **nível individual**, um resultado próximo a mil seria associado ao máximo de foco, vitalidade e confiança que a pessoa pode declarar no contexto do Questionário de Saúde Geral (GHQ-12).

Em **nível de sociedade**, um resultado próximo a mil corresponderia a uma situação na qual todas as pessoas reportaram esse nível máximo. No polo oposto, um resultado próximo a zero corresponderia a uma situação de completa perda de confiança, vitalidade e foco para todos os membros da sociedade. No entanto, esses dois extremos são construções teóricas, pois é difícil imaginar que uma situação de estresse extremo ou de perfeita harmonia possa ser alcançada por todos em algum momento.

O ICASM possibilita um **acompanhamento sistemático** da saúde mental da população, informando aos tomadores de decisão e a sociedade como um todo sobre um fenômeno crucial para a nossa sociedade, mas tão pouco abordado no espaço público.

É importante destacar que o **ICASM não é um diagnóstico clínico**. Tanto no nível do indivíduo quanto da sociedade, a abordagem psicométrica precisa ser entendida como uma âncora de análise e previsão, não como um diagnóstico determinístico e definitivo. O ICASM não pretende ser conclusivo sobre uma definição única de saúde mental, que, por sua natureza, envolveria a discussão de diversos outros componentes individuais e estruturais. O ICASM se propõe a ser uma ferramenta que, por sua recorrência e granularidade de informações, poderá, de forma inédita, ancorar o desenvolvimento de iniciativas e políticas públicas para fortalecer o cuidado com a saúde mental da população, além de orientar pesquisas acadêmicas e inovações nesse campo.

3. Resultados

3.1 Resultado global do ICASM

Resultado global do ICASM

O ICASM de 2026 foi de 671 pontos, mantendo a tendência de estabilidade observada desde 2025.

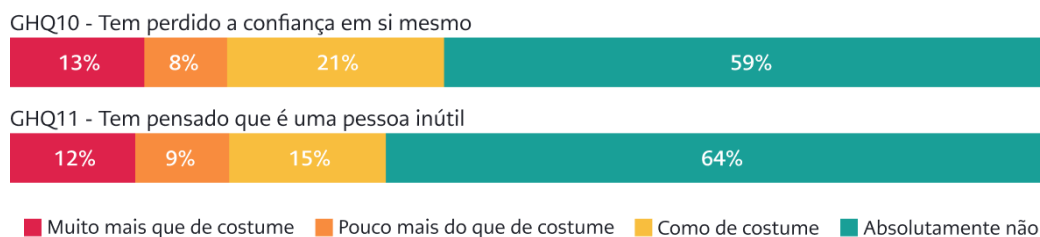
O componente Confiança teve pontuação de 761, Vitalidade teve pontuação de 689 e Foco teve pontuação de 564, reafirmando Foco como a dimensão mais frágil da série histórica. Estes valores serão discutidos adiante.



Resultados ICASM por dimensões

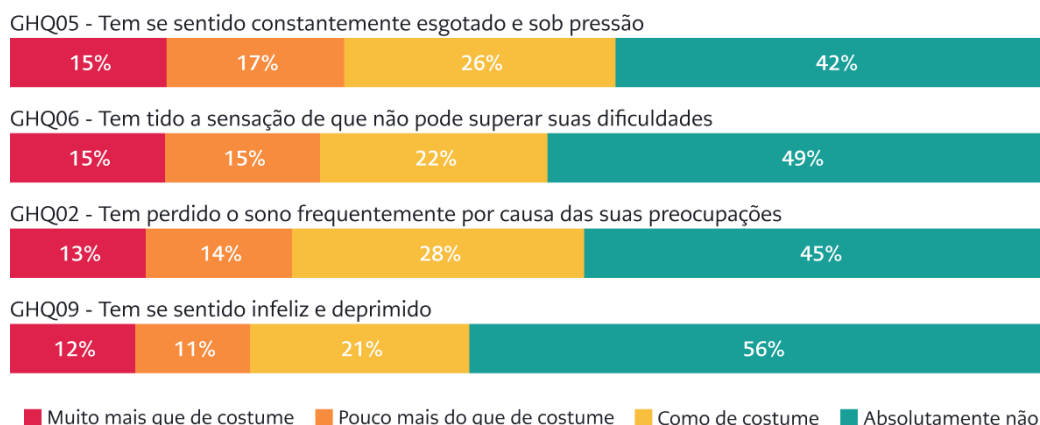
Confiança [761]

Nessa pesquisa, a maioria das pessoas (58,8%) relatou não ter perdido a confiança em si mesmas nas últimas duas semanas. Em relação ao sentimento de inutilidade, pergunta que também compõe essa dimensão, um percentual significativo (36,1%) relatou ter se sentido uma pessoa inútil em algum grau, com variações na intensidade e frequência desse sentimento. Ainda assim, Confiança segue sendo a dimensão mais sólida do índice, com resultado consistentemente acima das demais ao longo de toda a série histórica.



Vitalidade [689]

Mais da metade dos respondentes (54,9%) relatou algum grau de perda de sono por preocupação nesse período, sendo que 13% indicaram ter perdido de 14 dias antes da pesquisa muito mais sono do que o habitual. Em relação a sentir-se constantemente esgotado e sob pressão, 58% relataram esse sentimento em algum grau, com 14,6% relatando intensidade muito acima do habitual. A sensação de não conseguir superar as próprias dificuldades também esteve presente para 51,3% dos respondentes. Por fim, quanto a sentir-se infeliz e deprimido, 44% relataram esse sentimento em algum grau nas últimas duas semanas, ainda que essa tenha sido a pergunta com a menor prevalência dentro da dimensão.



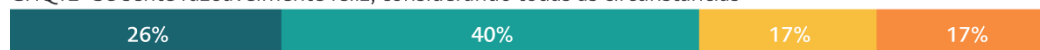
Foco [564]

Aproximadamente 40% das pessoas relataram não ter conseguido se concentrar como de costume nas últimas duas semanas, sendo 16,7% relatando piora forte, o pior resultado entre as 12 perguntas que compõem o ICASM. Em relação a sentir-se desempenhando um papel útil na vida, 44,2% relataram alguma piora, com 21,7% relatando piora forte. A capacidade de tomar decisões foi a que apresentou o melhor resultado dentro dessa dimensão: apenas 28,1% relataram alguma piora. Já a satisfação com as atividades diárias (43,8% com alguma piora) e a capacidade de enfrentar problemas adequadamente (35,6% com alguma piora) seguiram padrão semelhante ao das demais perguntas da dimensão. Por fim, 34% relataram sentir-se menos felizes do que de costume, considerando todas as circunstâncias. Esses resultados reforçam Foco como o principal ponto de atenção para políticas voltadas à saúde mental da população brasileira.

GHQ04 - Tem se sentido capaz de tomar decisões



GHQ12- Se sente razoavelmente feliz, considerando todas as circunstâncias



GHQ08 - Tem sido capaz de enfrentar seus problemas adequadamente



GHQ07- Tem realizado com satisfação suas atividades normais do dia-a-dia



GHQ03 - Tem sentido que está desempenhando um papel útil na vida



GHQ01 - Tem conseguido se concentrar bem naquilo que faz



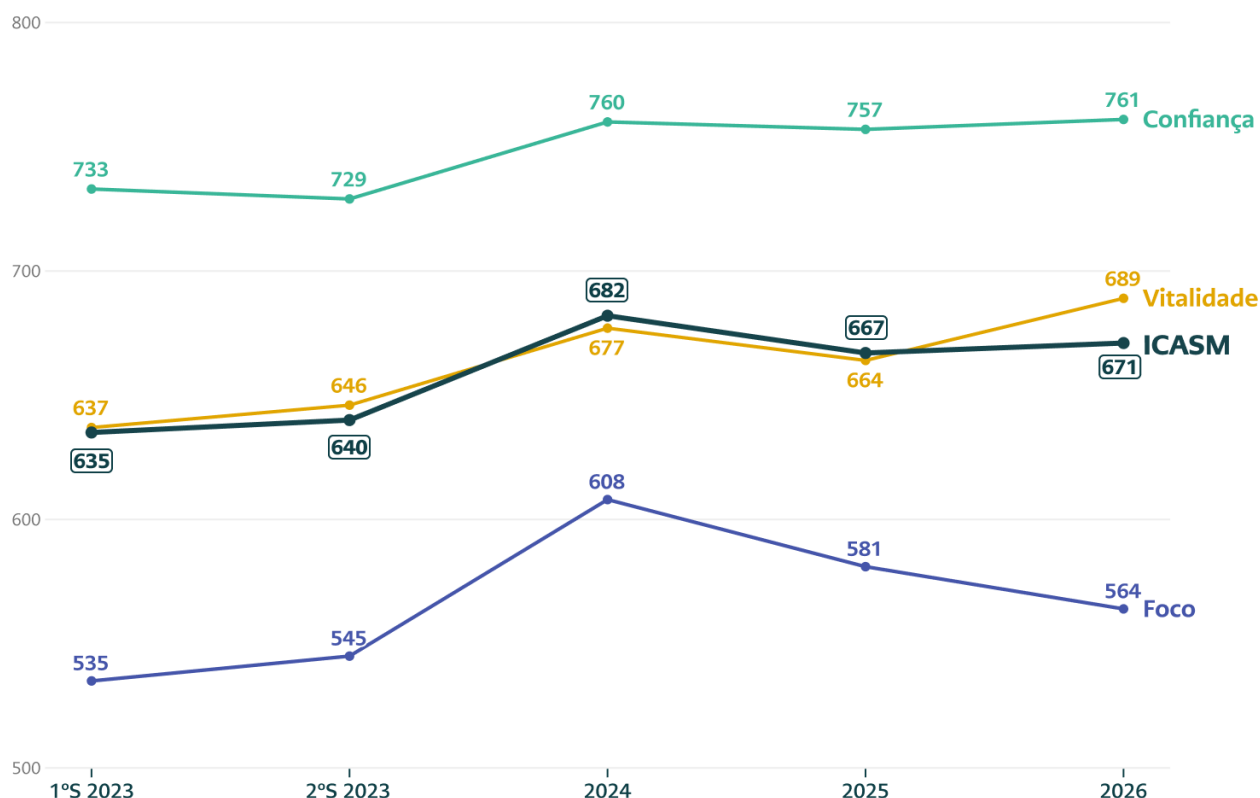
■ Mais do que de costume ■ Como de costume ■ Pouco menos do que de costume ■ Muito menos do que de costume

*Pontuações das respostas em escala Likert (%). A soma dos valores pode variar entre 99% e 101% devido a arredondamento.

Série temporal do ICASM

A série histórica do ICASM, iniciada no 1º semestre de 2023, revela uma trajetória de melhora ao longo do tempo. O índice partiu de 635 pontos na primeira coleta (1º semestre de 2023), manteve-se estável no semestre seguinte (640 pontos), e apresentou um salto significativo no 1º semestre de 2024, 682 pontos, uma alta de 42 pontos em relação à coleta anterior.

Nas duas coletas mais recentes, o índice se manteve em um patamar mais elevado e estável, sem diferenças significativas entre si: 667 pontos em 2025 e 671 pontos em 2026. Comparando com o início da série, todas as três coletas mais recentes (2024, 2025 e 2026) apresentam ICASM superior ao registrado no 1º semestre de 2023, sugerindo uma melhora real e sustentada na saúde mental da população brasileira ao longo do período monitorado pela pesquisa.



Dimensões: Confiança, Vitalidade e Foco

A série histórica revela que a melhora do ICASM ao longo do tempo não ocorreu de forma uniforme entre suas três dimensões. Confiança se manteve estatisticamente estável em todas as cinco ondas de coleta (variando entre 729 e 761 pontos, sem diferença significativa em nenhuma comparação).

O ganho inicial do ICASM esteve concentrado principalmente na dimensão Foco, que apresentou o salto mais expressivo de toda a série entre o 2º semestre de 2023 e o 1º semestre de 2024 (aumento de 62,3 pontos), ganho que, no entanto, não se sustentou integralmente até 2026, quando Foco deixou de ser significativamente diferente do patamar inicial de 2023. Vitalidade, por sua vez, apresentou um padrão mais intermitente.

3.2 Comparativo ICASM por demografias

Comparativo ICASM por demografias

Nacional (referência): ICASM 671 · Confiança 761 · Vitalidade 689 · Foco 564

Categoria	ICASM	Confiança	Vitalidade	Foco
Gênero				
Homem	693	788	705	586
Mulher	652	738	674	544
Idade				
16 - 24	638	717	663	534
25 - 34	591	676	627	471
35 - 44	599	681	593	524
45 - 59	690	767	690	612
60 - 100	806	932	849	637
Identidade de gênero				
Cisgênero	665	755	680	560
Transgênero*	668	706	601	698
Gênero fluido*	849	945	947	656
Orientação sexual				
Heterossexual	679	778	696	562
Homossexual*	679	762	724	552
Bissexual	585	654	600	502
Pansexual*	585	614	584	556
Outra*	556	478	545	645
Renda familiar mensal				
Até R\$ 2.000,00	586	665	639	454
R\$ 2.000 a R\$ 3.000	624	711	627	535
R\$ 3.000 a R\$ 5.000	718	836	727	590
R\$ 5.000 a R\$ 10.000	754	846	755	661
Acima de R\$ 10.000	662	723	677	586
Escolaridade				
Ensino fundamental	698	791	736	567
Ensino médio	645	737	649	548
Ensino superior	677	759	686	585
Região				
Norte	717	770	714	667
Nordeste	654	768	682	512
Centro-Oeste*	759	820	757	700
Sudeste	665	751	687	558
Sul	641	741	649	535

Comparativo ICASM por demografias

Nacional (referência): ICASM 671 · Confiança 761 · Vitalidade 689 · Foco 564

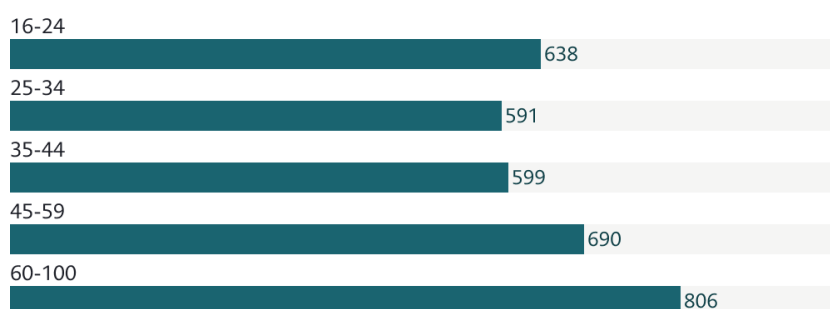
Categoria	ICASM	Confiança	Vitalidade	Foco
Raça				
Branca	669	749	691	567
Preta*	692	826	763	487
Parda	671	760	669	583
Amarela*	714	865	712	566
Indígena*	749	885	770	589
Religião				
Católico	703	786	716	605
Evangélico	652	748	674	535
Crente sem religião	610	715	627	489
Outra religião	701	806	710	586
Agnóstico ou ateu	617	678	644	529
Religião de matriz africana	622	712	669	486
Estado civil				
Solteiro	614	675	629	540
Casado	708	809	719	596
Separado*	653	834	765	360
Divorciado	709	791	712	623
Viúvo	725	899	783	492
Situação de trabalho				
Empregado	670	735	674	601
Desempregado*	568	711	643	350
Fora do mercado de trabalho	663	768	711	511
Pessoa com deficiência				
Não	672	761	690	565
Sim*	662	760	673	553
Diagnóstico de transtorno (12 meses)				
Não	700	797	721	584
Sim	553	616	550	493
Prefiro não responder*	515	577	413	413

*As margens de erro são proporcionalmente maiores em grupos com menor representatividade amostral (marcados com asterisco nas tabelas), o que pode fazer com que alguns valores pareçam contraintuitivos. Esses valores não refletem necessariamente um padrão real da população, são apenas menos confiáveis, por derivarem de poucos respondentes. Por isso, não devem ser usados como base para análises ou conclusões, para evitar o risco de reforçar estereótipos ou sustentar interpretações equivocadas.

A análise por categorias demográficas identificou três fatores associados a diferenças significativas no ICASM:

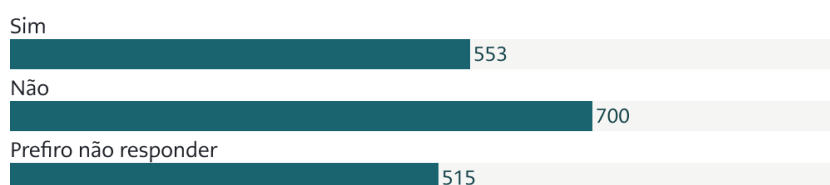
Idade

A Idade apresentou a associação mais forte de toda a análise, com o ICASM aumentando conforme a idade avança. Respondentes de 60 anos ou mais apresentam ICASM significativamente superior a todas as demais faixas etárias: 806 pontos, contra 638 entre os de 16 a 24 anos, 591 entre os de 25 a 34 anos, 599 entre os de 35 a 44 anos e 690 entre os de 45 a 59 anos. Adicionalmente, a faixa de 25 a 34 anos (591) também é significativamente inferior à de 45 a 59 anos (690), reforçando que o ganho de saúde mental associado à idade não é linear, concentrando-se sobretudo a partir da meia-idade e se consolidando entre os mais velhos.



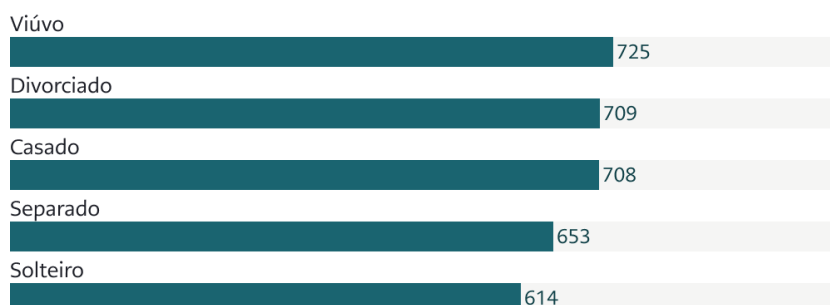
Diagnóstico de transtorno mental (12 meses)

O diagnóstico de transtorno mental representou a maior diferença isolada entre os três fatores analisados. Respondentes sem diagnóstico apresentam ICASM de 700 pontos, consistentemente superior tanto ao dos diagnosticados (553 pontos; uma diferença de 147 pontos) quanto ao dos que preferem não responder (515 pontos). Esse padrão chama atenção para a importância de ampliar o acesso ao acompanhamento adequado, o que inclui diagnóstico, já que a ausência de suporte formal pode estar associada a piores resultados de saúde mental entre quem convive com um transtorno.



Estado civil

O Estado civil também esteve associado a diferenças significativas no ICASM: pessoas casadas apresentaram 708 pontos, contra 614 entre solteiras; uma diferença de 97 pontos. Embora de magnitude mais modesta do que os dois fatores anteriores, esse achado reforça a importância de vínculos afetivos estáveis como um componente relevante do bem-estar psicológico.

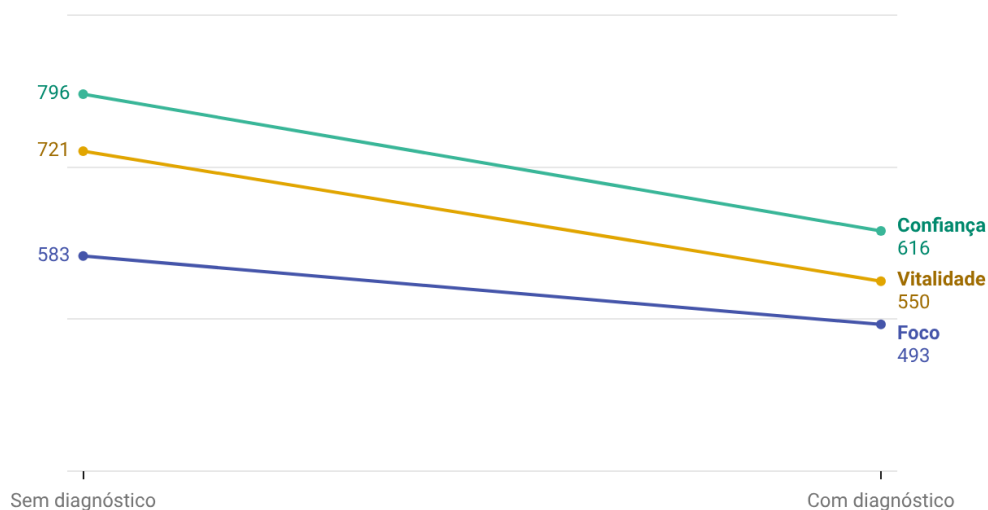


Dimensões (Confiança, Vitalidade e Foco):

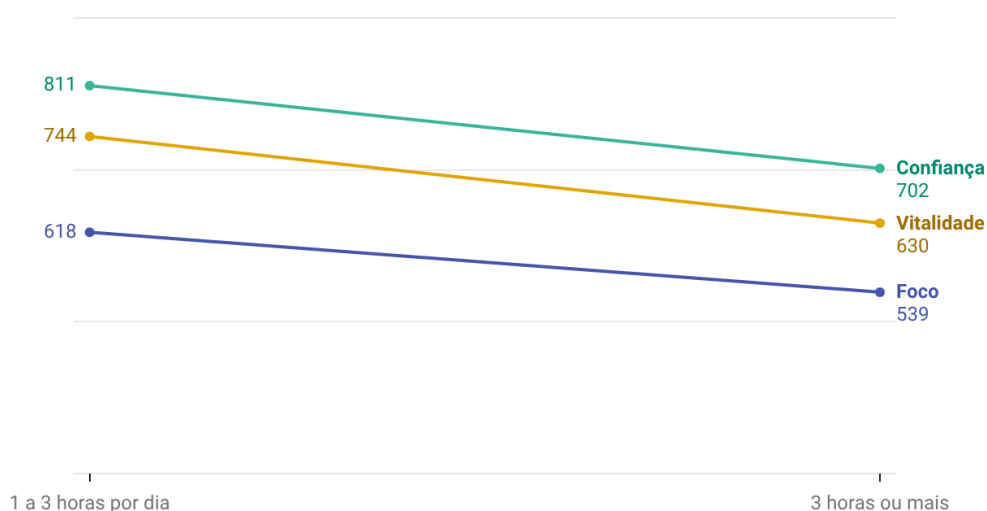
Uma análise mais aprofundada revela que as três dimensões que compõem o ICASM, Confiança, Vitalidade e Foco, não respondem da mesma forma aos fatores demográficos.

Dois fatores afetam as três dimensões de forma ampla, sem se concentrar em um único aspecto da saúde mental: o diagnóstico de transtorno mental está associado a valores mais baixos em Confiança (616 contra 796 entre quem não tem diagnóstico), Vitalidade (550 contra 721) e Foco (493 contra 583); e o uso intenso de redes sociais (3 horas ou mais por dia) está associado a menor pontuação nas três dimensões: Confiança (702), Vitalidade (630) e Foco (539), em comparação aos demais níveis de uso, como o de 1 a 3 horas por dia (811, 744 e 618, respectivamente).

Diagnóstico de transtorno de saúde mental



Frequência de uso de redes sociais



3.3 Questionário de Saúde Mental (PHQ-9)

Questionário de Saúde Mental (PHQ-9)

Metodologia

O Questionário sobre a Saúde Mental do Paciente (em inglês, *PHQ-9 - Patient Health Questionnaire*) foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Columbia (EUA) e trata-se de um instrumento de rastreio de presença e gravidade dos sintomas de transtorno depressivo maior (TDM) nos indivíduos. No Brasil, o PHQ-9 foi validado em estudo de base populacional que testou sua sensibilidade e especificidade em comparação com entrevista estruturada realizada por terceiros (Santos et al., 2013)¹, e teve suas propriedades psicométricas confirmadas em uso autoaplicado, em amostra nacional de mais de dez mil adultos (Faro et al., 2025)².

O questionário é composto por nove perguntas:

1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas;
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva;
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume;
4. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia;
5. Falta de apetite ou comendo demais;
6. Se sentir mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a);
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão;
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume?
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a).

Escala de frequência

Como o presente estudo tem a intenção de usar o PHQ-9 apenas como parâmetro informativo e não diagnóstico, apenas a porcentagem das respostas foi avaliada.

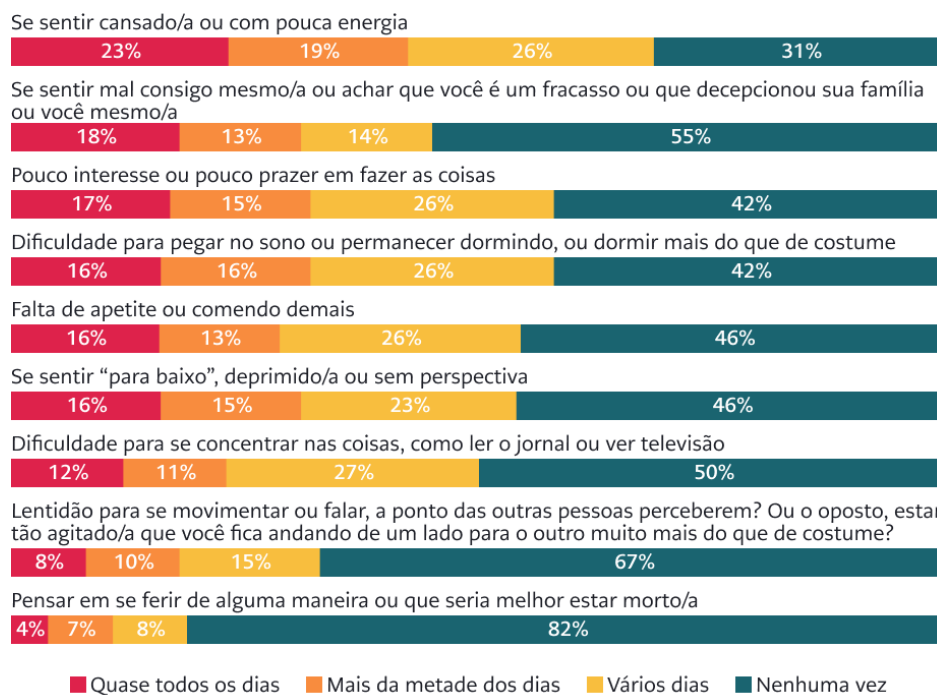
¹ Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P., Silva, N. T. B., Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1533–1543.

² Faro, A., Nunes, D., & Falk, D. (2025). Depressive symptomatology in Brazil: Perspectives of statistical and psychometrics analyses of the PHQ-9 at four time-points (2020–2023) in the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1440054.

Respostas do PHQ-9

Os dados do PHQ-9 desta coleta revelam sinais importantes em diversas dimensões da saúde mental dos respondentes. Os resultados serão explorados abaixo.

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?



Nesta coleta, a sensação de cansaço se apresenta como a maior queixa dos respondentes (68,8%), seguida por mudanças nos hábitos de sono (58,3%), mudanças nos hábitos alimentares (53,9%), sentimentos depressivos ou falta de perspectiva (53,6%), pouco interesse ou prazer em fazer as coisas (57,9%), dificuldades de concentração (50,1%) e se sentir mal consigo mesmo ou como um fracasso (45,4%).

Um dado relevante diz respeito a pensamentos de se ferir ou de que seria melhor estar morto: 18,2% dos respondentes relataram ter tido esse tipo de pensamento em alguma frequência nas duas semanas anteriores. Esse dado se torna ainda mais preocupante diante do cenário de aumento dos casos de suicídio no país na última década: segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde¹, os casos de suicídio no Brasil cresceram 43% entre 2010 e 2019, passando de 9.454 para 13.523 registros, uma tendência de alta que estudos mais recentes indicam ter se mantido nos anos seguintes. Esse cenário reforça a necessidade de ampliar o acesso a serviços de prevenção e acolhimento em saúde mental, sobretudo para populações em maior situação de vulnerabilidade e sofrimento psíquico.

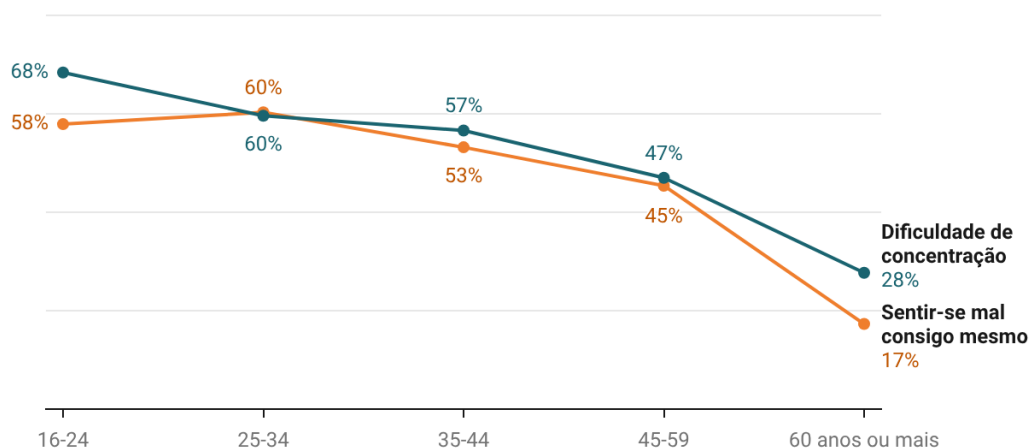
De forma geral, observa-se que os respondentes apresentaram queixas significativas em relação a comportamentos ligados à saúde mental, reforçando o impacto desse tema no dia a dia das pessoas e a necessidade de aumentar os esforços coletivos e públicos para evitar o adoecimento e ampliar o cuidado em saúde mental para a população.

¹ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. (2021). Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico, 52(33). Ministério da Saúde.

PHQ-9 e demografias

O diagnóstico de transtorno mental foi o fator mais forte e consistente na análise por demografias, associado a diferenças significativas em todas as nove perguntas do PHQ-9, com destaque para sentir-se para baixo ou deprimido (79,4% entre diagnosticados, contra 48,2% entre não diagnosticados) e lentidão ou agitação (58,8% vs. 28%).

A idade também se mostrou fortemente associada à maioria dos hábitos descritos no PHQ-9. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas foi relatado por 83,6% dos jovens de 16-24 anos, contra 49,1% dos de 45-59 anos e 40,4% dos de 60 anos ou mais. Sentir-se para baixo ou deprimido seguiu padrão semelhante: 70,5% entre 16-24 anos e 67% entre 25-34 anos, contra 39,1% entre os de 60 anos ou mais. Destaca-se sentir-se mal consigo mesmo ou como um fracasso, com o padrão mais amplo dessa análise: todas as quatro faixas etárias mais jovens diferem significativamente dos idosos, relatado por 57,9% dos respondentes de 16-24 anos, 60,3% dos de 25-34 anos, 53,2% dos de 35-44 anos e 45,4% dos de 45-59 anos, contra apenas 17,3% dos de 60 anos ou mais. A dificuldade de concentração segue padrão parecido, relatada por 68,4% dos de 16-24 anos, 59,6% dos de 25-34 anos e 56,6% dos de 35-44 anos, contra 27,7% entre os idosos.

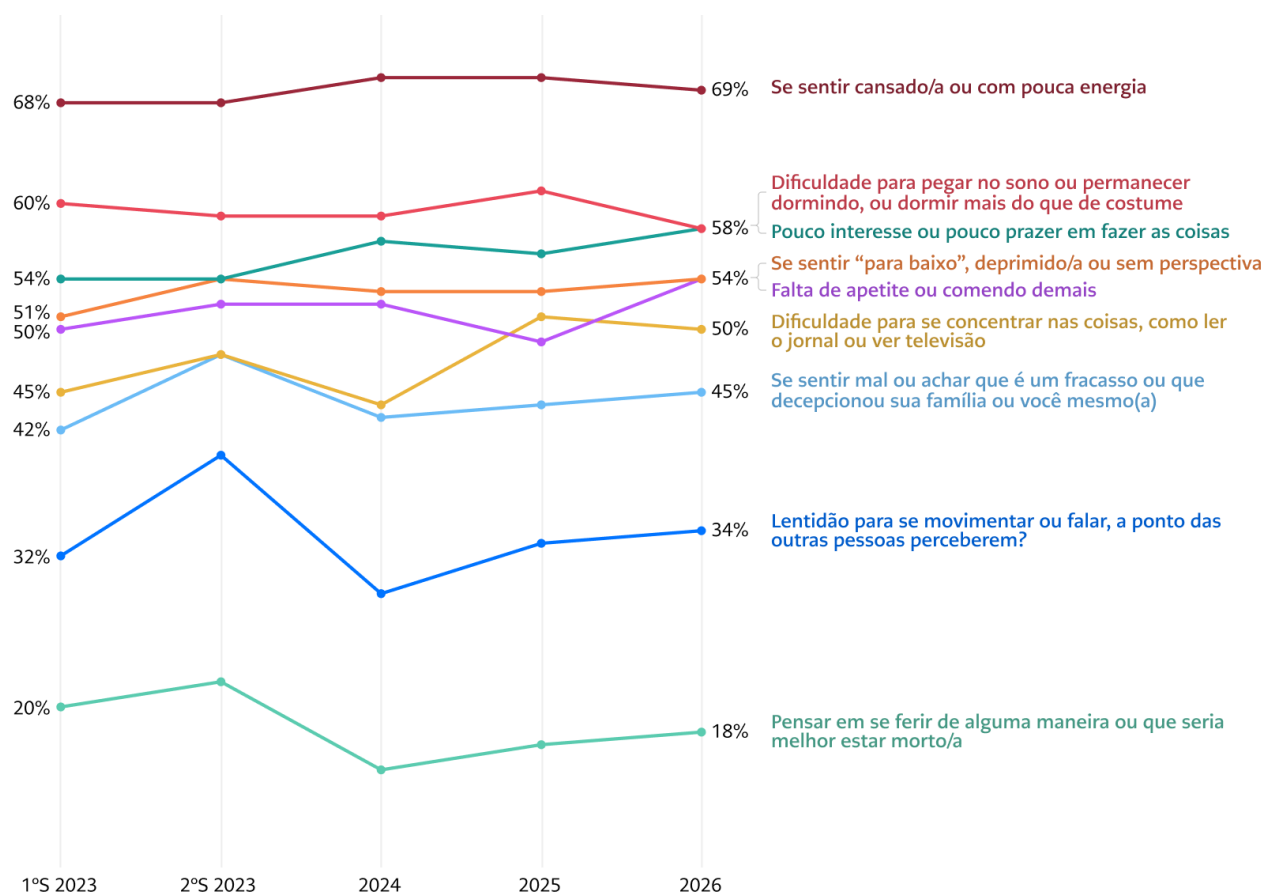


Em praticamente todos os casos, os respondentes de 60 anos ou mais (21,2% dos participantes da pesquisa) representam o extremo protetivo, com a menor prevalência de hábitos, um padrão consistente com o efeito mais amplo de idade já observado para o ICASM geral.

O uso intenso de redes sociais também esteve associado a hábitos do PHQ-9: respondentes que utilizam redes sociais três horas ou mais por dia relataram maior frequência de sentir-se para baixo ou deprimido (63,1% vs. 25% entre quem usa menos de uma hora por dia), cansaço (76,6% vs. 42,3%), mudança de apetite (62,6% vs. 35%) e dificuldade de concentração (57,9% vs. 27,8%).

Respostas do PHQ-9 [série temporal]

Diferente do observado para o ICASM, nenhuma das nove perguntas do PHQ-9 apresentou diferença estatisticamente significativa entre 2026 e a primeira coleta da série (1º semestre de 2023). Isso sugere que a melhora captada pelo ICASM ao longo do período não se refletiu de forma detectável nos sintomas medidos pelo PHQ-9.



Série histórica das respostas agregadas: Quase todos os dias, Mais da metade dos dias, Vários dias

3.4 Vida cotidiana, rotina e hábitos

Vida cotidiana, rotinas e hábitos

A saúde mental é formada por uma interação complexa de fatores biológicos, cognitivos, sociais e culturais, sendo constantemente moldada pelas experiências e comportamentos do dia a dia. Neste capítulo, buscamos compreender como **hábitos, rotinas e vivências cotidianas se relacionam com os fatores de risco ou de proteção à saúde mental**¹, a partir de perguntas sobre o cotidiano das pessoas e de comportamentos que a literatura associa, positiva ou negativamente, à saúde mental, como foi feito nas edições anteriores da pesquisa. O objetivo é subsidiar tanto estratégias de promoção da saúde mental no contexto da vida cotidiana quanto, principalmente, a construção de políticas públicas estruturantes.

De forma geral, a literatura define fatores de risco como eventos ou características que aumentam a probabilidade de problemas de saúde mental ao longo da vida, como experiências de vitimização (bullying, assédio, preconceito), isolamento social ou instabilidade financeira. Já os fatores de proteção podem ser compreendidos como recursos, características ou experiências que fortalecem a capacidade da pessoa de lidar com adversidades, como sono, atividade física, autoestima, competência emocional e apoio social (Poletto & Koller, 2008)². Um princípio central dessa literatura é que **o efeito desses fatores tende a ser cumulativo**: quanto mais fatores de risco uma pessoa acumula ao longo da vida, maior sua vulnerabilidade a problemas de saúde mental, e quanto mais fatores protetivos, maior sua capacidade de atravessar adversidades. É importante destacar, ainda, que nenhum fator opera isoladamente como risco ou proteção de forma absoluta, o que determina seu efeito é a interação entre o evento, os recursos disponíveis à pessoa e o contexto social em que ela está inserida.

Embora o foco esteja nos comportamentos e experiências individuais, eles não ocorrem isoladamente: inserem-se em um contexto mais amplo de **determinantes sociais da saúde mental**³, de ordem demográfica, econômica, habitacional, ambiental e sociocultural, que moldam as oportunidades, os desafios e os recursos disponíveis para o cuidado com a própria saúde mental.

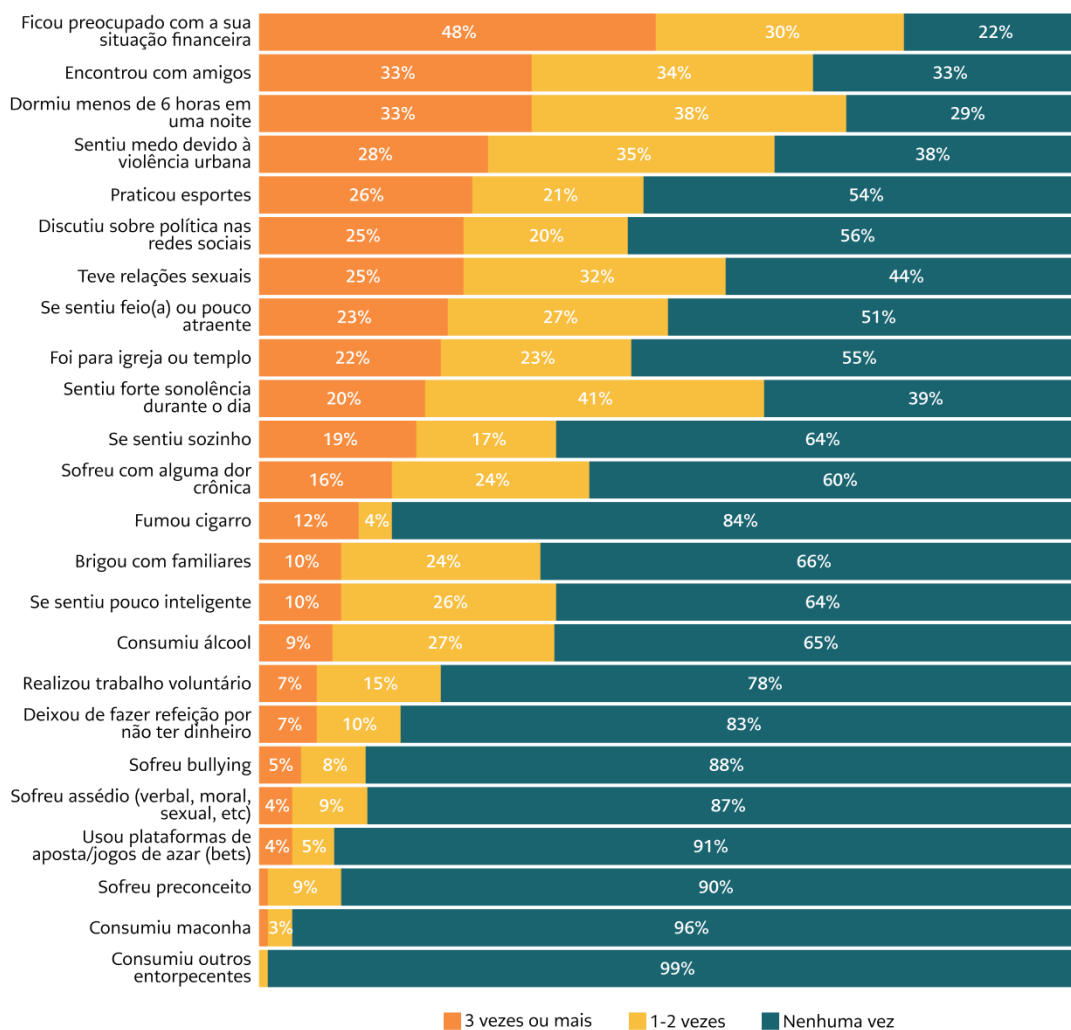
Esses determinantes desempenham um papel central tanto no bem-estar quanto na suscetibilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais, e contribuem para a ampliação das desigualdades de forma geral, incluindo saúde, entre diferentes grupos sociais. Analisar o cotidiano, portanto, não substitui a análise estrutural, mas a complementa. Essa abordagem, também adotada nas edições anteriores do Panorama da Saúde Mental, permite compreender a experiência concreta das pessoas e identificar padrões que não seriam capturados apenas pela análise de fatores socioeconômicos e ambientais.

Os resultados gerais estão descritos a seguir.

¹ Na PJ, Shin J, Kwak HR, et al. Social Determinants of Health and Suicide-Related Outcomes: A Review of Meta-Analyses. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(4):337–346. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.4241

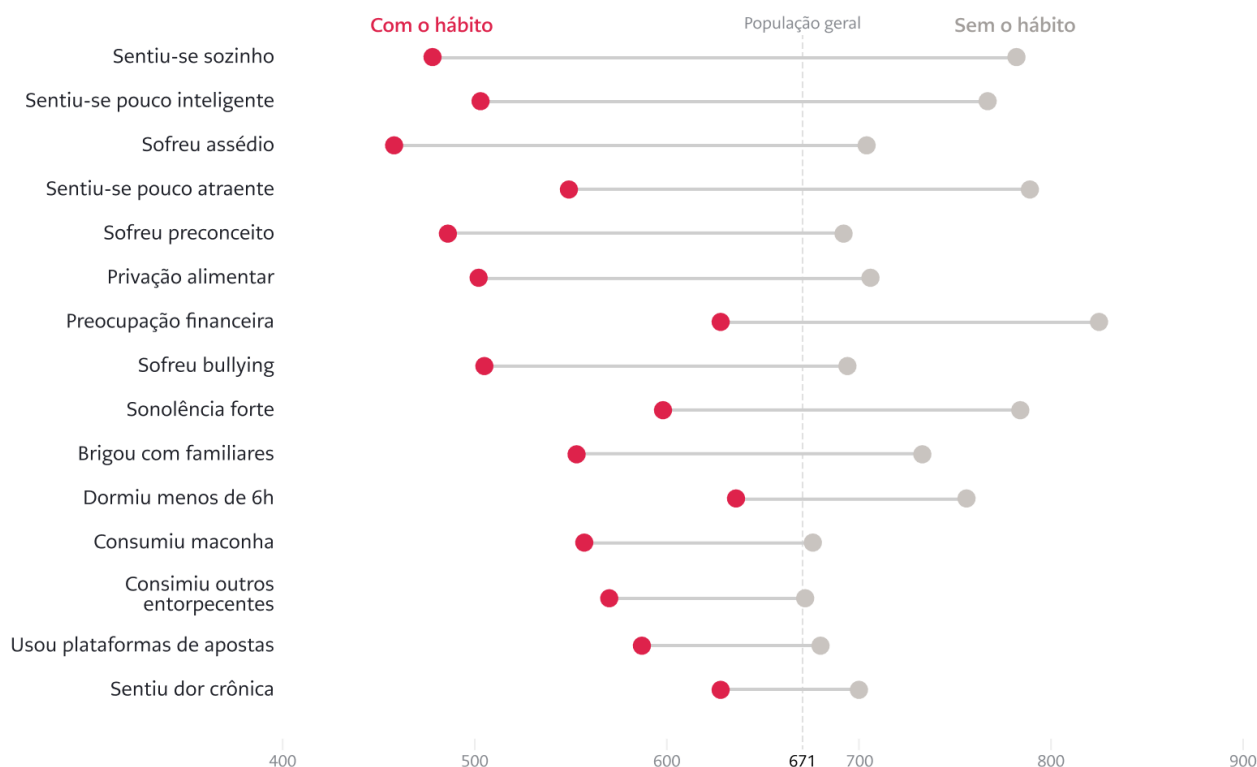
² POLETO, M. ., & KOLLER, S. H. . (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos De Psicologia (Campinas)*, 25(3).

³ Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, Haushofer J, Herrman H, Jordans M, Kieling C, Medina-Mora ME, Morgan E, Omigbodun O, Tol W, Patel V, Saxena S. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018 Apr;5(4):357–369. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9. PMID: 29580610.

Durante as últimas duas semanas, quantas vezes você...

1. Hábitos e ICASM

Os dados sobre hábitos e vida cotidiana da 5ª edição do Panorama da Saúde Mental revelam questões centrais associadas à saúde mental que afetam a vida dos respondentes.



Assim como nos anos anteriores, a **preocupação financeira** aparece como a maior queixa da população: 78,1% dos respondentes relataram ter se preocupado com a situação financeira ao menos uma vez nas últimas duas semanas. O ICASM desses respondentes (628 pontos) é menor do que o de quem não relatou essa preocupação (825 pontos); uma diferença de 197 pontos. O padrão é gradual: o índice cai a cada aumento de frequência de preocupação com a situação financeira (825 > 742 > 558 pontos, para nenhuma vez, 1-2 vezes e 3 vezes ou mais, respectivamente).

O **sono** segue como outro ponto que atinge boa parte dos participantes. Entre os 70,6% que afirmaram ter dormido menos de 6 horas por noite ao menos uma vez nas últimas duas semanas, o ICASM foi de 636 pontos, contra 756 pontos entre quem não relatou esse comportamento; diferença de 120 pontos. A **sonolência diurna** segue o mesmo padrão: 60,7% relataram sentir sonolência durante o dia ao menos uma vez, com ICASM de 598 pontos, contra 784 pontos entre quem não sentiu esse sintoma; diferença de 186 pontos. Sono insuficiente e sonolência diurna ambos aparecem fortemente associados à piores índices de saúde mental.

A **autoimagem negativa** também se mantém prevalente: 49,2% dos respondentes relataram ter se sentido feios ou pouco atraentes ao menos uma vez (ICASM de 549 pontos, contra 789 entre quem não relatou esse sentimento; diferença de 240 pontos), e 36,3% relataram ter se sentido pouco inteligentes ao menos uma vez (ICASM de 503 pontos, contra 767; diferença de 264 pontos), ambos em relação gradual com a frequência. O bullying aparece na mesma linha: 12,2% dos respondentes relataram tê-lo sofrido ao menos uma vez, com ICASM de 505 pontos, contra 694 entre quem não sofreu, diferença de 189 pontos. Esses fatores, em conjunto, podem impactar a autoestima e favorecer o isolamento social.

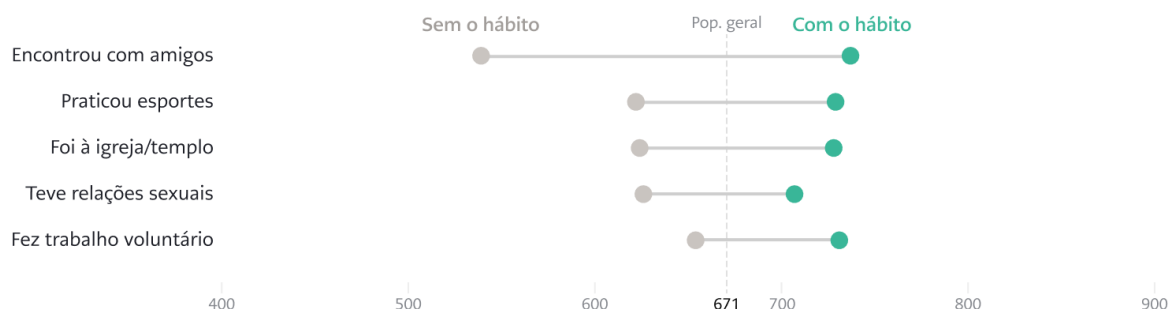
Conflitos familiares e dor crônica completam o quadro de fatores associados à pior saúde mental. Entre os 34,3% que relataram ter brigado com familiares ao menos uma vez, o ICASM foi de 553 pontos, contra 733 entre quem não relatou brigas, diferença de 180 pontos. Já entre os 40,1% que relataram alguma dor crônica

ao menos uma vez, o ICASM foi de 628 pontos, contra 700 entre quem não relatou, diferença de 72 pontos. Ambos os fatores seguem uma relação gradual com a frequência, reforçando que rupturas dos vínculos familiares e o sofrimento físico crônico se somam como desafios adicionais à saúde mental.

A **privação alimentar** segue outro padrão: 17,2% relataram ter deixado de se alimentar por falta de dinheiro ao menos uma vez, com ICASM de 502,5 pontos, contra 706 entre quem não relatou essa privação, diferença de 203,5 pontos, mais um dado que reforça o peso das dificuldades financeiras sobre a saúde mental da população.

Por outro lado, um conjunto de hábitos associados a fatores protetivos da saúde mental aparece com frequência razoável entre os respondentes, todos com ICASM significativamente mais alto entre quem os pratica, e todos seguindo relação gradual. Hábitos ligados à **conexão social** se destacam: 66,8% relataram ter se encontrado com amigos ao menos uma vez (ICASM de 737 pontos, contra 539 entre quem não encontrou; diferença de 198 pontos), e 21,9% relataram ter realizado **trabalho voluntário** (ICASM de 731 pontos, contra 654 entre quem não realizou; diferença de 77 pontos).

O mesmo padrão aparece em hábitos ligados ao corpo e à rotina: 46,2% relataram ter **praticado atividade física** ao menos uma vez (ICASM de 729 pontos, contra 622 entre quem não praticou; diferença de 107 pontos; gradual); 56,3% relataram ter tido **relações sexuais** (ICASM de 707 pontos, contra 626; diferença de 81 pontos; gradual); e 45,5% **frequentaram a igreja ou templo** (ICASM de 728 pontos, contra 624; diferença de 104 pontos). Em conjunto, esses achados reforçam o papel de redes de apoio, cuidado com o corpo e espiritualidade como fatores protetivos da saúde mental.



Por fim, consumo de álcool, consumo de cigarro, maconha e outros entorpecentes, e discussão de temas políticos nas redes sociais não apresentaram associação estatisticamente significativa com o ICASM.

Conclusão

Os resultados apresentados nesta seção reforçam que a saúde mental dos brasileiros está profundamente entrelaçada com o cotidiano: a maioria dos hábitos e comportamentos avaliados nesta pesquisa apresentou associação com o ICASM, evidência de que fatores muitas vezes tratados como “menores” no dia a dia, como qualidade do sono, autoimagem, conflitos familiares e conexão social, têm peso concreto e mensurável sobre o bem-estar psíquico da população.

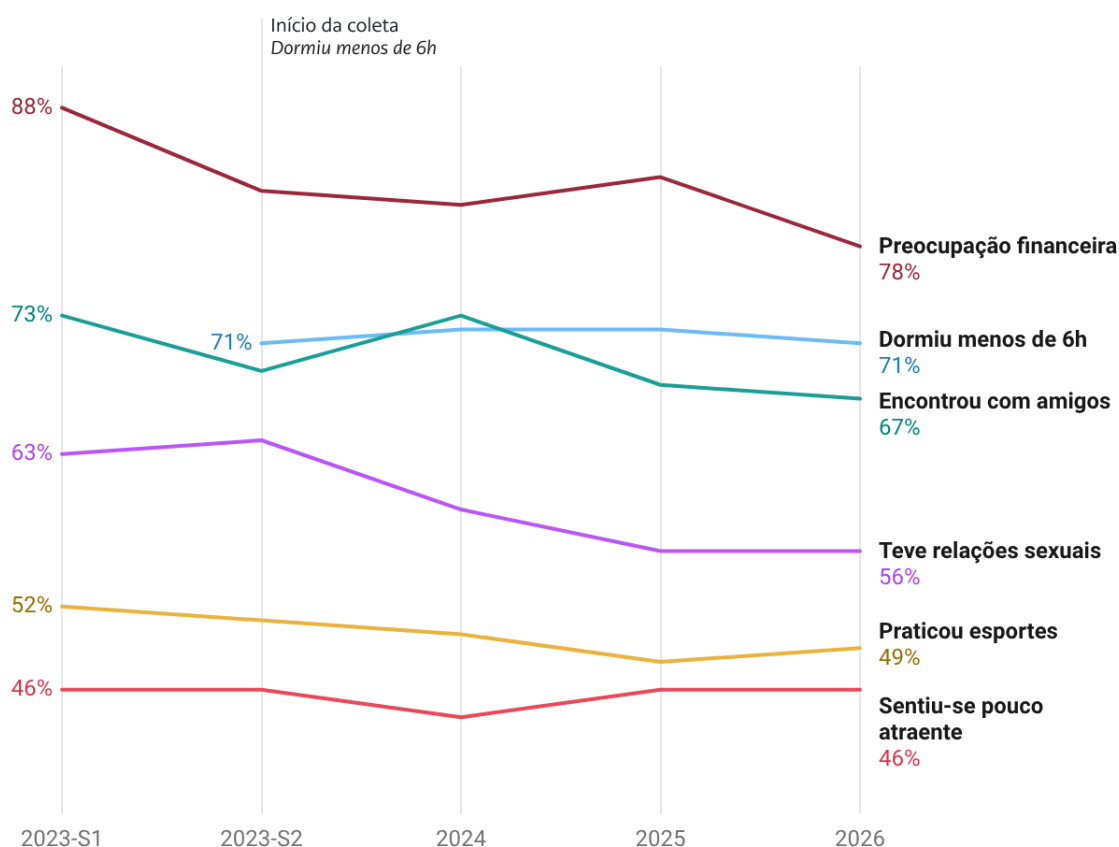
Entre eles, destaca-se com força particular o papel da conexão social: encontrar-se com amigos figura entre os fatores mais protetivos identificados, ao lado de outras formas de pertencimento comunitário, como frequência religiosa e trabalho voluntário.

Esse conjunto de achados sustentam uma conclusão central para a atuação em saúde mental: o cuidado não pode se restringir a uma abordagem estritamente clínica ou individual. O contexto social em que cada pessoa está inserida, suas relações familiares, redes de amizade, senso de pertencimento e vínculos comunitários, funciona como um determinante tão relevante quanto os sintomas e diagnósticos tradicionalmente priorizados pelos sistemas de saúde. Isso reforça a importância de políticas públicas e iniciativas que incorporem o fortalecimento de vínculos sociais como parte estrutural, e não apenas complementar, das estratégias de promoção e cuidado em saúde mental no Brasil.

Hábitos - Série histórica

Nesta quinta coleta do Panorama da Saúde Mental, com uma série histórica que já reúne cinco pontos no tempo desde 2023, é possível analisar a evolução dos hábitos mais frequentes entre os brasileiros ao longo dos últimos anos. Seleccionamos os cinco hábitos mais prevalentes na coleta atual: preocupação com a situação financeira, dormir menos de 6 horas por noite, encontros com amigos, relações sexuais, sentir-se pouco atraente, e prática de esportes.

De maneira geral, esses hábitos se mostraram relativamente estáveis ao longo da série histórica com poucas ou nenhuma das mudanças ano a ano observadas em encontros com amigos, relações sexuais, autopercepção de atratividade, prática de esportes ou privação de sono e preocupação financeira.



2. Hábitos e Demografias

Além de investigar a relação entre hábitos de vida cotidiana e o ICASM, esta pesquisa também avaliou se a prevalência desses hábitos varia entre diferentes grupos demográficos, ou seja, se determinados comportamentos são mais ou menos comuns dependendo de idade, gênero, renda, escolaridade, e demais eixos demográficos avaliados. A seção a seguir apresenta os achados demográficos confirmados por cada hábito.

Hábitos de Risco

Sentir-se sozinho foi mais comum entre solteiros (51,7%) do que entre casados (26,6%), entre pessoas com diagnóstico de saúde mental (52,5%) em comparação às sem diagnóstico (32,5%), e entre quem faz uso intenso de redes sociais (46,8%) em comparação ao uso moderado (26,1%).

Sofrer assédio, seja verbal, moral ou sexual, também variou fortemente por idade e uso de redes sociais: jovens de 16 a 24 anos (9,7%) e de 25 a 34 anos (14%) relataram assédio com frequência muito maior do que pessoas com 60 anos ou mais (2,9%), assim como usuários intensos de redes sociais (18,5%) em comparação aos de uso moderado (7,4%).

A dor crônica foi relatada por mais que o dobro das mulheres (51,1%) em comparação aos homens (27,7%). Por idade, jovens de 16 a 24 anos (13,8%) diferem de todas as outras quatro faixas etárias, e a faixa de 45 a 59 anos (56,9%), a de maior prevalência, também difere das faixas de 25 a 34 (35,9%) e 35 a 44 anos (36,9%). Ter filhos também esteve associado a maior prevalência de dor crônica (46,3% vs. 29,9% entre quem não tem filhos).

Sentir-se feio ou pouco atraente foi mais frequente entre pessoas com diagnóstico de saúde mental (68,4% vs. 45% sem diagnóstico), entre solteiros (64,8% vs. 39,7% entre casados) e entre usuários intensos de redes sociais (59,2% vs. 41,6% no uso moderado). Por idade, a prevalência cai de 62,4% entre os de 16 a 24 anos para 33% entre os de 60 anos ou mais, embora a faixa etária de 35 a 44 anos não difere significativamente dos mais velhos.

Sentir-se pouco inteligente segue padrão semelhante: cai de 58,2% entre os de 16 a 24 anos para 11,5% entre os de 60 anos ou mais, e é mais comum entre solteiros (49,5% vs. 29,8% entre casados) e entre usuários intensos de redes sociais (47,2% vs. 25,2% no uso moderado). Diferente da maioria dos outros hábitos de risco, esse sentimento foi menos frequente entre quem tem filhos (31,3%) do que entre quem não tem (44,5%).

Sonolência forte durante o dia atinge de forma desproporcional os mais jovens: as quatro faixas etárias abaixo de 60 anos relataram entre 61% e 76% de prevalência, contra 38,1% entre os de 60 anos ou mais. Solteiros também relatam mais sonolência (73,2%) do que casados (54,3%) e divorciados (50,6%), assim como usuários intensos de redes sociais (69,4%) em comparação ao uso moderado, entre uma e três horas por dia (57,8%).

Por fim, a preocupação com a situação financeira também segue um recorte etário e de renda marcado: as quatro faixas etárias abaixo de 60 anos relataram entre 76% e 92% de prevalência, contra 53,8% entre os de 60 anos ou mais. Por renda, as faixas de até R\$ 2.000,00 (87,8%) e de R\$2.000,00 a R\$3.000,00 (88,8%) diferem tanto da faixa de R\$5.000,00 a R\$10.000,00 (69,2%) quanto da faixa acima de R\$10.000,00 (63%); a faixa de R\$3.000,00 a R\$5.000,00 (76,8%) difere apenas da faixa acima de R\$10.000,00.

Hábitos Protetores

Ter tido relações sexuais nas últimas duas semanas foi mais comum entre casados (81,1%) do que entre solteiros (28,3%), divorciados (37,4%) e viúvos (14,6%), e entre quem tem filhos (66,7%) em comparação a quem não tem (39%). Pessoas sem diagnóstico de saúde mental também relataram maior frequência (60,1% vs. 43,4% entre diagnosticadas). Por idade, jovens de 16 a 24 anos (26,8%) ficam muito abaixo das demais faixas etárias, que variam entre 53% e 71%.

A prática de esportes variou apenas por uso de redes sociais: usuários moderados praticam mais (51,6%) do que usuários intensos (38%).

Encontrar-se com amigos foi mais frequente entre pessoas sem diagnóstico de saúde mental (69,8%) do que entre diagnosticadas (57,8%), e cresce de forma consistente com a renda familiar: quem ganha entre R\$5.000,00 e R\$10.000,00 encontra-se mais com amigos (77,3%) do que as faixas de R\$2.000,00 a R\$3.000,00 (62,2%) e de R\$3.000,00 a R\$5.000,00 (67,2%).

Os demais hábitos não apresentaram associação relevante com as demografias.

3. Demais Hábitos e Comportamentos

Uso de redes sociais

O uso intenso de redes sociais (3 horas ou mais por dia) está associado a maior frequência de quatro hábitos específicos do PHQ-9, em comparação ao uso moderado (entre 1 e 3 horas por dia): sentir-se para baixo ou deprimido (63,1% vs. 46,9%), cansaço ou pouca energia (76,6% vs. 65%), mudança de apetite (62,6% vs. 44,8%) e dificuldade de concentração (57,9% vs. 43,4%).

O uso intenso de redes sociais não apresentou associação com o ICASM nem com demografias específicas.

Sustento do lar

Mais da metade dos respondentes (56,1%) afirmou ser a pessoa principalmente responsável pelo sustento da própria casa, seguida por cônjuge (23,3%) e pai/mãe (17,3%).

Os eixos demográficos associados a ser o responsável pelo sustento do lar são: idade, estado civil, ter filhos e gênero. Por idade, a proporção sobe de 21% entre jovens de 16 a 24 anos para 50% (25-34) e 73,1% (35-44), recua para 55% na faixa de 45 a 59 anos e volta a subir para 68,5% entre os de 60 anos ou mais, sugerindo que a responsabilidade financeira se consolida entre os 25 e 44 anos e volta a se concentrar na fase de aposentadoria. Por estado civil, divorciados (87,2%) e viúvos (95,4%) sustentam a própria casa com frequência muito maior do que casados (52,5%) e solteiros (54,7%), possivelmente por terem absorvido despesas antes compartilhadas com um parceiro, e também por sua composição etária mais avançada, já que idade por si só já é um preditor confirmado do sustento do lar. Ter filhos também está associado a maior probabilidade de ser o responsável pelo sustento (60,8% vs. 48,4% entre quem não tem filhos). Por fim, os homens relataram ser os principais responsáveis pelo sustento do lar com frequência significativamente maior do que mulheres (62,3% vs. 50,6%).

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas de ICASM entre as diferentes formas de organização do sustento do lar (ser a própria pessoa, o cônjuge, os pais ou outros responsáveis).

Diagnóstico de Transtorno de Saúde Mental

Do total de respondentes, 16% relataram ter recebido diagnóstico de transtorno mental, 81% relataram não ter recebido, e 2,9% preferiram não responder.

Diagnóstico de transtorno de saúde mental está fortemente associado ao ICASM: respondentes sem diagnóstico apresentam ICASM de 700 pontos, contra 553 entre os diagnosticados, uma diferença de 147 pontos, um dos efeitos mais consistentes de toda a pesquisa. Ter recebido um diagnóstico também está associado aos hábitos de encontrar-se com amigos, ter relações sexuais, sentir-se sozinho e sentir-se pouco atraente, todos já detalhados nas respectivas seções deste relatório.

Dois eixos demográficos estão associados a ter diagnóstico de transtorno mental: renda familiar e gênero. Por renda, respondentes com renda até R\$2.000,00 relatam mais diagnóstico (21,2%) do que aqueles com renda entre R\$5.000,00 e R\$10.000,00 (10,6%). Por gênero, mulheres relatam diagnóstico com quase o dobro da frequência de homens (20,7% vs. 10,8%). Isso é consistente com a literatura internacional sobre prevalência de diagnósticos de saúde mental, que costuma apontar maior identificação entre mulheres (Seedat et al., 2009). Esse padrão pode estar relacionado, ainda que parcialmente, a diferenças mais amplas na busca por cuidados de saúde entre homens e mulheres. No entanto, ao observarmos o gasto com tratamento de saúde mental como um proxy de utilização de serviços, a diferença de gênero é bem mais modesta (41,3% das mulheres relataram algum gasto, contra 39,2% dos homens) do que a diferença observada no diagnóstico. Isso sugere que a maior busca por serviços de saúde não é, isoladamente, suficiente para explicar a magnitude da diferença encontrada.

As demais demografias não apresentaram diferenças nesta pesquisa.

Gastos com saúde mental

Do total de respondentes, 40,3% relataram algum gasto do próprio bolso com saúde mental nos últimos 12 meses, sendo 13,3% com gasto mensal acima de R\$500,00. O diagnóstico de transtorno mental é o preditor mais fortemente associado ao gasto: 73% dos respondentes diagnosticados relataram algum gasto, contra apenas 34,2% dos não diagnosticados, uma diferença de 38,8 pontos percentuais.

O gasto com saúde mental não apresentou associação com o ICASM na população geral, nem em nenhum dos recortes demográficos. Isso sugere que o gasto com saúde mental não segue os mesmos padrões sociodemográficos observados para outros comportamentos analisados neste relatório, podendo estar mais associado à necessidade percebida de tratamento do que a características estruturais da população.

4. Hábitos - Novas perguntas

Nesta coleta, introduzimos cinco perguntas ao questionário sobre hábitos e vida cotidiana a fim de explorar possíveis associações desses comportamentos com saúde mental.

Medo da violência

A percepção de insegurança diante da violência urbana é um fenômeno amplamente discutido no Brasil. Segundo o 20º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2026)¹, as mortes violentas intencionais no país atingiram, em 2025, a menor taxa desde o início da série histórica em 2012, uma redução de 8,2% em relação a 2024. Ainda assim, o próprio Anuário chama atenção para um paradoxo: a despeito da melhora nos indicadores objetivos de criminalidade, a sensação de insegurança da população brasileira permanece elevada, moldada não apenas pelo risco real, mas também por narrativas midiáticas e pela fragilidade dos laços sociais.

62,5%
dos brasileiros
relataram sentir medo
da violência urbana

Medo da violência urbana por gasto com saúde mental

Gasto entre R\$100 e R\$200/mês



Nenhum gasto com saúde mental



Os dados apontam para essa mesma direção: a maioria dos respondentes relatou sentir medo da violência urbana em algum grau (62,5%). O que chama atenção aqui é que não houve diferença nem entre demografias, nem no valor do ICASM entre quem sentiu e quem não sentiu medo da violência urbana. Ainda que estudos internacionais apontem uma associação entre medo do crime e desfechos de saúde mental, essa relação é descrita na literatura como modesta e inconsistente (Lorenc et al., 2014)², em parte porque o medo do crime está apenas fracamente relacionado às taxas reais de criminalidade, e em parte porque seu impacto psicológico parece depender de fatores individuais, como estratégias de regulação emocional (Golovchanova et al., 2021)³, e contextuais, como a coesão social do bairro, que se mostrou protetora para a saúde mental de adolescentes expostos a eventos estressantes (Kingsbury et al., 2020)⁴. Nesta pesquisa, o achado de que o medo da violência urbana não apresentou associação significativa com o ICASM é, portanto, consistente com uma característica já documentada na literatura: diferente da vitimização direta, o medo por si só nem sempre se traduz em pior saúde mental, sobretudo quando mediado por outros fatores, como o suporte social, que se mostrou um dos determinantes mais fortes da saúde mental nesta mesma pesquisa.

Esses resultados sugerem que a percepção de insegurança é compartilhada de forma relativamente homogênea pela população brasileira, e reforçam que se trata de um fenômeno complexo, moldado tanto pelo risco real quanto por fatores sociais e midiáticos, que merece ser compreendido separadamente de seus efeitos, nem sempre diretos, sobre a saúde mental da população.

¹ Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2026 (20ª edição).

² Lorenc, T., Petticrew, M., Whitehead, M., Neary, D., Clayton, S., Wright, K., Thomson H., Cummins S., Sowden A., Renton, A. (2014). Crime, fear of crime and mental health: Synthesis of theory and systematic reviews of interventions and qualitative evidence. *Public Health Research*, 2(2).

³ Golovchanova, N., Boersma, K., Andershed, H., & Hellfeldt, K. (2021). Affective Fear of Crime and Its Association with Depressive Feelings and Life Satisfaction in Advanced Age: Cognitive Emotion Regulation as a Moderator?. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4727.

⁴ Kingsbury, M., Clayborne, Z., Colman, I., & Kirkbride, J. B. (2020). The protective effect of neighbourhood social cohesion on adolescent mental health following stressful life events. *Psychological Medicine*, 50(8), 1292–1299.

Discriminação, assédio e preconceito

A relação entre discriminação, assédio e saúde mental é amplamente documentada na literatura científica. Uma meta-análise (Pascoe e Smart Richman 2009)¹ encontrou que a discriminação percebida está associada a efeitos negativos significativos na saúde mental. No contexto brasileiro, Damasceno e Zanello (2019)², ao revisarem quinze anos de produção científica brasileira sobre o tema, encontraram associação entre discriminação racial e piora na autoavaliação de saúde, maior morbidade física e sintomas depressivos, ressaltando, no entanto, uma lacuna na literatura nacional quanto a outras formas de preconceito também investigadas nesta pesquisa, como homofobia e gordofobia. As mesmas autoras, em trabalho posterior (Gouveia; Zanello, 2019)³, aprofundam essa análise sob a ótica da interseccionalidade, apontando que mulheres negras enfrentam um nível de exposição a fatores de risco para a saúde mental ainda maior do que mulheres brancas ou homens negros, em razão da sobreposição simultânea de estressores ligados a raça e gênero. Esses achados embasam a importância de tratar os temas de assédio e preconceito e sua relação com a saúde mental, fornecendo um contexto relevante para os resultados desta seção.

Assim como nas demais seções deste relatório, os dados aqui apresentados são de natureza transversal, não permitindo o estabelecimento de relações de causa e efeito entre sofrer assédio ou preconceito e a saúde mental: é plausível que essas experiências prejudiquem a saúde mental, que uma saúde mental já fragilizada aumente a exposição ou a percepção desses eventos, ou que ambos decorram de fatores comuns não capturados pela pesquisa. Cabe ainda destacar que assédio (13,2% da população) e, em particular, preconceito (10,2%) são comportamentos relativamente raros na amostra, o que limita o número de recortes demográficos com tamanho amostral suficiente para sustentar conclusões robustas. Essa limitação é sinalizada ao longo do texto sempre que relevante.

Assédio

Do total de respondentes, 13,2% relataram ter sofrido assédio (verbal, moral ou sexual) nas duas semanas anteriores à pesquisa, sendo 8,8% com frequência ocasional (1 a 2 vezes) e 4,4% de forma recorrente (3 vezes ou mais). O impacto no ICASM é acentuado: enquanto quem não sofreu nenhum episódio de assédio apresentou ICASM de 704 pontos, quem relatou ao menos uma ocorrência apresentou ICASM de 458 pontos, uma diferença de 246 pontos. Ao observar isoladamente quem relatou assédio de forma recorrente (3 vezes ou mais), o ICASM cai ainda mais, para 290 pontos; no entanto, essa subcategoria específica conta com uma amostra pequena, e deve ser interpretada como um indicativo da gravidade do problema entre os casos mais extremos.

13,2%
dos brasileiros
relataram ter
sofrido assédio

ICASM por frequência de ter sofrido assédio



¹ Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531–554.

² Damasceno, M. G., & Zanello, V. (2018). Saúde mental e racismo contra negros: Produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(3), 450–464.

³ Gouveia, M., & Zanello, V. (2019). Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: Experiências e percepções de mulheres negras. *Psicologia em Estudo*, 24, Article e42738.

Idade foi a única demografia que apresentou diferenças relevantes. Respondentes de 16-24 e de 25-34 anos relataram assédio significativamente mais do que aqueles com 60 anos ou mais (9,7% e 14%, contra 2,9%).

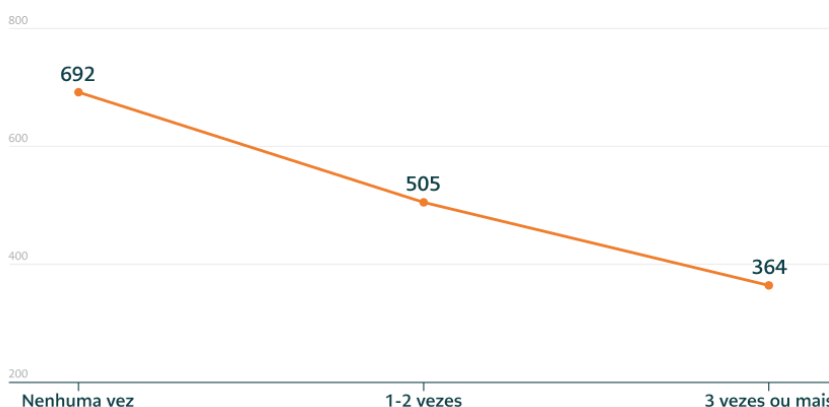
O assédio em ambientes digitais atinge uma parcela expressiva da população adulta em geral, não se restringindo a jovens. Uma pesquisa do Pew Research Center (2020)¹ com mais de 10 mil adultos norte-americanos encontrou que 41% já sofreram alguma forma de assédio online, embora se refira à população dos Estados Unidos, o dado ilustra a amplitude do fenômeno entre adultos de forma geral. Nesta pesquisa, a intensidade do uso de redes sociais mostrou-se associada ao relato de assédio, com diferença entre uso moderado (1 a 3 horas diárias, 7,4%) e uso intenso (3 horas ou mais, 18,5%).

Preconceito

Do total de respondentes, 10,2% relataram ter sofrido preconceito (racismo, xenofobia, homofobia, gordofobia, entre outros) nas duas semanas anteriores à pesquisa, sendo a grande maioria dos casos (8,9%) de ocorrência ocasional e uma parcela menor (1,4%) relatando episódios recorrentes. Entre os respondentes que relataram ter sofrido preconceito, o ICASM foi de 486 pontos, contra 692 pontos entre os que não relataram nenhum episódio, uma diferença de 206 pontos. Esse resultado deve ser interpretado como indicativo, dado o tamanho reduzido da subamostra de respondentes que relataram preconceito. Ainda assim, a direção e a magnitude do efeito observado são consistentes com a literatura internacional e nacional sobre discriminação e saúde mental já discutida nesta seção, reforçando a relevância do tema mesmo diante dessa limitação amostral.

10,2%
dos brasileiros
relataram ter
sofrido preconceito

ICASM por frequência de ter sofrido preconceito



Entre os eixos demográficos analisados, não houve diferenças em relação a sofrer preconceito.

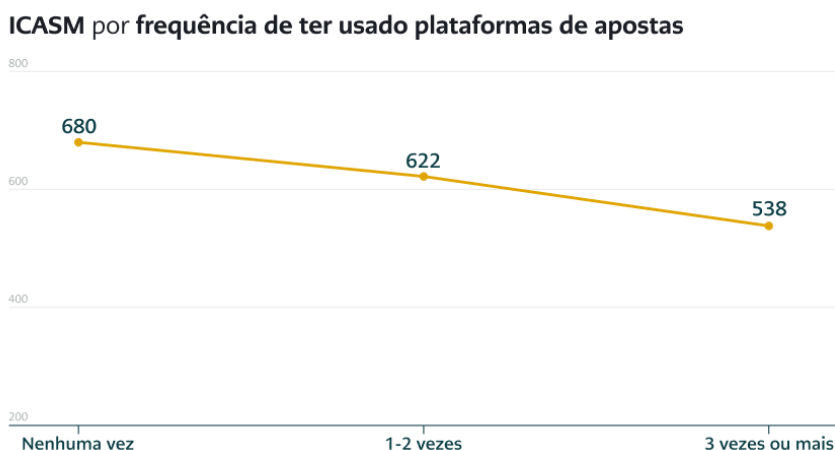
Em conjunto, os achados acima reforçam a importância de políticas de combate ao assédio e à discriminação que considerem tanto os espaços presenciais quanto os digitais, com atenção especial aos grupos mais atingidos identificados nesta pesquisa. Ainda que a magnitude exata do impacto do preconceito no ICASM não possa ser estimada com precisão devido ao tamanho amostral, a convergência entre os achados desta pesquisa e a literatura científica reforça a urgência de ampliar a coleta de dados sobre discriminação no Brasil, especialmente considerando grupos historicamente marginalizados, cuja sub-representação amostral nesta e em outras pesquisas dificulta o dimensionamento adequado do problema.

¹Vogels, E. A. (2021, January 13). The state of online harassment. Pew Research Center.

Uso de plataformas de apostas online

As apostas online (bets) têm se consolidado rapidamente como uma questão de saúde pública no Brasil. Segundo o Banco Central, os brasileiros gastaram cerca de R\$30 bilhões por mês em apostas digitais só no primeiro trimestre de 2025¹. Em paralelo, o Ministério da Saúde registrou um crescimento de quase 140% na busca por atendimento de saúde mental no SUS relacionado à dependência de jogos online nos últimos cinco anos², um movimento que levou à criação, em dezembro de 2025, do Observatório Saúde Brasil de Apostas Eletrônicas, iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Fazenda. Um estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)³ estimou que os danos à saúde associados às apostas geram um custo à sociedade brasileira de pelo menos R\$30,6 bilhões por ano.

9,2%
dos brasileiros
relataram ter usado
plataformas de apostas



Do total de respondentes, 9,2% relataram ter utilizado plataformas de apostas ou jogos de azar nas duas semanas anteriores à pesquisa, sendo 5,4% com frequência ocasional (1 a 2 vezes) e 3,8% de forma recorrente (3 vezes ou mais). O ICASM tende a ser menor quanto maior a frequência de apostas: 680 pontos entre quem não apostou, 622 entre quem apostou 1 a 2 vezes e 538 entre quem apostou 3 vezes ou mais. Em linha com essa tendência, o ICASM entre quem apostou ao menos uma vez (587 pontos) é inferior ao de quem não apostou (680 pontos), uma diferença de 93,0 pontos. Vale ressaltar que a significância estatística foi confirmada para a tendência, e não para comparações isoladas entre grupos específicos, e que os grupos que apostam têm amostra reduzida, o que exige cautela na leitura dos valores. Esse resultado é consistente com os dados de saúde pública apresentados anteriormente, que já documentam o uso problemático de apostas como fator de risco à saúde mental.

O uso de plataformas de apostas não apresentou diferenças demográficas relevantes. Entretanto, o cruzamento entre a frequência de uso de apostas e a frequência de preocupação financeira revela um padrão sugestivo de retroalimentação entre os dois comportamentos. Entre quem nunca apostou, 46,3% relataram preocupação financeira frequente (3 vezes ou mais nas últimas duas semanas), proporção que sobe para 62,1% entre quem apostou 1 a 2 vezes e chega a 77,6% entre quem apostou 3 vezes ou mais. Essa associação, no entanto, deve ser interpretada como um achado preliminar, já que o tamanho da amostra de pessoas que fizeram apostas é reduzido. Ainda assim, a direção consistente do padrão sugere uma possível relação bidirecional entre dificuldades financeiras e comportamento de apostas, que merece atenção em pesquisas futuras com amostras maiores de apostadores frequentes.

¹ Poder360. (2025, 8 de abril). Bets recebem até R\$ 30 bi ao mês de apostadores em 2025, diz BC.

² Agência Câmara de Notícias. (2026, 28 de maio). Ministério da Saúde revela aumento dos atendimentos de saúde mental no SUS por vício em apostas. Câmara dos Deputados.

³ Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. (2025). A saúde dos brasileiros em jogo: Análise político-econômica da regulamentação de apostas online e seus impactos para a saúde da população brasileira. IEPS; Frente Parlamentar Mista para Promoção da Saúde Mental; Umane.

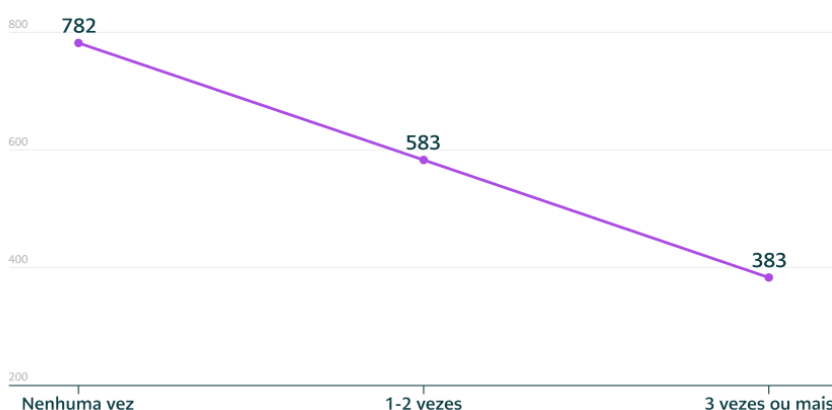
Em conjunto, os resultados desta seção indicam que, embora o uso de plataformas de apostas ainda seja relativamente restrito na população estudada (9,2%), ele já apresenta uma tendência significativa de ICASM menor quanto maior a frequência de apostas, sem que tenha sido possível identificar, com confiança estatística, quais grupos demográficos específicos estão mais expostos a esse comportamento. Diante do rápido crescimento das apostas online no Brasil e de seus impactos já documentados pelo sistema de saúde, esses achados reforçam a importância de acompanhar esse fenômeno em futuras edições da pesquisa, com atenção especial à identificação de grupos de maior risco à medida que a amostra de usuários de apostas cresça.

Se sentir sozinho

Recentemente, tem aumentado a atenção dada aos efeitos deletérios que a solidão pode ter na saúde física e na saúde mental. Em 2025, a OMS publicou o relatório *From Loneliness to Social Connection: Charting a Path to Healthier Societies* (Da solidão à conexão social: traçando um caminho para sociedades mais saudáveis)¹, elaborado pela Comissão da OMS sobre Conexão Social, que condensa informações importantes sobre solidão, considerando a saúde social como terceiro pilar da saúde geral, junto com saúde física e saúde mental. A OMS estima que a solidão e o isolamento social estejam associados a 871 mil mortes por ano no mundo. Ainda, o relatório aponta que cerca de 1 em cada 6 pessoas no mundo relatou solidão entre 2014 e 2023, sendo jovens de 13 a 29 anos o grupo mais afetado globalmente.

36,5%
dos brasileiros se
sentiram sozinhos nas
últimas duas semanas

ICASM por frequência de ter se sentido sozinho



Aqui, observa-se que 36,5% dos respondentes se sentiram sozinhos durante as duas semanas que antecederam a pesquisa, sendo que 19,1% relataram esse sentimento 3 ou mais vezes. Este comportamento é o que mais fortemente está associado à diminuição do ICASM: entre quem se sentiu sozinho 3 vezes ou mais, o ICASM é de 383 pontos, e entre quem se sentiu sozinho 1-2 vezes, o ICASM é de 583 pontos. Em contrapartida, quem nunca se sentiu sozinho apresenta ICASM de 782 pontos, aproximadamente o dobro daqueles que se sentiram sozinhos mais vezes.

Além disso, a solidão não afeta todos da mesma forma. Pessoas solteiras (51,7%) se sentiram mais sozinhas do que as casadas (26,6%), reforçando estudos que mostram associação entre estado civil e sentimento de solidão. Diagnóstico de transtorno mental também está associado: pessoas com diagnóstico (52,5%) se sentiram mais sozinhas do que aquelas sem diagnóstico (32,5%). Dados sobre uso de redes sociais também mostram que uso intenso (3h+/dia, 46,8%) está associado a maior solidão do que uso moderado (1-3h/dia, 26,1%). É importante considerar que não podemos afirmar se o uso intenso de redes sociais causa solidão, se a solidão leva as pessoas a usarem mais redes sociais (buscando conexão), ou se há uma combinação desses dois fatores.

¹ World Health Organization. (2025). *From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies* (Report of the WHO Commission on Social Connection).

A autopercepção negativa também está associada à solidão: entre os que nunca se sentiram pouco inteligentes ou pouco atraentes, apenas 19,7% e 17,4% relataram algum grau de solidão, respectivamente, contra 79,2% e 70,7% entre os que relataram esses sentimentos com frequência (3 vezes ou mais). Brigar com a família segue o mesmo padrão: apenas 24,4% de quem nunca brigou relatou solidão, contra 84,2% entre quem brigou 3 ou mais vezes. Por fim, quem nunca se encontrou com amigos relatou solidão com muito mais frequência do que quem encontrou 3 ou mais vezes (54,6% vs. 19,4%).

Em conjunto, estes resultados posicionam a solidão como um dos fatores mais fortemente associados à saúde mental entre os hábitos e vivências investigados por esta pesquisa. Sua relevância não se restringe a um único perfil demográfico: manifesta-se de forma mais acentuada entre pessoas solteiras, entre quem já recebeu diagnóstico de transtorno mental, e entre quem faz uso mais intenso de redes sociais. Mas talvez o achado mais contundente seja sua relação com a autopercepção, em que sentimentos recorrentes de baixa autoestima acompanham um salto expressivo na prevalência de solidão.

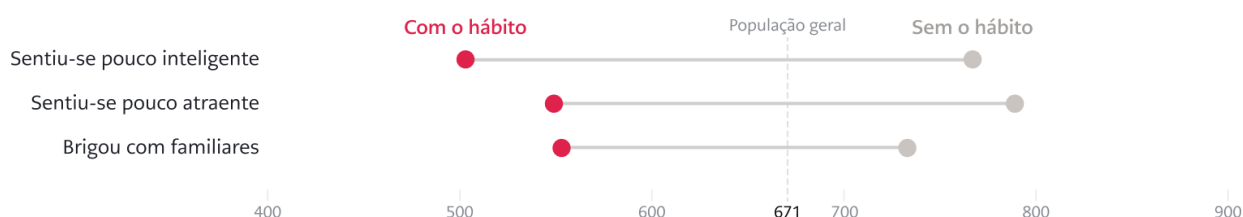
Esse achado, no entanto, é parte de um quadro mais amplo: a forma como nos conectamos (ou deixamos de nos conectar) com outras pessoas aparece, de modo consistente, entre os fatores mais associados à saúde mental dos brasileiros.

Conexão Social e Saúde Mental

A qualidade das nossas conexões sociais e não apenas a ausência de solidão, mas a presença de relações positivas, de pertencimento e de vínculos comunitários é um dos determinantes mais consistentes da saúde mental e do bem-estar ao longo da vida (WHO, 2025)¹. Os dados desta pesquisa confirmam essa relevância no contexto brasileiro: além da solidão outros comportamentos ligados relacionados à convivência, como nos relacionamos com a família, com amigos e com a própria autoimagem também figuram entre os fatores mais fortemente associados à saúde mental dos respondentes. Esta seção reúne esses achados em dois grupos: de um lado, conflitos familiares e autoimagem negativa, considerados como fatores de risco; de outro, encontros com amigos, frequência religiosa e trabalho voluntário, que atuam como fatores de proteção.

Conflitos familiares e autoimagem negativa

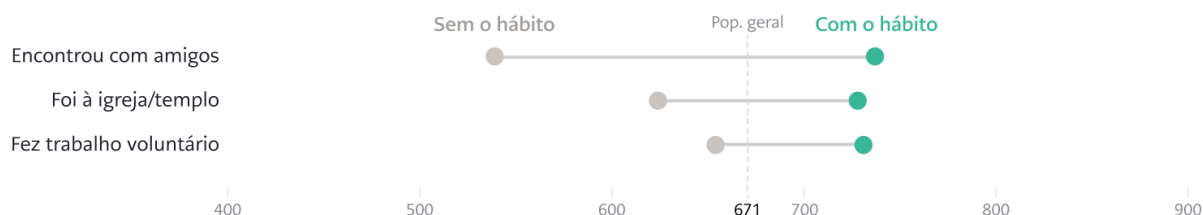
Brigar com familiares (relatado por 34,3% dos respondentes) está associado a uma diferença de 179,4 pontos no ICASM. Sentir-se pouco atraente (49,2%) e sentir-se pouco inteligente (36,3%), que são dimensões diretamente ligadas à autoestima e que podem afetar a forma como a pessoa se relaciona com os outros, apresentam diferenças ainda mais acentuadas: 240 e 264 pontos, respectivamente, posicionando-se entre os cinco hábitos mais fortemente associados ao ICASM em toda a pesquisa.



¹ World Health Organization. (2025). From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies (Report of the WHO Commission on Social Connection).

Vínculos sociais positivos

Do lado oposto, os hábitos que representam conexão e pertencimento aparecem entre os mais protetivos. Encontrar-se com amigos (relatado por 66,8% dos respondentes) está associado a uma diferença de 198 pontos no ICASM, a maior diferença entre os hábitos de caráter protetivo avaliados nesta pesquisa, funcionando como um contraponto direto ao padrão observado para a solidão. Frequentar igreja ou templo religioso (45,5%) e realizar trabalho voluntário (21,9%), duas outras formas de pertencimento e engajamento comunitário, também estão significativamente associados a ICASM mais alto, com diferenças de 104,5 e 77 pontos, respectivamente.



Conclusão

Interpretados em conjunto, esses achados desenharam um retrato consistente: a qualidade das conexões sociais e a forma como a pessoa se percebe em relação aos outros estão entre os fatores mais fortemente ligados à saúde mental dos brasileiros. Solidão, autoimagem negativa e encontros com amigos, em particular, apresentam diferenças de ICASM maiores do que as observadas para preocupação financeira e sono.

Em conjunto, esses achados reforçam o alerta feito pela OMS: a solidão não deve ser tratada como uma questão secundária ou puramente individual, mas como um fenômeno que atravessa múltiplas dimensões da vida social e emocional dos indivíduos e que merece atenção equivalente à saúde física e mental. Os dados aqui apresentados reforçam o papel da conexão social como uma estratégia de prevenção e promoção da saúde mental, atuando antes que o sofrimento psíquico se instale ou se agrave, e não apenas como resposta a ele. Isso não diminui a importância do tratamento e do acesso a cuidado especializado para quem já enfrenta um quadro de saúde mental instalado. Trata-se, antes, de reconhecer que prevenção e tratamento operam em momentos diferentes de um mesmo continuum de cuidado, e que negligenciar um em favor do outro deixa lacunas que nenhum dos dois, isoladamente, é capaz de preencher. Investir em políticas de fortalecimento de vínculos sociais, portanto, não é um adicional ao cuidado em saúde mental, mas parte constitutiva dele, especialmente entre os grupos mais vulneráveis identificados nesta pesquisa.

3.5 Módulo variável: Inteligência artificial e Saúde Mental

Módulo variável: Uso de inteligência artificial e saúde mental

Introdução e Metodologia

Um sistema de IA é um sistema baseado em máquina que, para objetivos explícitos ou implícitos, infere, a partir dos dados que recebe, como gerar resultados, como previsões, conteúdos, recomendações ou decisões, que podem influenciar ambientes físicos ou virtuais (OECD, 2024). Apesar do conceito de inteligência artificial ser antigo, as plataformas se popularizaram amplamente nos últimos anos. A evolução desse tipo de tecnologia permite hoje que a máquina gere conteúdo e conversas em tempo real e realize tarefas de maneira rápida. Essa facilidade fez com que seu uso fosse difundido para diversas áreas: trabalho, lazer e saúde, incluindo saúde mental.

É crescente o volume de dados sobre uso de inteligência artificial para cuidado e tratamento em saúde mental (Zhao, Wen, Yu, 2026)¹. O aumento da demanda por cuidado, aliado à escassez de profissionais qualificados, à barreira financeira e ao estigma associado à saúde mental, contribui para o crescimento do uso de ferramentas de inteligência artificial como forma de ajuda (Stojanovic et al., 2026)². Plataformas de inteligência artificial voltadas à saúde mental têm sido apontadas como alternativas de menor custo à terapia tradicional, com potencial de ampliar o alcance do cuidado para quem enfrenta restrições financeiras ou geográficas, embora a exclusão digital possa limitar esse potencial (Babu & Joseph, 2024)³.

Entretanto, ainda não há consenso entre especialistas sobre os riscos e benefícios dessa prática. Por um lado, estudos científicos apontam melhora de sintomas depressivos e de ansiedade quando *chatbots* especificamente criados para o cuidado em saúde mental são usados (Heinz et al., 2025; [metanálise 2026]). Por outro, estudos apontam para riscos como falta de segurança com dados sensíveis, efeitos de alucinação (geração de respostas incorretas, porém apresentadas com aparência de certeza) e viés de respostas, além da substituição do humano no processo de cuidado e tudo o que isso representa, como perda de empatia, escuta qualificada e realização de diagnósticos, por exemplo.

Parte dessa falta de consenso é também reflexo da novidade desigual que a IA representa para a sociedade: enquanto recursos como assistentes de voz já fazem parte do cotidiano de grande parte dos brasileiros (Ilumeo, 2025)⁴, o lançamento do ChatGPT, em novembro de 2022, e sua popularização no Brasil a partir de 2023, deu à tecnologia “rosto e voz” pela primeira vez. Isso significa que a maioria da população tem, no máximo, três anos de contato com essa forma mais visível e discutida de IA. Esse padrão de ambivalência não é exclusividade brasileira: um levantamento do Pew Research Center (2025)⁵ em 25 países identificou o Brasil entre as nações em que cerca de metade da população se diz mais preocupada do que entusiasmada com o avanço da IA. Soma-se a isso o fato de que a própria ciência ainda não tem respostas definitivas sobre os efeitos do uso de IA na cognição e na saúde mental no longo prazo, com a literatura apontando a escassez de estudos longitudinais capazes de identificar relações causais, não apenas associações pontuais.

Além disso, soma-se a falta de regulamentação de plataformas de inteligência artificial, o que deixa a população vulnerável em relação à qualidade de informações geradas pela inteligência artificial e à responsabilidade pelo cuidado.

¹ Zhao, Q., Wen, S., & Yu, W. (2026). From predictive algorithms to generative intelligence: a decadal bibliometric mapping of global research frontiers in AI-driven mental health (2016–2025). *Australian Journal of Psychology*, 78(1).

² Stojanovic, A., Stankovic, M., & Ristic, A. (2026). AI-Guided Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety: Bridging the Mental Health Treatment Gap Through Digital Psychiatry. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 14(15), 2334.

³ Babu, A., & Joseph, A. P. (2024). Artificial intelligence in mental healthcare: transformative potential vs. the necessity of human interaction. *Frontiers in psychology*, 15, 1378904.

⁴ Allumeo. (2025). Assistentes virtuais por voz em 2025: Hábitos de uso, inteligência artificial e oportunidades para marcas e negócios [Relatório de pesquisa].

⁵ Poushter, J., Fagan, M., & Corichi, M. (2025, October 15). How people around the world view AI. Pew Research Center.

Ainda, os jovens têm sido apontados como população mais suscetível aos danos associados ao uso da inteligência artificial para cuidado em saúde mental, devido ao fato de o cérebro ainda estar em desenvolvimento nessa fase, e também pela maior facilidade que esse grupo tem de acessar tecnologias e de reportar maiores índices de isolamento social (American Psychological Association [APA], 2025¹; WHO, 2025²).

Com o avanço rápido das tecnologias e o escalonamento do seu uso, torna-se fundamental tomar medidas que protejam a população e criem regulamentações para seu uso de forma responsável. Uma forma de fazer isso de maneira mais eficiente é através do levantamento de dados. Por isso, nesta edição, o foco do módulo variável do Panorama da Saúde Mental é no uso de inteligência artificial de forma geral, e para cuidado em saúde mental de forma específica. Isso também reforça a importância de iniciativas como esta continuarem monitorando, de forma contínua e ao longo de múltiplas coletas, essa relação, permitindo, com o tempo, identificar não apenas associações momentâneas, mas também tendências e possíveis relações de causalidade que uma única coleta não é capaz de revelar.

Apesar do crescente volume de dados em relação a esse tema, é importante investigar o cenário brasileiro para entender quem usa inteligência artificial, como ela é usada e para que finalidade. Os dados expostos abaixo nos ajudam a responder essas perguntas.

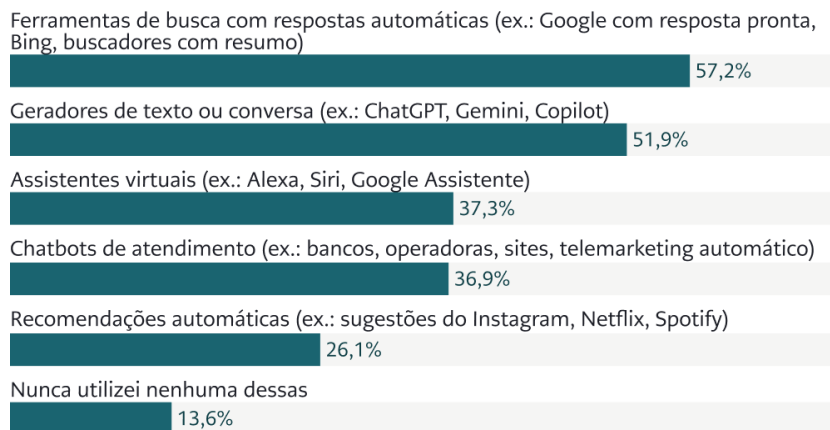
¹ American Psychological Association. (2025). Artificial intelligence and adolescent well-being: An APA health advisory. American Psychological Association.

² World Health Organization. (2025). From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies (Report of the WHO Commission on Social Connection).

Análise geral: Módulo variável

1. Ferramentas de inteligência artificial

Quais das seguintes ferramentas que utilizam inteligência artificial você já utilizou, mesmo que não soubesse que eram baseadas em inteligência artificial? (Marque todas as opções que se aplicam)



A grande maioria dos brasileiros (86,4%) já utilizou pelo menos um tipo de ferramenta baseada em inteligência artificial, mesmo sem necessariamente ter consciência disso. As ferramentas de busca com respostas automáticas (como buscadores com resumo gerado por inteligência artificial) lideram o uso, presentes na experiência de 57,2% dos respondentes, seguidas de perto pelos geradores de texto ou conversa, como ChatGPT, Gemini e Copilot, já utilizados por 51,9% da população. Assistentes virtuais (37,3%) e *chatbots* de atendimento ao cliente (36,9%) também apresentam adoção expressiva, enquanto recomendações automáticas em redes sociais e plataformas de streaming, uma das formas mais difundidas, porém menos reconhecidas, de uso de inteligência artificial no cotidiano, foram identificadas por 26,1% dos respondentes. Apenas 13,6% da população afirma nunca ter utilizado nenhuma dessas ferramentas.

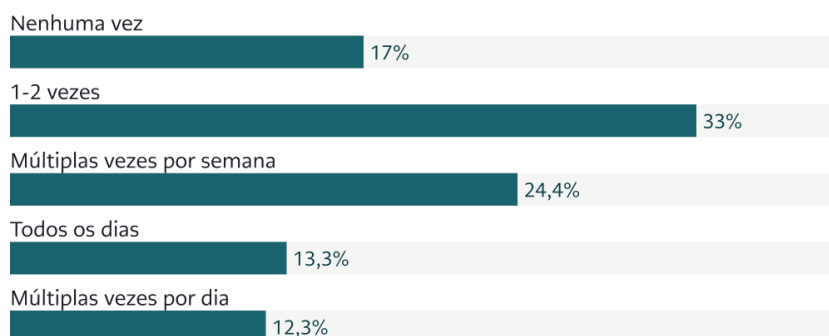
Destaca-se que mulheres reportaram nunca terem usado nenhuma ferramenta de IA quase duas vezes mais do que homens (18,7% vs. 7,8%).

Adicionalmente, o uso de geradores de texto ou conversas como ChatGPT é mais comum entre jovens, solteiros e usuários intensos de redes sociais. Em relação à idade, o uso é maior entre as três faixas etárias mais jovens de 16-24 anos (81,3%), 25-34 anos (69,8%) e 35-44 anos (64,3%), do que entre as duas mais velhas de 45-59 anos (36,6%) e 60-100 anos (24,7%). O uso também cresce de forma consistente com a intensidade de uso de redes sociais: entre quem usa redes sociais poucas vezes ou não usa, apenas 6,3% já utilizaram geradores de texto, proporção que sobe para 26% entre quem usa menos de uma hora por dia, 53% entre 1 e 3 horas por dia e 59,9% entre quem usa 3 horas ou mais por dia. Por fim, o uso também varia por estado civil, sendo maior entre solteiros (63,4%) do que entre casados (46,8%).

Entre as ferramentas de inteligência artificial avaliadas, apenas o uso de geradores de texto ou conversa como ChatGPT apresentou uma tendência de ICASM mais baixo entre usuários (636 vs. 709 pontos; uma diferença de 74 pontos). Esse resultado merece destaque diante do crescimento acelerado do uso dessa ferramenta específica no Brasil, inclusive para questões relacionadas à saúde mental, como identificado em outras perguntas deste módulo, reforçando a importância de acompanhar essa tendência em pesquisas futuras.

2. Frequência de uso

Nas últimas 2 semanas, com que frequência você utilizou os programas de inteligência artificial citados na pergunta anterior?



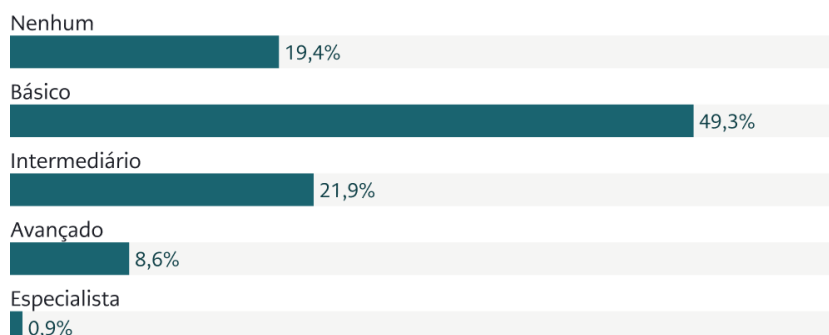
Metade dos brasileiros (50%) utiliza ferramentas de inteligência artificial com frequência de múltiplas vezes por semana ou mais, sugerindo um nível de integração já consolidado dessas tecnologias no cotidiano da população. Entre os usuários mais frequentes, 13,3% relatam uso diário e 12,3% utilizam essas ferramentas múltiplas vezes ao dia. Por outro lado, 17% dos respondentes afirmam não ter utilizado nenhuma ferramenta de inteligência artificial nas últimas duas semanas, enquanto 33% relatam uso pontual, de uma a duas vezes no período.

O uso frequente de inteligência artificial (múltiplas vezes por semana ou mais) está fortemente associado à idade, com um padrão gradual: 71,4% entre 16-24 anos, 67% entre 25-34, 56,8% entre 35-44, caindo para 40% entre 45-59 e 27,9% entre 60 anos ou mais. Também está associado à escolaridade (62,5% no ensino superior vs. 51,4% no médio) e ao uso intenso de redes sociais (60,3% entre quem usa 3 horas ou mais por dia, contra 44,8% entre quem usa de 1 a 3 horas).

A frequência geral de uso de ferramentas de inteligência artificial não apresentou associação com o ICASM. Esse resultado deve ser lido com cautela: ele indica que a quantidade de uso, por si só, não é o que determina o impacto da inteligência artificial na saúde mental. Como já demonstrado nesta seção, é o propósito do uso que parece fazer a diferença, com efeitos que variam da ausência de associação até o maior impacto identificado em todo o módulo, dependendo da finalidade específica.

3. Nível de conhecimento sobre inteligência artificial

Como você classificaria seu nível de conhecimento sobre Inteligência Artificial?



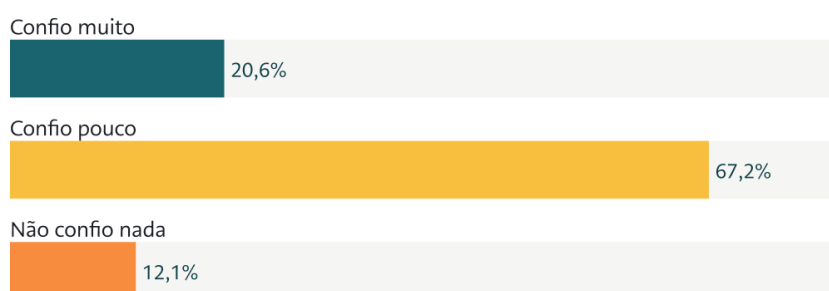
Quando perguntados sobre seu nível de conhecimento em inteligência artificial, quase metade dos brasileiros (49,3%) se autoavalia com conhecimento básico, e 19,4% afirmam não ter nenhum conhecimento sobre o tema. Juntas, essas duas categorias somam 68,7% da população, um indicativo relevante de baixo letramento em inteligência artificial, especialmente ao se considerar que a maioria (86,4% dos respondentes) já utiliza esse tipo de ferramenta no dia a dia, como visto anteriormente neste relatório. Apenas 21,9% se consideram

com conhecimento intermediário, e uma parcela pequena declara nível avançado (8,6%) ou de especialista (0,9%). Esse contraste entre alto uso e baixo autoconhecimento sobre inteligência artificial sugere uma lacuna de letramento digital que pode ser relevante para iniciativas futuras de educação sobre o tema.

O conhecimento autoavaliado sobre inteligência artificial difere de acordo com a idade: jovens de 16-24 anos relatam ter conhecimento médio ou avançado sobre inteligência artificial com frequência muito maior (65,9%) do que todas as outras faixas etárias de 25-34 anos (44,9%), 35-44 anos (28%), 45-59 anos (18,9%) e 60 anos ou mais (16,4%), numa queda consistente conforme a idade avança. Homens se autoavaliam com conhecimento médio ou alto mais do que o dobro das mulheres (43,1% vs. 20,9%). Escolaridade também se mostrou fortemente associada: 41,8% dos respondentes com ensino superior relatam conhecimento médio ou avançado, contra 34% no ensino médio e 20,9% no ensino fundamental.

4. Confiança nas respostas dadas pela inteligência artificial

O quanto você confia nos resultados obtidos através de buscas feitas usando programas de IA?

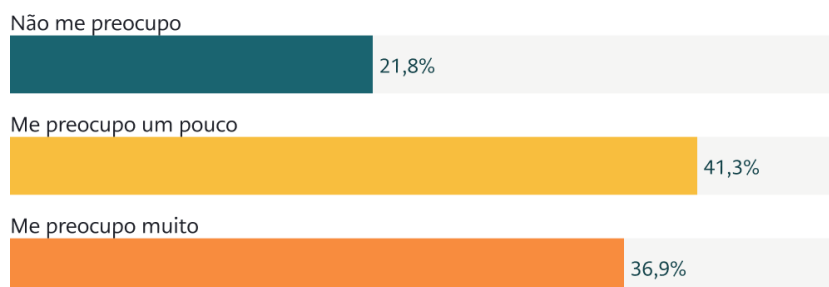


A maior parte dos brasileiros adota uma postura de confiança parcial em relação aos resultados de busca por inteligência artificial: 67,2% afirmam confiar pouco, enquanto 20,6% confiam muito e 12,1% não confiam em nada. Essa distribuição revela um padrão predominante nem de rejeição, nem confiança plena, que contrasta com o alto nível de uso dessas ferramentas já identificado neste relatório.

Diferentemente da maioria dos achados deste módulo, o grau de confiança nos resultados de busca por inteligência artificial não apresentou associação demográfica, sugerindo que essa confiança reflete mais uma disposição pessoal do que um perfil demográfico.

5. Preocupação com segurança de dados

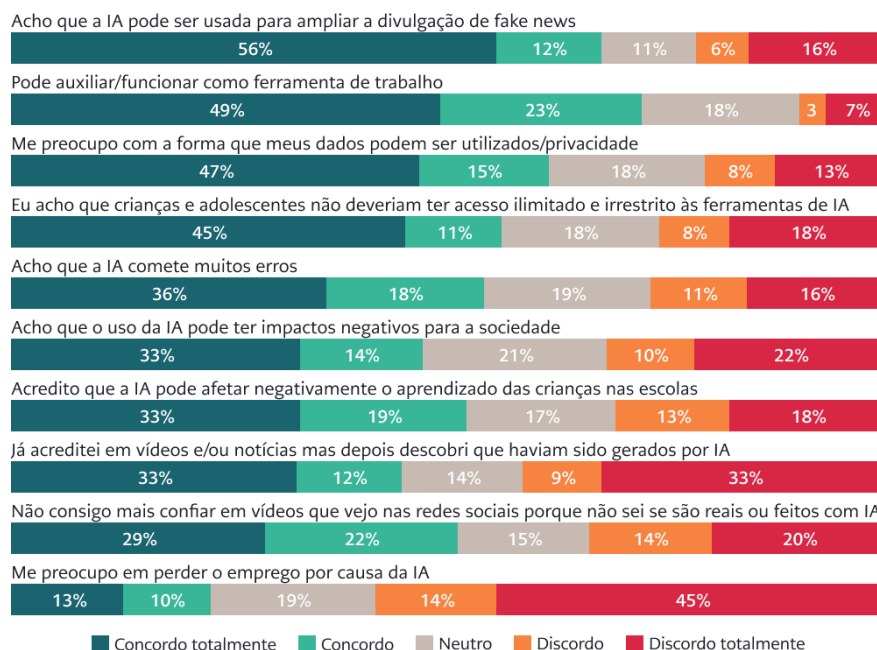
Você se preocupa com a segurança dos seus dados depois de utilizar a inteligência artificial?



A grande maioria dos brasileiros demonstra algum grau de preocupação com a segurança dos seus dados ao utilizar ferramentas de inteligência artificial: 78,2% relatam se preocupar pelo menos um pouco, sendo que 36,9% afirmam se preocupar muito. Apenas 21,8% dos respondentes declararam não ter nenhuma preocupação com esse aspecto. Esses números indicam que, apesar do uso já consolidado de ferramentas de inteligência artificial na população brasileira, a confiança em relação à proteção de dados pessoais permanece uma preocupação relevante e disseminada.

6. Opiniões sobre uso de inteligência artificial

Indique o quanto você concorda com as seguintes afirmações sobre inteligência artificial



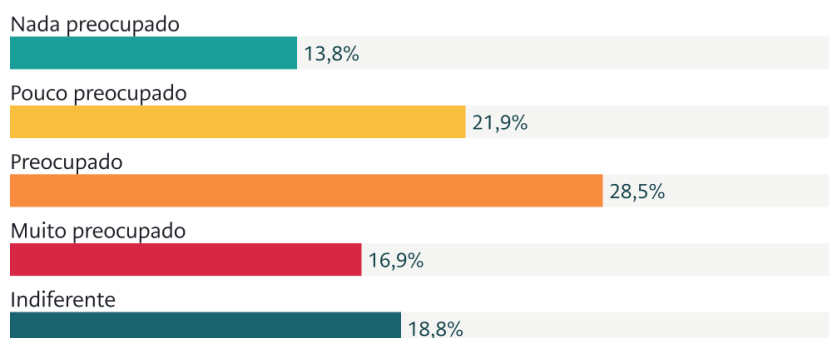
As percepções dos brasileiros sobre inteligência artificial revelam um equilíbrio entre reconhecimento de utilidade e preocupação com riscos. A afirmação com maior concordância é a de que a inteligência artificial pode auxiliar ou funcionar como ferramenta de trabalho, endossada por 71,6% dos respondentes. Logo em seguida, 67,4% concordam que a inteligência artificial pode ser usada para ampliar a divulgação de fake news, e 61,3% se preocupam com a forma como seus dados são utilizados. Mais da metade da população (55,7%) acredita que crianças e adolescentes não deveriam ter acesso ilimitado e irrestrito a ferramentas de inteligência artificial, e 52% acreditam que a tecnologia pode afetar negativamente o aprendizado infantil nas escolas. Chama atenção que quase metade dos brasileiros (44,2%) já acreditou em conteúdo posteriormente descoberto como gerado por inteligência artificial, evidenciando um risco real de desinformação já vivenciado pela população. Por fim, a preocupação com perda de emprego devido à inteligência artificial é a de menor concordância entre as dez afirmações avaliadas (23%), sugerindo que, apesar da percepção de riscos sociais e educacionais, o temor de impacto direto sobre o emprego ainda é relativamente contido.

A concordância com afirmações sobre inteligência artificial também varia conforme idade e escolaridade. A idade está associada a um achado com direção clara: jovens de 16-24 anos concordam mais que a inteligência artificial é uma ferramenta de trabalho útil (90,8%) do que respondentes de 45-59 (65,8%) e 60 anos ou mais (62,1%). Escolaridade está associada a maior concordância tanto com acreditar que a inteligência artificial amplia fake news (de 55,9% no ensino fundamental a 82,5% no superior) quanto que a inteligência artificial comete muitos erros (de 46,3% a 64,3%, no mesmo recorte de escolaridade), sugerindo uma percepção mais criteriosa e informada entre pessoas com escolaridade mais alta. As demais demografias não apresentaram diferenças significativas.

Nenhuma das dez afirmações sobre inteligência artificial avaliadas apresentou associação estatisticamente robusta com o ICASM, quando testadas individualmente. Esse resultado sugere que atitudes e opiniões sobre a inteligência artificial isoladas do uso concreto da ferramenta, não parecem, por si só, se relacionar à saúde mental. É um contraste relevante com o que foi observado para o uso efetivo de IA em contextos específicos, como abordado anteriormente nesta seção: parece ser menos o que se pensa sobre a inteligência artificial, e mais o que se faz com ela, que se relaciona à saúde mental dos respondentes.

7. Preocupação com o avanço da tecnologia

Qual seu nível de preocupação com o avanço de novas tecnologias, como a inteligência artificial?



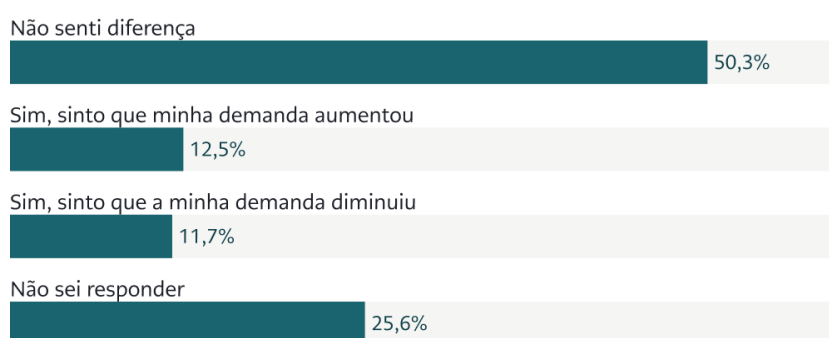
A população brasileira apresenta uma distribuição relativamente equilibrada de sentimentos em relação ao avanço da inteligência artificial. Quase metade dos respondentes (45,4%) relata algum grau de preocupação com o tema, sendo 28,5% preocupados e 16,9% muito preocupados. Por outro lado, 35,7% demonstram pouca ou nenhuma preocupação (21,9% pouco preocupados e 13,8% nada preocupados), enquanto 18,8% se declaram indiferentes ao avanço da tecnologia. Esse quadro sugere uma sociedade dividida quanto aos sentimentos em relação ao futuro da inteligência artificial, sem uma polarização extrema em nenhuma das direções.

Idade se mostrou significativamente associada à preocupação com o avanço da inteligência artificial: 25,6% dos jovens de 16-24 anos relatam preocupação, contra 38,1% entre 25-34 anos, 50,5% entre 35-44 anos, 42,9% entre 45-59 anos e 62,3% entre 60 anos ou mais. Esse contraste chama atenção especialmente por serem os jovens o grupo com maior uso e familiaridade declarada com ferramentas de inteligência artificial, como visto em seções anteriores deste módulo.

A preocupação com o avanço da inteligência artificial não apresentou associação com o ICASM.

8. Impacto da inteligência artificial no trabalho ou escola

Você acha que a inteligência artificial impacta/impactou sua demanda no trabalho e/ou nos estudos?

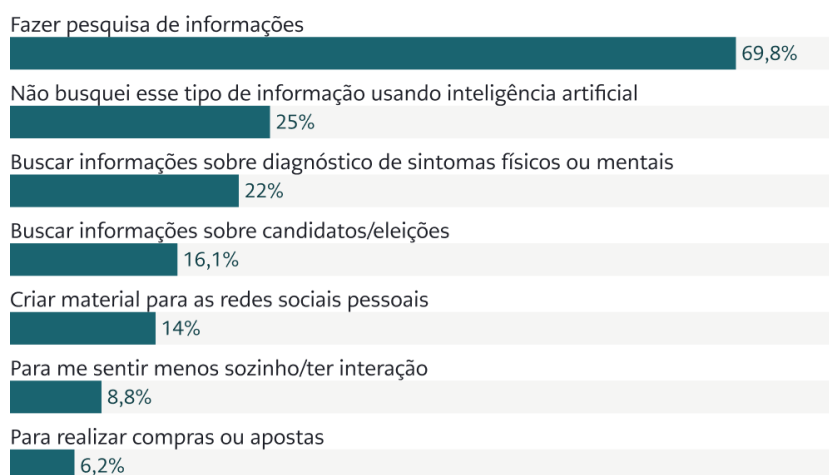


Metade dos brasileiros (50,3%) afirma não ter sentido nenhuma diferença na demanda de trabalho ou estudos em decorrência da inteligência artificial. Entre os que percebem algum impacto, os efeitos se dividem de forma quase equilibrada: 12,5% sentem que sua demanda aumentou, enquanto 11,7% sentem que diminuiu. Uma parcela expressiva da população (25,6%) declara não saber responder sobre esse impacto, sugerindo que, para uma parte considerável dos brasileiros, a relação entre inteligência artificial e a própria carga de trabalho ou estudos ainda não é algo claramente percebido ou processado.

Entretanto, esse resultado também pode refletir a natureza heterogênea do impacto da inteligência artificial sobre diferentes tipos de trabalho. A literatura sobre exposição ocupacional à inteligência artificial generativa aponta que esse impacto tende a se concentrar em atividades cognitivas, analíticas e administrativas, sendo comparativamente menor em trabalhos manuais, operacionais e de cuidado (Eloundou et al., 2024). Isso sugere que a percepção de impacto da inteligência artificial no trabalho e nos estudos não deve ser lida de forma homogênea, e que ela tende a estar mais presente entre profissões e atividades de natureza mais intelectual e administrativa.

9. Finalidade do uso

Nas últimas 2 semanas, você utilizou programas de inteligência artificial para quais atividades na vida pessoal? (marque todas as opções válidas)



Entre os respondentes que já utilizaram ferramentas de inteligência artificial, a finalidade mais comum é a pesquisa de informações em geral, mencionada por 69,8% da população. Chama atenção, no entanto, o uso de inteligência artificial para fins mais específicos e sensíveis: **22% dos brasileiros já recorreram a ferramentas de inteligência artificial para buscar informações sobre diagnóstico de sintomas físicos ou mentais**, seja para si ou para familiares, quase 1 em cada 4 pessoas. Ainda mais notável é o uso da inteligência artificial como forma de suprir necessidades emocionais e sociais: 8,8% dos respondentes afirmam já ter utilizado essas ferramentas especificamente para se sentir menos sozinho ou para ter algum tipo de interação. Outros usos relatados incluem busca de informações sobre candidatos e eleições (16,1%), criação de material para redes sociais pessoais (14%) e realização de compras ou apostas (6,2%). Por fim, um quarto da população (25%) afirma nunca ter buscado esse tipo específico de informação por meio de inteligência artificial.

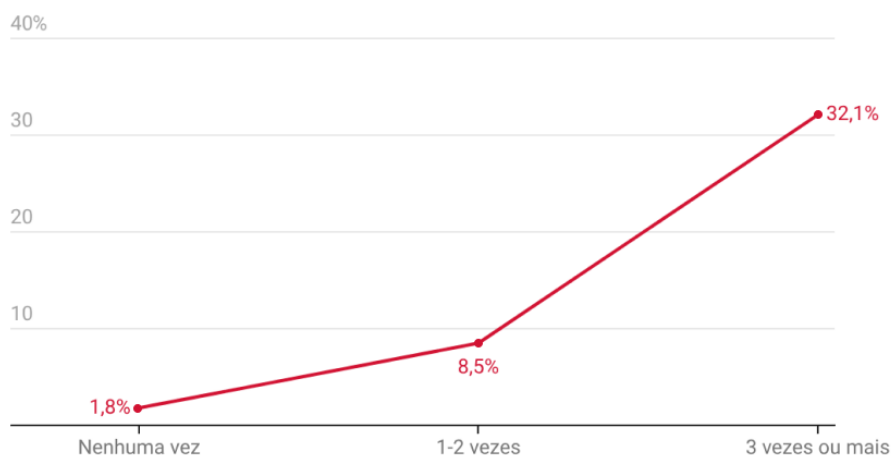
Os motivos de uso pessoal de inteligência artificial revelam padrões demográficos diversos. **Buscar diagnóstico de sintomas está significativamente associado à idade**: 26,9% dos respondentes de 16-24 anos, 24,6% dos de 25-34 e 32,9% dos de 35-44 relataram esse uso, contra apenas 11,6% entre 45-59 anos.

Pesquisar informações em geral está significativamente associado à escolaridade, sendo mais comum entre respondentes com ensino superior (82,2%) do que com ensino fundamental (58,9%). O padrão inverso, não ter buscado esse tipo de informação, segue o mesmo eixo de escolaridade em direção oposta, caindo de 36,1% entre quem tem ensino fundamental para 11,8% entre quem tem ensino superior.

Usar a inteligência artificial para se sentir menos sozinho ou ter interação está associado a sentir-se sozinho: apenas 1,8% de quem nunca se sentiu sozinho relata esse uso, subindo para 8,5% entre quem se sentiu sozinho 1 a 2 vezes e chegando a 32,1% entre quem se sentiu sozinho 3 vezes ou mais. Também está associado ao uso intenso de redes sociais: 14,4% entre quem usa redes sociais 3 horas ou mais por dia relatam esse uso, contra 3,7% entre quem usa entre 1 e 3 horas por dia. O uso para se sentir menos sozinho ou ter interação foi o único que apresentou associação com o ICASM (396 vs. 698 pontos; uma diferença de 302 pon-

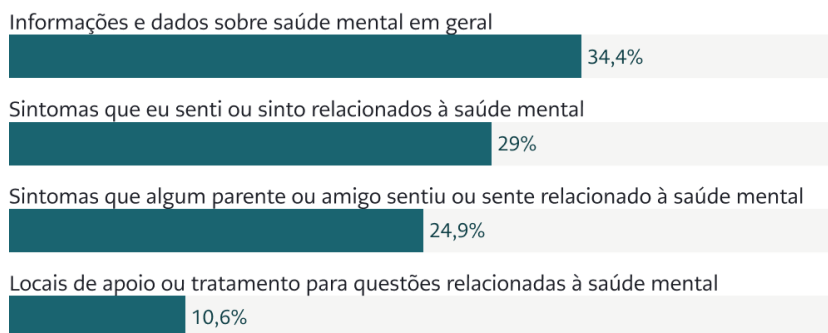
tos), o maior efeito identificado em todo o módulo de inteligência artificial. Vale a ressalva de que o número de respondentes é reduzido, o que recomenda cautela quanto à interpretação deste dado.

Uso de IA para companhia por frequência de ter se sentido sozinho



10. Tipos de informações buscadas

Você já usou programas de inteligência artificial para buscar informações sobre:



Um terço dos brasileiros (34,4%) já utilizou ferramentas de inteligência artificial para buscar informações e dados sobre saúde mental em geral. Chama atenção que **29% dos respondentes já buscaram informações sobre sintomas que sentiram ou sentem relacionados à própria saúde mental**, e 24,9% já pesquisaram sobre sintomas de parentes ou amigos, evidenciando que a inteligência artificial já ocupa um papel relevante como fonte de informação para questões de saúde mental. Em contraste, apenas 10,6% dos respondentes utilizaram inteligência artificial para buscar locais de apoio ou tratamento, a menor adoção entre os quatro itens avaliados. Isso é um indicativo de que o uso da inteligência artificial está mais concentrado na compreensão de sintomas do que na busca efetiva por caminhos de cuidado, uma lacuna potencialmente relevante para iniciativas futuras de direcionamento ao tratamento adequado.

A busca de informações de saúde mental através da inteligência artificial, acompanha outros indicadores já vistos nesta pesquisa: respondentes com diagnóstico de transtorno mental buscam locais de apoio ou tratamento via inteligência artificial mais que o triplo dos sem diagnóstico (25,7% vs. 7,6%) e relatam mais busca sobre sintomas próprios (51,7% vs. 24,8%).

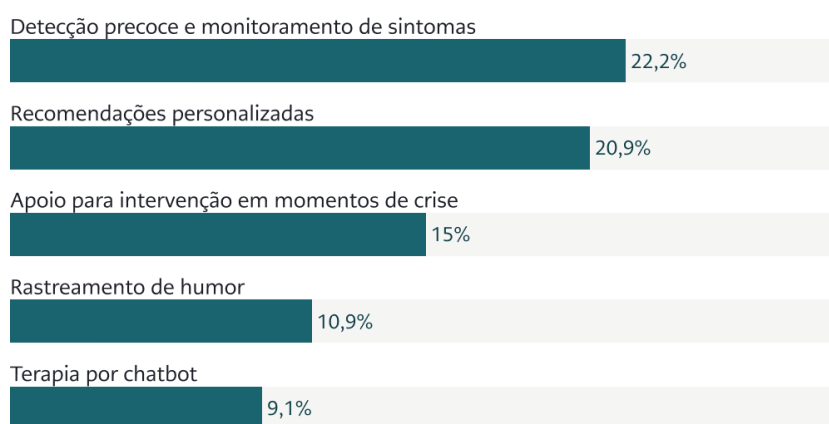
Três dos quatro itens avaliados apresentaram associação com o ICASM: buscar informações gerais sobre saúde mental (575 pontos entre quem buscou, contra 722 entre quem não buscou; diferença de 147 pontos), busca sobre sintomas próprios (549 pontos entre quem buscou, contra 721 entre quem não buscou; diferença de 172 pontos) e buscar locais de apoio ou tratamento (575 pontos entre quem buscou, contra 682,5 entre quem não buscou; diferença de 107,5 pontos).

Dado que o diagnóstico de transtorno mental está associado tanto a um ICASM mais baixo quanto a uma maior busca de informações via inteligência artificial, testou-se se essa variável explicaria integralmente as diferenças de ICASM observadas aqui. Ao comparar o ICASM entre quem busca e quem não busca cada item dentro de cada grupo de diagnóstico separadamente, a associação persiste. Isso indica que o diagnóstico de transtorno mental contribui para, mas não explica integralmente, a associação entre a busca de informações de saúde mental via inteligência artificial e um ICASM mais baixo.

Em conjunto, esses resultados reforçam a leitura de que a busca de saúde mental via inteligência artificial reflete, majoritariamente, pessoas que já reconhecem e estão lidando ativamente com questões de saúde mental, e não necessariamente uma porta de entrada para quem ainda não busca cuidado.

11. Uso de ferramentas de inteligência artificial para saúde mental

Você usa ou já usou ferramentas de inteligência artificial para as seguintes atividades relacionadas à saúde mental:



Entre as atividades específicas de saúde mental já realizadas com auxílio de inteligência artificial, a detecção precoce e monitoramento de sintomas lidera com 22,2% de adoção, seguida de recomendações personalizadas (20,9%). Um dado que merece atenção especial: **15% dos brasileiros já utilizaram inteligência artificial como apoio para intervenção em momentos de crise**, um uso sensível que evidencia que a tecnologia já está presente em situações potencialmente urgentes de saúde mental, ainda que fora de um contexto clínico estruturado. Rastreamento de humor (10,9%) e terapia por *chatbot* (9,1%) completam a lista, com adoção mais restrita, porém relevante, considerando o caráter ainda recente dessas aplicações específicas de inteligência artificial no campo da saúde mental.

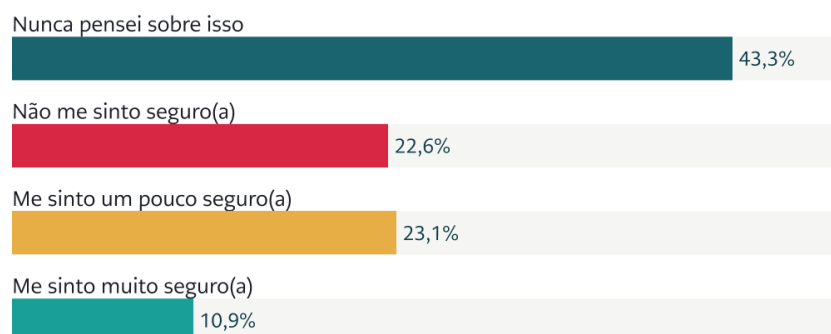
Entre as cinco atividades avaliadas, apenas o uso de *chatbot* para terapia apresentou associação com idade e com uso de redes sociais. Por idade, o uso é maior entre as três faixas mais jovens do que entre as duas mais velhas: 16-24 anos (20,1%), 25-34 anos (11,4%) e 35-44 anos (15,7%), contra 45-59 anos (3%) e 60 anos ou mais (0,9%). Essa diferença de idade não parece se explicar simplesmente pelo maior uso geral de inteligência artificial entre os jovens. Mesmo comparando apenas usuários com frequência de uso semelhante, jovens de 16-24 e adultos de 35-44 anos seguem usando mais terapia por *chatbot* do que pessoas de 45 anos ou mais.

O uso intenso de redes sociais também está associado à terapia por *chatbot*, num padrão crescente: 13,6% entre quem usa 3 horas ou mais por dia, contra 5,4% entre quem usa entre 1 e 3 horas. O mesmo padrão crescente aparece entre aqueles que reportaram sentir-se sozinhos: 4,8% entre quem nunca se sentiu sozinho, 7,1% entre quem se sentiu 1 a 2 vezes, e 25,3% entre quem se sentiu 3 vezes ou mais.

Três das cinco atividades apresentaram associação com ICASM mais baixo: terapia por *chatbot* (453 pontos entre quem usa, contra 693 entre quem não usa; diferença de 240), recomendações personalizadas (564 contra 699) e rastreamento de humor (584 contra 682).

12. Segurança em buscar informações na inteligência artificial

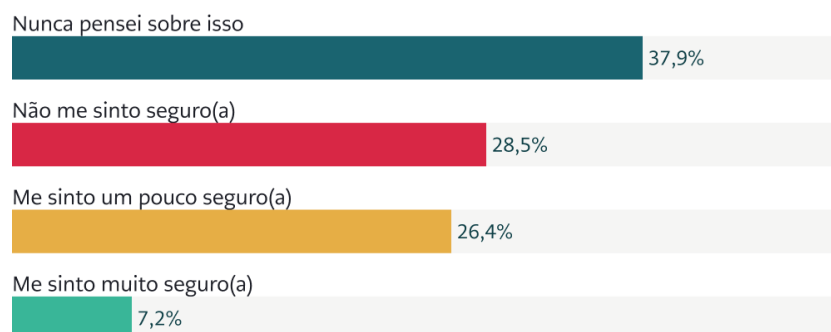
O quanto você se sente seguro(a) de buscar ajuda sobre questões relacionadas à saúde mental nos programas de inteligência artificial?



Mais da metade dos brasileiros (56,6%) já refletiu sobre a segurança de buscar ajuda de saúde mental via inteligência artificial, seja se sentindo inseguro (22,6%), um pouco seguro (23,1%) ou muito seguro (10,9%), contra 43,3% que nunca pensaram no assunto. Isso sugere que essa não é uma questão hipotética, mas algo que já está presente no dia a dia da maioria da população diante do avanço da inteligência artificial.

Do ponto de vista demográfico, a resposta “nunca pensei sobre isso” está significativamente associada a menor uso de redes sociais: 55,4% entre quem usa entre 1 e 3 horas por dia, contra 33,3% entre quem usa 3 horas ou mais. As demais respostas não apresentaram diferenças entre as demografias.

O quanto você se sente seguro(a) de seguir as recomendações oferecidas pelos programas de inteligência artificial sobre o tema de saúde mental?



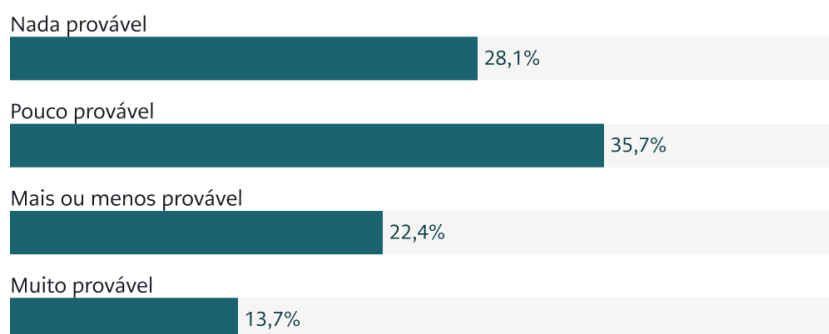
Ao serem questionados sobre o quanto se sentem seguros em seguir recomendações de saúde mental fornecidas por inteligência artificial, os brasileiros demonstram um nível de cautela maior do que o observado para a simples busca de informações via inteligência artificial. Mais da metade dos respondentes (54,9%) relata não se sentir seguro ou se sentir um pouco seguro em seguir esse tipo de recomendação, enquanto apenas 7,2% se sentem muito seguros, a menor proporção entre as quatro opções de resposta. Assim como na pergunta anterior, uma parcela expressiva da população (37,9%) afirma nunca ter pensado sobre essa questão. Esse padrão sugere que, embora a inteligência artificial já seja utilizada por uma parcela relevante da população para buscar informações sobre saúde mental (34,4% já buscaram informações gerais sobre o tema), os respondentes apresentam certa insegurança quando se trata de efetivamente seguir orientações fornecidas por essas ferramentas.

Do ponto de vista demográfico, quem tem diagnóstico de transtorno mental confia mais nos resultados de busca por IA do que quem não tem: 15,8% se sentem muito seguros, contra apenas 5,6% entre quem não tem diagnóstico.

Não foi observada associação entre essa pergunta e o ICASM.

13. Probabilidade de usar inteligência artificial para Saúde Mental

Quão provável seria você usar ferramentas de inteligência artificial no futuro para auxiliar sua saúde mental?

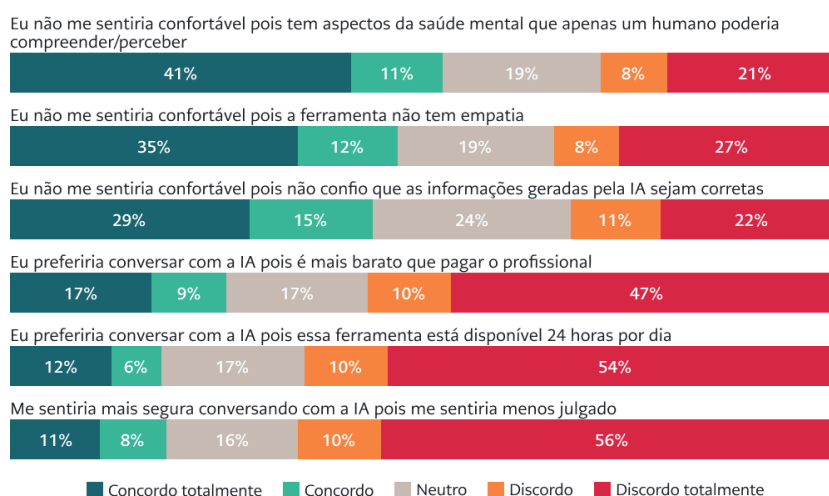


Quando questionados sobre a probabilidade de utilizarem inteligência artificial para questões de saúde mental no futuro, a maioria dos brasileiros demonstra ceticismo: 63,8% consideram pouco ou nada provável esse tipo de uso, sendo 28,1% que o veem como nada provável e 35,7% como pouco provável. Por outro lado, 36,1% consideram mais ou menos essa possibilidade ou muito provável, com 13,7% se declarando muito propensos a esse uso futuro. Esse resultado sugere que, apesar do uso relevante de inteligência artificial para buscar informações gerais sobre saúde mental já identificado em perguntas anteriores deste relatório (34,4% dos brasileiros), a maior parte da população ainda vê com ressalva a perspectiva de uma relação mais consolidada e intencional entre inteligência artificial e cuidado com a própria saúde mental.

A probabilidade declarada de usar inteligência artificial no futuro para saúde mental não apresentou nenhuma associação demográfica. Entretanto, está associada ao ICASM: respondentes que consideram essa possibilidade mais ou menos ou muito provável apresentam ICASM de 609 pontos, inferior aos 706 pontos observados entre os que consideram pouco ou nada provável, uma diferença de 97 pontos, sugerindo que a abertura à IA como recurso futuro de saúde mental está mais associada a uma necessidade já sentida do que a uma preferência tecnológica isolada.

14. Preferências de uso da IA vs humano no cuidado com saúde mental

Sobre uso de ferramentas de inteligência artificial como substitutas ao psicólogo, indique o quanto você concorda com as seguintes afirmativas:



Entre as seis afirmações sobre o uso de inteligência artificial como substituta de um terapeuta humano, os motivos de desconforto concentram mais concordância do que os motivos de preferência. Mais da metade dos brasileiros (52,2%) concorda que existem aspectos da saúde mental que apenas um humano seria capaz

de compreender ou perceber, 46,1% concordam que a ferramenta não tem empatia e 43,6% desconfiam das informações geradas por inteligência artificial. Em contraste, as razões que favorecem a IA têm concordância bem menor: 26,4% prefeririam a IA por ser mais barata que pagar um profissional, 18,9% pela disponibilidade 24 horas e 18,6% se sentiriam mais seguros ou menos julgados conversando com a IA em vez de um humano, e a maioria discorda dessas três razões (entre 57% e 66%). Entre 16% e 24% das pessoas, conforme a afirmação, se declaram neutras. Esse padrão indica que, apesar do uso relevante de IA para questões pontuais de saúde mental identificado em outras perguntas deste relatório (34,4% dos brasileiros buscaram informações gerais sobre o tema), os respondentes se mostram mais receosos do que favoráveis quanto à capacidade da tecnologia de substituir o acompanhamento terapêutico humano.

Do ponto de vista demográfico, a idade foi a variável com diferenças confirmadas entre grupos de tamanho adequado. Pessoas de 16 a 24 anos e de 35 a 44 anos concordaram mais do que pessoas de 60 anos ou mais tanto com preferir a inteligência artificial por ser mais barata (28,2% e 39,3%, contra 18,8%) quanto por gerar menos julgamento (21,1% e 27,4%, contra 11,9%). A diferença de preferência entre jovens e pessoas de 60 anos ou mais parece não se explicar apenas pelo maior uso da ferramenta: em uma análise exploratória restrita a usuários frequentes de IA, a diferença entre esses dois grupos se manteve e foi até maior no caso do custo (34,4% vs. 16,3%) e do julgamento (25,1% vs. 13,7%).

Das seis afirmações avaliadas, três expressam preferência pela inteligência artificial e três expressam desconforto com ela. Apenas as de preferência apresentaram associação significativa com o ICASM: quanto maior a concordância, menor tende a ser o índice. Comparando quem concorda (concordo ou concordo totalmente) com quem discorda (discordo ou discordo totalmente), sem considerar os neutros, o ICASM de quem prefere a IA por ser mais barata foi de 553,2 pontos, contra 719,9 entre quem discorda (diferença de 167 pontos). Para a sensação de menor julgamento, os valores foram de 558 e 707 pontos (diferença de 149), e para a disponibilidade 24 horas, de 563 e 709 pontos (diferença de 146). Uma leitura possível é que a preferência pela IA como alternativa ao terapeuta humano esteja mais presente entre pessoas em maior sofrimento psíquico ou que enfrentam barreiras ao cuidado tradicional, embora os dados não permitam afirmar a direção dessa relação.

Conexão social e inteligência artificial

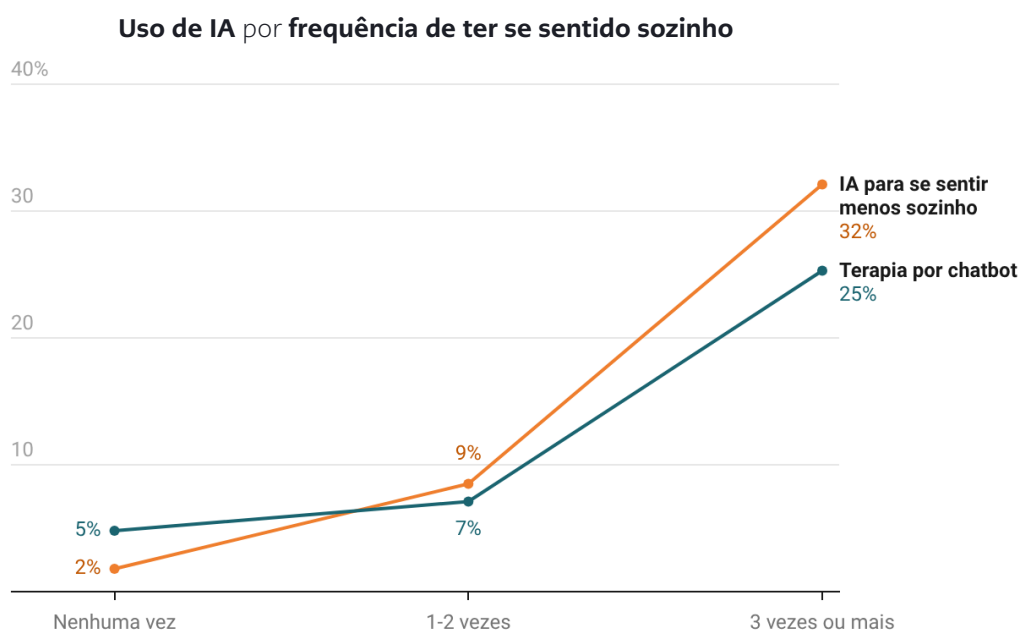
Solidão e inteligência artificial se conectam de uma forma que merece destaque próprio neste relatório. Já foi demonstrado que sentir-se sozinho é, isoladamente, o achado mais fortemente associado à saúde mental de toda a pesquisa e, ao mesmo tempo, o módulo de IA revela que buscar essa mesma tecnologia para se sentir menos sozinho é o uso mais fortemente associado ao menor valor do ICASM entre todos os avaliados. Por isso, esta seção específica é dedicada a explorar esse cruzamento com mais profundidade: como o isolamento social já vivenciado se conecta ao uso de inteligência artificial, quem mais recorre a esse tipo de uso, e como essa relação varia entre diferentes grupos da população brasileira.

Se sentir sozinho - o achado mais forte de todo o módulo

Usar inteligência artificial para se sentir menos sozinho ou ter interação é o item com a maior associação ao ICASM entre todos os itens avaliados no módulo de inteligência artificial, superando inclusive buscas por sintomas de saúde mental ou uso de terapia por *chatbot*. A solidão já havia aparecido como o hábito mais fortemente associado ao ICASM de maneira geral, e aqui ela reaparece, agora através da tecnologia. Apesar de não ser possível afirmar causalidade, é plausível considerar que quem já se sente sozinho pode buscar a inteligência artificial como uma tentativa de conexão social. Isso pode ser ainda mais complexo, ao considerar as limitações da inteligência artificial em prover elementos intrínsecos ao vínculo humano, como reciprocidade real, empatia e presença física, o que pode não só não aliviar o sentimento de solidão, mas, em alguns casos, até perpetuar o ciclo em vez de resolver o problema original.

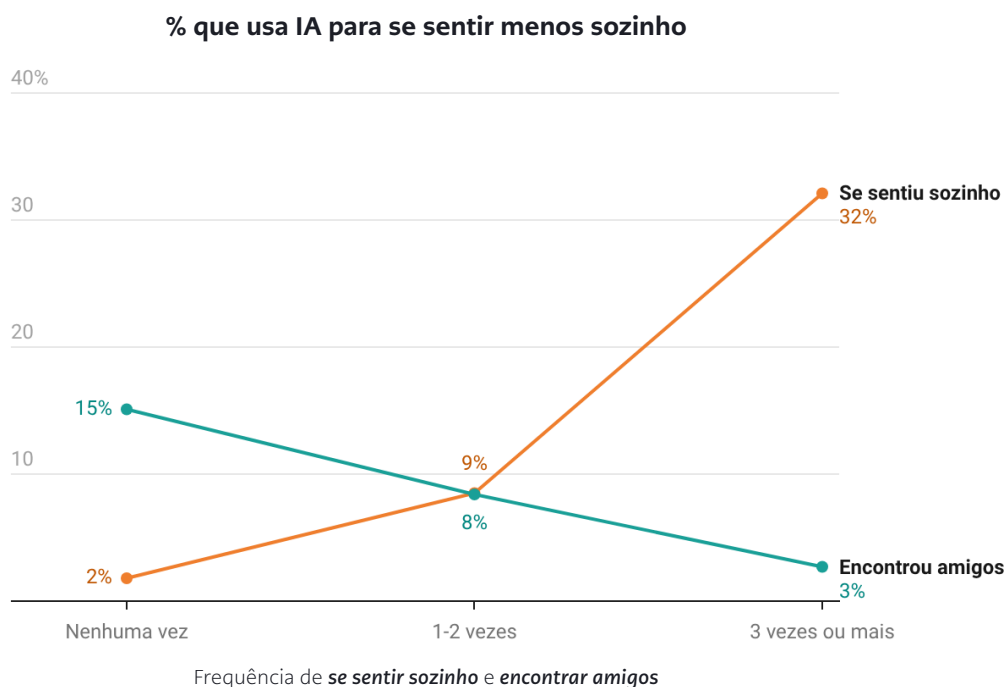
O uso de inteligência artificial e nível de conexão social

O cruzamento entre hábitos de conexão social e o módulo de inteligência artificial revela um padrão consistente e abrangente. Quem se sentiu sozinho com mais frequência não apenas usa mais inteligência artificial para suprir a solidão (1,8% › 8,5% › 32,1%, conforme a frequência aumenta), como também usa mais terapia por *chatbot* (4,8% › 7,1% › 25,3%) e concorda mais com as três razões de preferência pela IA sobre um terapeuta humano: mais barato (20,4% › 25,5% › 47,2%), disponibilidade 24 horas (14,7% › 15,6% › 35,6%) e menos julgamento (13,5% › 15,4% › 38,6%).



O padrão se repete, na direção oposta, para quem encontra amigos com mais frequência: menor uso de inteligência artificial para solidão (15,1% › 8,4% › 2,7%) e menor concordância com a preferência pela inteligência artificial por ser mais barata (36,9% › 24,5% › 17,8%).

Brigar com familiares também está associado ao maior uso de inteligência artificial para solidão (4,3% entre quem nunca brigou, contra 15,3% entre quem brigou 1 a 2 vezes) e de terapia por *chatbot* (6,4% vs. 28,7% entre quem brigou 3 ou mais vezes), além de maior concordância com as três razões de preferência pela inteligência artificial. Chama atenção, em particular, que brigar com familiares 3 vezes ou mais nas últimas duas semanas está associado a um uso de terapia por *chatbot* quatro vezes maior do que entre quem não teve nenhum conflito familiar. Isso sugere que tensões nas relações mais próximas podem, em algum grau, influenciar a busca por suporte terapêutico através da inteligência artificial.



Esses resultados reforçam a ideia de que a preferência pela inteligência artificial como alternativa ao terapeuta humano está fortemente conectada à conexão social vivenciada no cotidiano, não apenas a barreiras de custo e disponibilidade, mas também à falta de conexão social como tal.

Quem mais recorre à inteligência artificial por companhia

O uso de inteligência artificial para esse fim está associado ao uso intenso de redes sociais. Pessoas que já utilizam redes sociais de forma intensa recorrem mais à inteligência artificial também para suprir a necessidade de interação, sugerindo que esse comportamento pode fazer parte de um padrão mais amplo de busca por conexão através de meios digitais.

Conclusão

Em conjunto, esses resultados mostram que o uso de inteligência artificial para suprir a solidão não é um fenômeno isolado, mas um espelho tecnológico de um padrão já central neste relatório: a centralidade da conexão social para a saúde mental dos brasileiros. Esse achado sinaliza que uma parcela das pessoas já recorre à inteligência artificial como resposta a uma necessidade emocional, um uso que, independentemente do grupo demográfico, está sempre associado ao menor valor de ICASM e cuja real capacidade de aliviar (ou agravar) o isolamento social ainda precisa ser mais bem compreendida.

Conclusão do módulo Inteligência Artificial

Uso geral de inteligência artificial

A pesquisa mostra que o uso de inteligência artificial pelos respondentes já é disseminado: 51,9% dos brasileiros já usaram geradores de texto e apenas 13,6% nunca utilizaram nenhuma ferramenta de inteligência artificial. Ainda, a metade da população usa essas ferramentas com frequência (múltiplas vezes por semana ou mais), mas apenas 31,3% se autoavalia com conhecimento médio ou alto sobre o tema. Esse descompasso entre uso e conhecimento sugere que uma parcela relevante dos brasileiros já incorporou a inteligência artificial ao cotidiano sem necessariamente compreender como ela funciona. Isso pode ser um sinal de que o letramento digital ainda não acompanha a velocidade do uso, e que a familiaridade prática com a ferramenta não deve ser confundida com compreensão crítica sobre ela.

Esse uso disseminado também carrega um ceticismo persistente e multifacetado. Mais da metade dos brasileiros (53,8%) concorda que a inteligência artificial comete muitos erros, e 43,6% apresentam algum grau de desconfiança nas informações geradas por inteligência artificial. Quase metade da população (45,4%) se declara preocupada ou muito preocupada com o avanço da inteligência artificial de forma geral. Essa preocupação pode refletir tanto um ceticismo apresentado quanto, em parte, o próprio hiato de letramento digital já mencionado: quem não compreende bem como a tecnologia funciona tende a ter mais dificuldade em avaliar riscos reais de forma proporcional, o que pode alimentar um receio menos calibrado, mas nem por isso menos real ou menos relevante para políticas públicas de comunicação e educação sobre o tema.

Esse ceticismo também se apresenta na forma de preocupação: 61,3% se preocupam com a forma como seus dados pessoais podem ser usados, e quase metade (47,7%) acredita que a inteligência artificial pode ter impactos negativos para a sociedade como um todo. A preocupação com crianças e adolescentes se destaca de forma particular: mais da metade dos brasileiros considera que crianças e adolescentes não deveriam ter acesso ilimitado e irrestrito às ferramentas de inteligência artificial (55,7%), e uma proporção semelhante acredita que a inteligência artificial pode afetar negativamente o aprendizado infantil nas escolas (52%), o que pode ser um indício de que os brasileiros já enxergam riscos concretos o suficiente para defender alguma forma de proteção, especialmente para os mais jovens.

Isso sugere que o uso frequente de inteligência artificial não deve ser interpretado como sinal de confiança plena ou de uma incorporação natural e despreocupada da tecnologia à rotina. É, antes, um uso que convive com reservas importantes em múltiplas frentes. Esse uso parece refletir cenários distintos: em alguns casos, uma adaptação diante da disponibilidade da ferramenta; em outros, a ausência de opção de interação humana, como ocorre em muitos serviços de atendimento automatizado; e, por fim, um uso sequer percebido como tal, já que boa parte da inteligência artificial presente no cotidiano, como recomendações automáticas, filtros de conteúdo e assistentes de voz opera de forma pouco visível, sem que o usuário necessariamente reconheça estar interagindo com essa tecnologia. Essa pluralidade de cenários reforça que ‘uso frequente’ é uma categoria que abriga experiências muito diferentes entre si, nem sempre voluntárias e nem sempre conscientes.

Uso de inteligência artificial para Saúde Mental

Para além dos usos gerais já descritos, uma parcela relevante da população brasileira já recorre à inteligência artificial especificamente para questões de saúde mental. Buscar informações gerais sobre o tema é o uso mais comum (34,4%), seguido de perto pela busca de informações sobre sintomas que a própria pessoa já sentiu (29%). Entre os usos mais ativos e específicos, 22,2% já usaram inteligência artificial para detecção precoce ou monitoramento de sintomas, 20,9% para recomendações personalizadas, e 15% para apoio em momentos de crise. Usos mais substitutivos do cuidado profissional aparecem com menor frequência, mas ainda assim relevante: 10,9% já usaram inteligência artificial para rastreamento de humor, 10,6% para buscar locais de apoio ou tratamento, 9,1% já usaram terapia por *chatbot*, e 8,8% já recorreram à inteligência artificial especificamente para se sentir menos sozinhos ou ter interação. Ainda que minoritários, esses últimos

números não devem ser ignorados: como já demonstrado neste módulo, é justamente entre quem já usa a inteligência artificial dessas formas mais próximas do cuidado que se concentram indicadores de saúde mental mais baixos, o que torna esse público, ainda que numericamente pequeno, um dos mais relevantes para se pensar em políticas de cuidado e regulação.

Em conjunto, os achados deste módulo revelam um padrão consistente: o uso de inteligência artificial para finalidades específicas e intensivas de saúde mental, como terapia por *chatbot*, recomendações personalizadas, rastreamento de humor e buscar informações sobre sintomas próprios ou sentir-se menos sozinho, está fortemente associado a ICASM mais baixo, sendo este último item (“sentir-se menos sozinho ou ter interação”) o de maior efeito. Verificou-se que esse padrão se mantém mesmo ao controlar pela presença de diagnóstico de transtorno mental: em todos os itens avaliados, a associação entre uso de IA para fins de saúde mental e ICASM mais baixo permanece, e no caso de respondentes sem diagnóstico, chega a ser ainda mais pronunciada. Isso indica que o padrão não se explica simplesmente pela maior prevalência de diagnóstico entre usuários mais intensivos dessas ferramentas.

Esse padrão é reforçado pelas razões que os brasileiros apontam para preferir a inteligência artificial a um terapeuta humano: menor julgamento, maior disponibilidade e menor custo (todas associadas a ICASM mais baixo), sugerindo que a adoção mais intensiva da tecnologia reflete, em boa parte, barreiras reais de acesso ao cuidado tradicional, e não apenas preferência ou curiosidade tecnológica.

Uso de inteligência artificial para Saúde Mental - Solidão

Como discutido na seção “Conexão social e inteligência artificial” (pg. 61), usar a inteligência artificial para se sentir menos sozinho é o achado mais fortemente associado ao ICASM em todo o módulo, um padrão confirmado no cruzamento entre hábitos de conexão social (solidão, amigos, conflitos familiares) e uso de inteligência artificial, incluindo terapia por *chatbot* e as razões de preferência pela inteligência artificial sobre um terapeuta humano.

Uso de inteligência artificial para Saúde Mental - Diagnóstico de Saúde Mental

Diagnóstico de transtorno de saúde mental está entre os eixos mais consistentes do módulo e o padrão é sempre na mesma direção: quem já foi diagnosticado busca mais ativamente a inteligência artificial como fonte de informação e apoio. Pessoas diagnosticadas buscam mais informações sobre os próprios sintomas do que quem não tem diagnóstico (51,7% vs. 24,8%), assim como locais de apoio ou tratamento (25,7% vs. 7,6%) e informações gerais sobre saúde mental (49,4% vs. 31,7%). Também se sentem mais seguras seguindo recomendações de inteligência artificial sobre saúde mental (15,8% se sentem muito seguras, contra 5,6% entre quem não tem diagnóstico). Diferente do padrão de solidão descrito acima, em que a inteligência artificial parece funcionar como substituto de conexão humana, aqui o comportamento sugere algo distinto: uma busca ativa e informada por conhecimento sobre o próprio diagnóstico, entre um público que já está engajado com o próprio cuidado. O fato de que ter diagnóstico não está associado a um uso maior de terapia por *chatbot* especificamente reforça essa leitura, sugerindo que, para esse público, a inteligência artificial parece funcionar mais como uma ferramenta complementar de busca de informação e letramento em saúde do que como substituto do tratamento terapêutico em si. Isso levanta a questão de como orientar esse uso de forma segura, já que a confiabilidade das informações geradas por inteligência artificial sobre saúde mental ainda precisa ser reforçada.

Uso de inteligência artificial - Idade

Idade é um dos eixos mais consistentes do módulo, mas com uma particularidade importante: a direção do achado muda conforme o tipo de pergunta. Jovens lideram de forma ampla e consistente o uso e a adoção de ferramentas de inteligência artificial: usam geradores de texto como ChatGPT com frequência muito maior (81,3%, contra 24,7% entre os de 60 anos ou mais), se autoavaliam com mais conhecimento sobre o tema do que todas as demais faixas etárias, e recorrem mais à terapia por *chatbot* (20,1% contra 0,9%). Ao mesmo tempo, são os mais velhos que demonstram maior preocupação com os riscos do avanço da inteligência artificial

para a sociedade (62,3%, contra apenas 25,6% entre os jovens), uma inversão completa do padrão de liderança observado em praticamente todos os outros indicadores.

Esses dados levantam uma questão relevante para políticas de letramento digital: os grupos que mais usam inteligência artificial e que, portanto, estão mais expostos a seus riscos potenciais no dia a dia, são justamente os que menos reconhecem esses riscos como preocupantes. Isso é particularmente relevante para os jovens: são eles que mais incorporam a IA à rotina, mais recorrem a ela para questões de saúde mental, e mais cedo se expõem a suas potenciais consequências, justamente na fase da vida em que a identidade e a autoestima ainda estão se consolidando, e em que a pessoa está desenvolvendo o próprio padrão de como lidar com o sofrimento emocional e a quem recorrer quando precisa de ajuda. A literatura sobre desenvolvimento na adolescência indica que os padrões de busca por apoio formados nessa fase tendem a persistir na vida adulta (Barker, 2007), e que essa é uma fase particularmente sensível para a formação desses padrões, moldada por fatores relacionais e sociais (Häggström Westberg et al., 2026)¹. Se essa primeira experiência de busca por apoio for moldada pela interação com uma IA, isso pode influenciar de forma duradoura os hábitos de cuidado que essa pessoa levará para a vida adulta, diferente de um adulto, cujos padrões de busca por ajuda já estão mais estabelecidos. Essa combinação de exposição alta e percepção de risco baixa reforça a importância de políticas e práticas de uso de inteligência artificial que priorizem especificamente esse público.

Conclusão

Em conjunto, esses resultados mostram que a inteligência artificial já ocupa um espaço real na forma como os brasileiros lidam com sua saúde mental, sobretudo entre quem já enfrenta maiores dificuldades, seja por solidão, conflitos familiares ou por um diagnóstico de transtorno mental estabelecido, ainda que a população mantenha um ceticismo considerável quanto à sua capacidade de substituir o cuidado humano.

Esse uso crescente não ocorre no vácuo: ele reflete, em boa parte, uma combinação de necessidade e preferência. Do lado da necessidade, o cuidado especializado no Brasil segue caro, escasso e mal distribuído, com filas de espera prolongadas no sistema público e custos elevados no setor privado. Diante dessas barreiras, recorrer a ferramentas gratuitas e disponíveis a qualquer momento deixa de ser uma escolha entre opções equivalentes, e passa a ser, para muitos, a única opção viável. Do lado da preferência, já vimos neste relatório que os motivos mais citados para optar pela IA em vez de um terapeuta humano, como menor custo, disponibilidade 24 horas e menos julgamento percebido, reforçam essa mesma leitura: a adoção da IA parece responder menos a um entusiasmo com a tecnologia, e mais a lacunas reais no sistema de cuidado tradicional.

No centro dessa tensão entre uso crescente e ceticismo persistente está um hiato de letramento digital que este relatório evidenciou repetidamente: mais brasileiros usam ferramentas de inteligência artificial do que se sentem capazes de compreendê-las. Esse hiato importa porque letramento em inteligência artificial vai além da capacidade técnica de operar essas ferramentas, mas envolve o desenvolvimento de pensamento crítico para avaliar as informações que elas geram, reconhecer suas limitações e vieses, e tomar decisões informadas sobre quando e como utilizá-las (Chiu, 2025²; Long & Magerko, 2020³). É justamente essa camada crítica que parece faltar de forma mais aguda entre os jovens, o grupo que mais incorpora a inteligência artificial à rotina e, ao mesmo tempo, o que menos reconhece seus riscos.

Investir nesse letramento, portanto, não é apenas uma medida de inclusão digital, mas também uma estratégia de proteção à saúde mental. Mas o letramento sozinho não resolve o problema completamente: se a busca pela IA nasce, em grande medida, da falta de acesso ao cuidado tradicional, a resposta não pode se limitar a ensinar a população a usar essas ferramentas de maneira mais crítica. É preciso também construir

¹ Häggström Westberg, K., Eriksson, M., & Ahlberg, M. G. (2026). Emotional connectedness and adolescent help-seeking behavior for mental health problems: A situational analysis. *PLOS Mental Health*, 3(5), e0000624.

² Chiu, T. K. F. (2025). AI literacy and competency: Definitions, frameworks, development and future research directions. *Interactive Learning Environments*, 33(5), 3225–3229.

³ Long, D., & Magerko, B. (2020). What is AI literacy? Competencies and design considerations. In *Proceedings of the 2020 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. ACM.

caminhos seguros para ampliar o acesso ao cuidado para quem hoje não o tem. Modelos de cuidado escalonado (*stepped care*), em que a inteligência artificial atua na triagem, na psicoeducação e no monitoramento, com encaminhamento estruturado para profissionais humanos nos casos que exigem essa intervenção, representam uma direção possível nesse sentido (Mareya et al., 2024)¹. Isso concentra o uso da tecnologia exatamente onde ela pode ampliar o alcance do cuidado, sem comprometer sua qualidade. Uma população mais capacitada a compreender os limites da tecnologia está mais bem equipada para reconhecer quando uma ferramenta de inteligência artificial não é o recurso apropriado para lidar com uma necessidade emocional, e para buscar, quando necessário, o cuidado humano especializado que essas ferramentas ainda não substituem. Essa posição é próxima da adotada pelo Conselho Federal de Psicologia, que afirma que a IA não substitui o juízo técnico e ético de psicólogas e psicólogos, que a substituição da escuta clínica por respostas automatizadas compromete princípios fundamentais da prática profissional e que o uso dessas ferramentas exige supervisão e discernimento humanos (CFP, 2025)².

Por fim, expandir o acesso com segurança e fortalecer o letramento da população não bastam sem um terceiro componente: um olhar atento da sociedade civil e dos órgãos reguladores sobre essa tecnologia em rápida expansão. Regulação clara, protocolos obrigatórios de encaminhamento humano em situações de crise, e auditorias independentes de vies algorítmico são condições necessárias para conter os efeitos nocivos do uso indiscriminado da IA, especialmente entre populações mais vulneráveis. Essas medidas, ao mesmo tempo, permitem que seu potencial benéfico se realize de forma responsável. Essa agenda exige estudos, programas sociais, políticas públicas e debates informados sobre os riscos e benefícios do uso de inteligência artificial, tanto de forma geral quanto, especificamente, como recurso de apoio à saúde mental.

¹ Mareya, S., Watts, M. C., Zhao, L., & Olasoji, M. (2024). Exploring the stepped care model in delivering primary mental health services: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 2026–2042.

² Conselho Federal de Psicologia. (2025, 3 de julho). Nota de posicionamento do Conselho Federal de Psicologia sobre inteligência artificial e psicologia.

4. Sobre nós

Sobre nós

Instituto Cactus

Somos uma entidade filantrópica e de direitos humanos, sem fins lucrativos, que atua de forma independente para ampliar o debate e os cuidados em prevenção de doenças e promoção de saúde mental no Brasil.

Apoiamos iniciativas e projetos que proporcionem, por meio dos cuidados em saúde mental, melhora na qualidade de vida de todas as pessoas, olhando prioritariamente para adolescentes e mulheres. Trabalhamos oferecendo apoio financeiro e inteligência estratégica para a construção e oferta de ferramentas e intervenções que resultem em soluções e boas práticas em atenção psicossocial. Priorizamos ações que possam ser multiplicadas em outros contextos e fomentamos a geração de evidências para apoiar a gestão pública.

Unindo governo, ciência e comunidade, estamos aqui para expandir a noção sobre nossa saúde, alargando seus espaços de presença, reflexão e atuação. A saúde mental importa e é urgente fazermos dela um assunto de todas as pessoas, todos os dias.

www.institutocactus.org.br 

AtlasIntel

AtlasIntel é uma empresa de tecnologia focada no desenvolvimento de produtos de inteligência de dados de alta frequência. AtlasIntel estabeleceu-se como líder no mercado de ferramentas de pesquisa com coleta digital, fornecendo soluções de *big data* baseadas em metodologias científicas sólidas e tecnologia inovadora.

Empregamos essa tecnologia de ponta, trabalhando em conjunto com o sector privado, público, e o terceiro setor, em projetos que ajudam a melhorar e capacitar o processo de tomada de decisões, planejamento estratégico e gestão de riscos. Nossa metodologia exclusiva e proprietária de seleção aleatória e pós-estratificação e validação de amostra emprega estratégias avançadas de calibração, bem como protocolos de segurança e verificação cuidadosamente projetados, de forma a garantir a solidez de nossos resultados.

AtlasIntel é a única empresa com foco em coleta web classificada com selo “A” no ranqueamento das empresas e institutos de pesquisa realizado pelo FiveThirtyEight. A qualidade dos serviços prestados pela AtlasIntel são reconhecidos internacionalmente, tendo se tornado uma fonte confiável de veículos de mídia em todo o mundo. Resultados de pesquisas AtlasIntel já foram publicados e analisados por uma ampla gama de parceiros, incluindo New York Times, Washington Post, CNN, Bloomberg, Reuters e Newsweek, entre outros.

www.atlasintel.org 

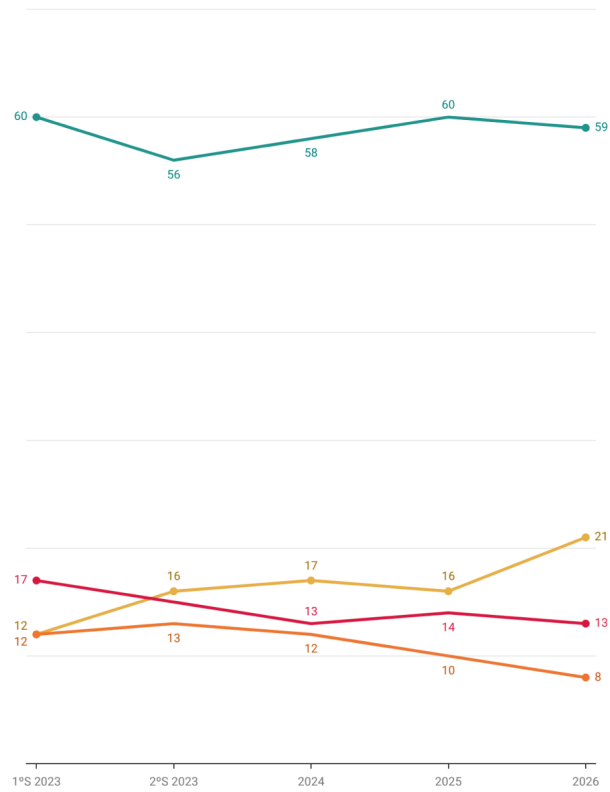
5. Anexos

5.1 Séries temporais das dimensões do ICASM

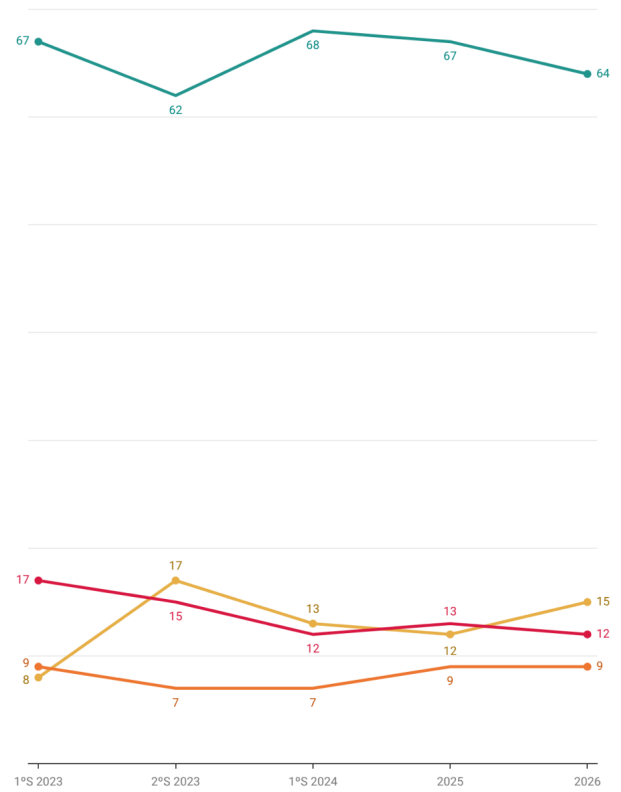
Confiança

■ Absolutamente não ■ Como de costume ■ Pouco mais do que de costume ■ Muito mais do que de costume

GHQ 10 - Tem perdido a confiança em si mesmo



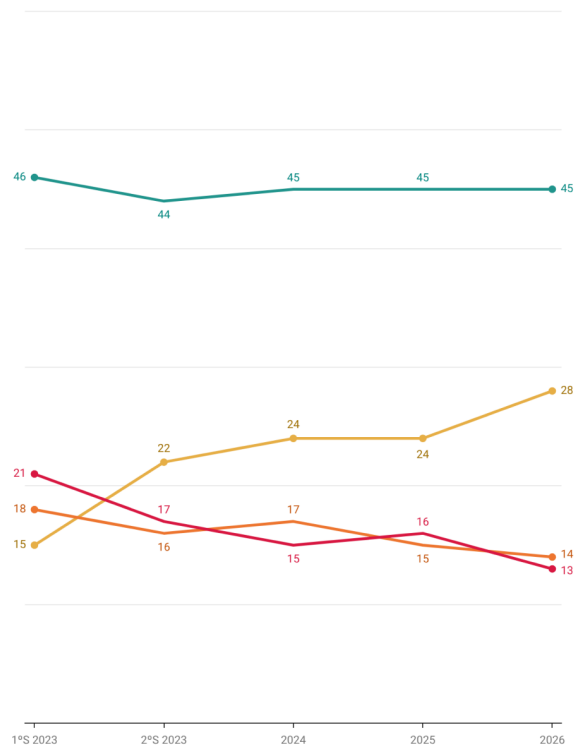
GHQ 11 - Tem pensado que é uma pessoa inútil



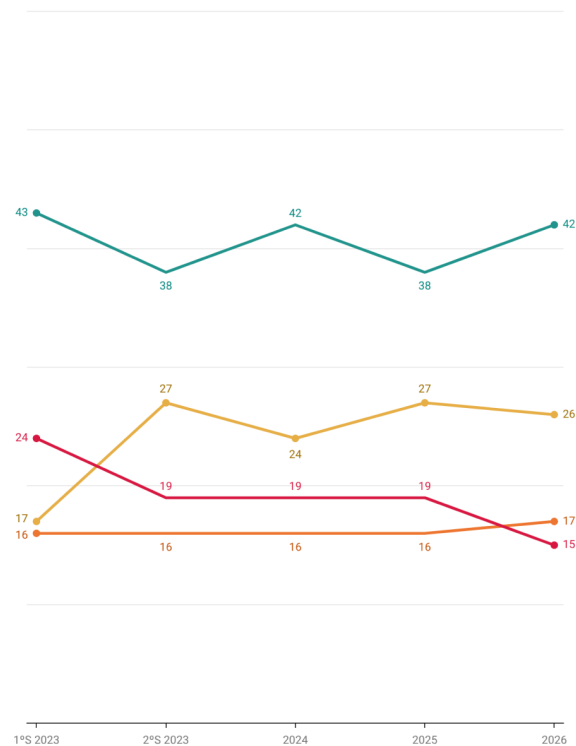
Vitalidade

■ Absolutamente não ■ Como de costume ■ Pouco mais do que de costume ■ Muito mais do que de costume

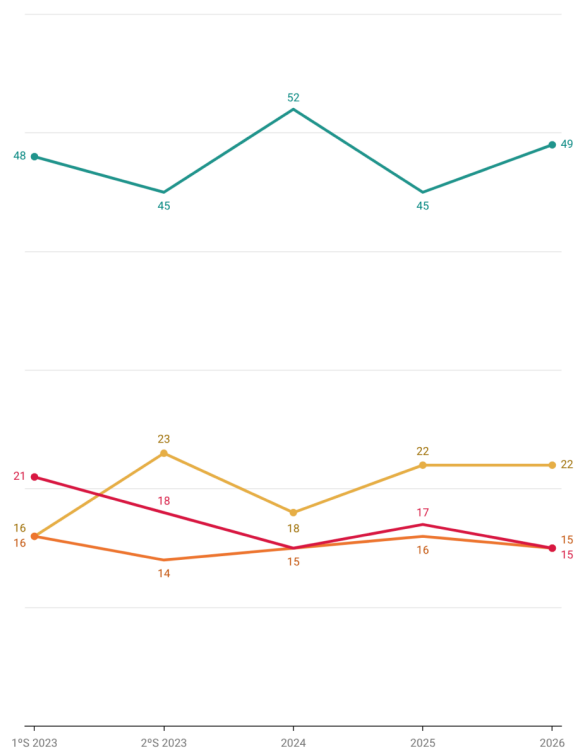
GHQ 02 - Tem perdido o sono frequentemente por causa das suas preocupações



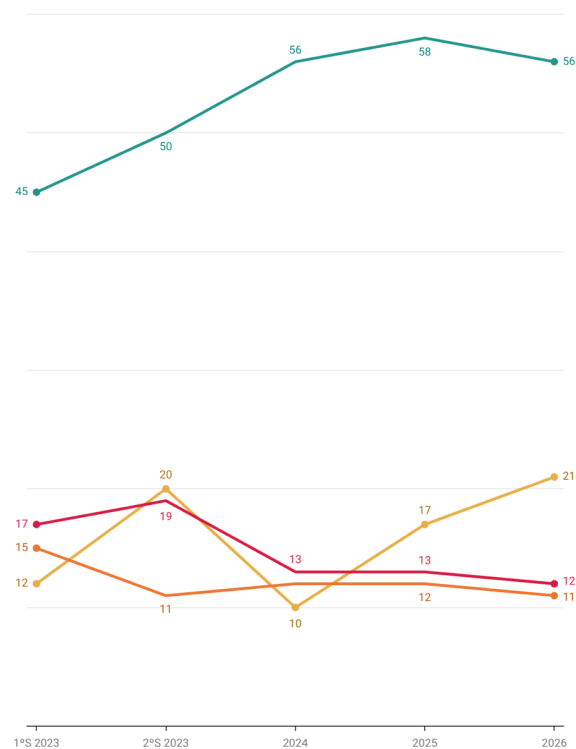
GHQ 05 - Tem se sentido constantemente esgotado e sob pressão



GHQ 06 - Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades



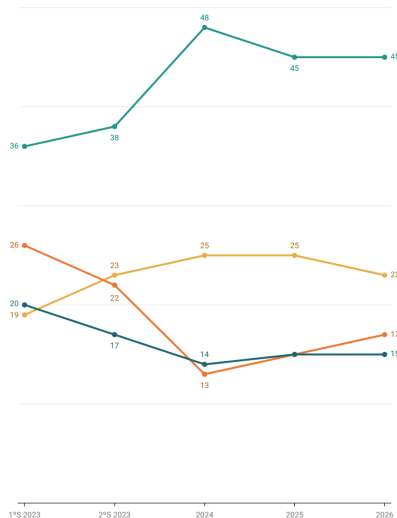
GHQ 09 - Tem se sentido infeliz e deprimido



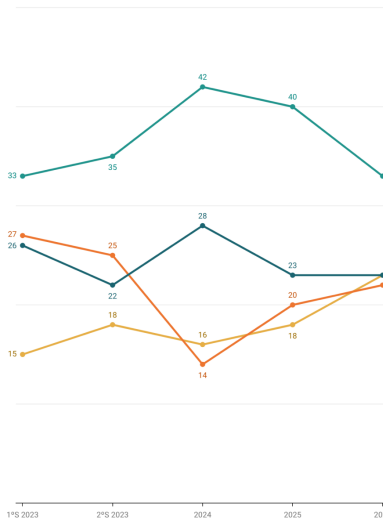
Foco

■ Mais que de costume ■ Como de costume ■ Menos do que de costume ■ Muito menos que de costume

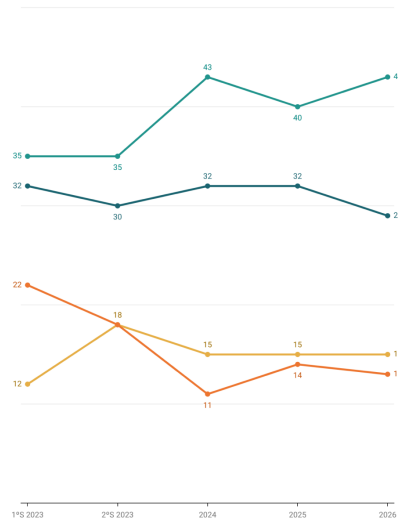
GHQ 01 - Tem conseguido se concentrar bem naquilo que faz



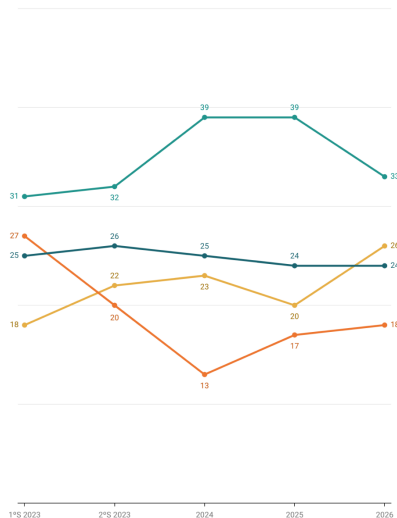
GHQ 03 - Tem sentido que está desempenhando um papel útil na vida



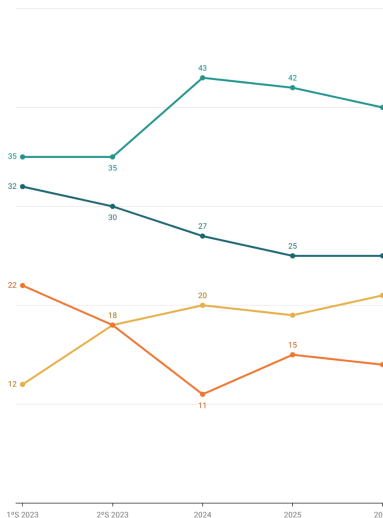
GHQ 04 - Tem se sentido capaz de tomar decisões



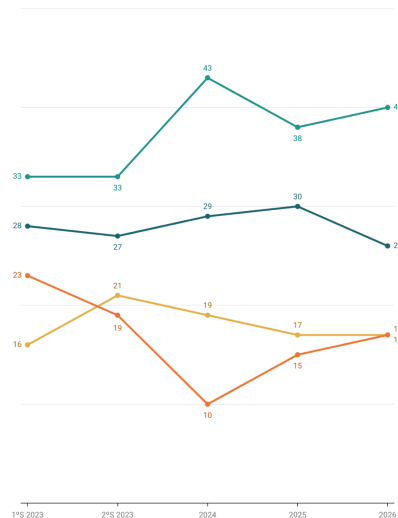
GHQ 07 - Tem realizado com satisfação suas atividades normais do dia-a-dia



GHQ 08 - Tem sido capaz de enfrentar seus problemas adequadamente



GHQ 12 - Se sente razoavelmente feliz, considerando todas as circunstâncias



5.2 Fórmula de cálculo do ICASM

Fórmula de cálculo do ICASM

$$iCASM = \frac{1000}{3} \times (iConfi\tilde{a}n\tilde{c}a + iVitalidade + iFoco)$$

$$iConfi\tilde{a}n\tilde{c}a = 1 - \frac{1}{6} \times \left(\sum_{k \in \{10,11\}} iGHQ_k \right)$$

$$iVitalidade = 1 - \frac{1}{12} \times \left(\sum_{k \in \{02,05,06,09\}} iGHQ_k \right)$$

$$iFoco = 1 - \frac{1}{18} \times \left(\sum_{k \in \{01,03,04,07,08,12\}} iGHQ_k \right)$$

$$iGHQ_{02,05,06,09,10,11} = \begin{cases} 0, & \text{se } GHQ \approx \text{'Absolutamente não'} \\ 1, & \text{se } GHQ \approx \text{'Como de costume'} \\ 2, & \text{se } GHQ \approx \text{'Pouco mais que de costume'} \\ 3, & \text{se } GHQ \approx \text{'Muito mais que de costume'} \end{cases}$$

$$iGHQ_{01,03,04,07,08,12} = \begin{cases} 0, & \text{se } GHQ \approx \text{'Mais que de costume'} \\ 1, & \text{se } GHQ \approx \text{'Como de costume'} \\ 2, & \text{se } GHQ \approx \text{'Menos do que de costume'} \\ 3, & \text{se } GHQ \approx \text{'Muito menos do que de costume'} \end{cases}$$



Panorama da Saúde Mental

2026