



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

RAFAEL DOS SANTOS ALVES

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL EM
SERGIPE

LAGARTO - SE

2025

RAFAEL DOS SANTOS ALVES

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL EM
SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Livia Cristina Rodrigues Ferreira Lins

Co-orientadora: Prof. Esp. Ana Barbara de Jesus Chaves

LAGARTO - SE

2025

RAFAEL DOS SANTOS ALVES

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL EM
SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Livia Cristina Rodrigues Ferreira Lins

Co-orientadora: Prof. Esp. Ana Barbara de Jesus Chaves

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

RESUMO

INTRODUÇÃO: A saúde mental constitui-se em um tema global de grande relevância, afetando milhões de pessoas independentemente de idade, gênero ou condição socioeconômica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) já apontava que transtornos como depressão, ansiedade e esquizofrenia estavam entre as principais causas de incapacidade no mundo. A pandemia de COVID-19 agravou esse cenário, intensificando o isolamento social, o estresse e a demanda por serviços de saúde mental. Os desafios mostraram-se ainda mais evidentes, com um sistema de saúde sobrecarregado e dificuldades no acesso a serviços especializados, em todo o país. Em Sergipe, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representa a principal estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento em saúde mental, mas sua implementação enfrenta obstáculos. **OBJETIVO:** Analisar a assistência às pessoas com transtornos mentais em Sergipe, utilizando os indicadores propostos pela OMS no documento *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. **MÉTODO:** O estudo adotou abordagem quantitativa e qualitativa, fundamentada em dados secundários obtidos de bases oficiais (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, DATASUS, IBGE e OMS), além da análise crítica da disponibilidade e precisão das informações sobre os serviços de saúde mental no Estado. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A análise evidenciou que Sergipe não atingiu as metas da OMS para saúde mental, apresentando a maioria dos indicadores como inexistentes ou parciais. Identificaram-se ausência de políticas estaduais específicas, número insuficiente de CAPS, inexistência de residências terapêuticas, programas de prevenção limitados e falhas na integração da rede de atenção psicossocial. Apenas avanços pontuais foram observados, sem atender de forma plena às recomendações internacionais. **CONCLUSÃO:** Constatou-se que, apesar de progressos na implementação das políticas de saúde mental, Sergipe ainda não atende de forma plena as recomendações da OMS, sendo necessários investimentos contínuos, expansão da cobertura e estratégias de promoção e prevenção em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental. Transtornos mentais. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Sistema Único de Saúde (SUS). Serviços de saúde mental. Políticas públicas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Mental health has emerged as a global issue of great relevance, affecting millions of people regardless of age, gender, or socioeconomic status. The World Health Organization (WHO) had already pointed out that disorders such as depression, anxiety, and schizophrenia were among the leading causes of disability worldwide. The COVID-19 pandemic worsened this scenario, intensifying social isolation, stress, and the demand for mental health services. In Brazil, challenges were even more evident, with an overloaded health system and limited access to specialized care. In Sergipe, the Psychosocial Care Network (RAPS) represented the main strategy of the Unified Health System (SUS) for mental health care, but its implementation faced obstacles such as an insufficient number of Psychosocial Care Centers (CAPS), a shortage of qualified professionals, and difficulties in access in inland municipalities. **OBJECTIVE:** To analyze the mental health care provided to people with mental disorders in Sergipe, using the indicators proposed by the WHO in the document *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. **METHOD:** The study adopted a quantitative and qualitative approach, based on secondary data obtained from official sources (Ministry of Health, State Health Secretariat, DATASUS, IBGE, and WHO), along with a critical analysis of the availability and reliability of information on mental health services in the state. **RESULTS AND DISCUSSION:** The analysis showed that Sergipe did not achieve the WHO targets for mental health, with most indicators classified as non-existent or only partially met. The findings included the absence of specific state policies, an insufficient number of CAPS, lack of therapeutic residences, limited prevention programs, and failures in the integration of the psychosocial care network. Only isolated advances were identified, falling short of fully meeting international recommendations. **CONCLUSION:** Despite some progress in the implementation of mental health policies, Sergipe has not yet fully complied with WHO recommendations, highlighting the need for continuous investments, expanded coverage, and structured strategies for mental health promotion and prevention.

Keywords: Mental health. Mental disorders. Psychosocial Care Network (RAPS). Unified Health System (SUS). Mental health services. Public policies.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	OBJETIVOS	9
3.	REVISÃO DA LITERATURA	10
4.	METODOLOGIA	14
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
6.	IMPACTOS ESPERADOS	31
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
8.	REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

A saúde é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um direito humano fundamental e, desde a Conferência de Alma-Ata em 1978, vem sendo reafirmada a importância dos sistemas de saúde na garantia do acesso universal, integral e equitativo aos cuidados (WHO, 2007). Dentro desse contexto, a saúde mental ocupa lugar estratégico, pois envolve não apenas a ausência de transtornos mentais, mas o bem-estar integral do indivíduo, sua capacidade de lidar com estresses cotidianos e de contribuir produtivamente para a sociedade (WHO, 2013). Estima-se que, globalmente, uma em cada oito pessoas vive com algum transtorno mental, sendo a depressão e a ansiedade os mais prevalentes, responsáveis por uma carga significativa de incapacidade e custos sociais (WHO, 2022).

Historicamente, os cuidados em saúde mental estiveram associados a modelos hospitalocêntricos e excludentes, marcados pelo isolamento e pela institucionalização em manicômios. A partir da segunda metade do século XX, influenciados pelos movimentos de desinstitucionalização na Europa e pela luta antimanicomial em diversos países, iniciou-se a transição para modelos comunitários, pautados na garantia de direitos humanos e no cuidado integral em liberdade (Amarante & Nunes, 2018). A OMS, em consonância com essa transformação, elaborou o *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*, que estabelece quatro objetivos centrais: fortalecer a governança em saúde mental; prover serviços comunitários e integrados; implementar estratégias de promoção e prevenção; e consolidar sistemas de informação, pesquisa e evidências (WHO, 2013).

No Brasil, esse movimento se materializou a partir da década de 1990 com a Reforma Psiquiátrica e foi consolidado pela Lei nº 10.216/2001, que redirecionou o modelo assistencial para a atenção psicossocial e determinou a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários. A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, representou um avanço significativo, articulando diferentes níveis de atenção e incluindo dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas e as equipes de atenção básica com atuação em saúde mental. Apesar disso, o país ainda enfrenta desigualdades regionais, insuficiência de cobertura e dificuldades no financiamento e monitoramento de indicadores.

Do ponto de vista epidemiológico, os transtornos mentais configuram uma das principais causas de incapacidade no mundo, respondendo por aproximadamente 14,6% da

carga global de doenças (DALYs – *Disability Adjusted Life Years*) (GBD, 2022). O suicídio, por sua vez, é considerado um problema grave de saúde pública: em escala mundial, mais de 700 mil pessoas morrem a cada ano por essa causa, sendo a quarta principal entre jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2021). No Brasil, as taxas de mortalidade por suicídio vêm crescendo, com destaque para as regiões Norte e Nordeste, onde há menor cobertura de serviços especializados e maior vulnerabilidade social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

No estado de Sergipe, os desafios se tornam ainda mais evidentes. Apesar da existência de CAPS e de iniciativas pontuais de promoção da saúde mental, o estado não conta com um plano específico nem com legislação própria para a área, o que compromete o alinhamento com as recomendações internacionais. Além disso, os dados epidemiológicos apontam aumento das taxas de suicídio, especialmente entre adolescentes, e ausência de programas estruturados de prevenção contínua, o que reforça a necessidade de fortalecimento da rede de atenção psicossocial (SES/SE, 2024).

Diante desse cenário, torna-se imprescindível analisar o sistema de saúde mental de Sergipe à luz das recomendações globais, de forma a identificar lacunas e apontar caminhos para a formulação de políticas públicas mais consistentes. Ao adotar como referencial o plano de ação global da OMS, este trabalho pretende contribuir para a compreensão crítica da realidade local, oferecendo subsídios técnicos e científicos que possam apoiar a construção de uma rede de cuidados em saúde mental mais integral, equitativa e humanizada, consolidando o direito à saúde como expressão plena da cidadania.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar a assistência às pessoas em sofrimento mental no Estado de Sergipe, segundo os indicadores proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no documento *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Analisar as políticas públicas de saúde mental para identificar como a liderança e governança influenciam a implementação de programas e serviços de saúde mental no Estado.

2.2.2. Avaliar a efetividade dos serviços comunitários de saúde mental em comparação com modelos hospitalares tradicionais, verificando seu impacto na qualidade do atendimento e na reinserção social dos pacientes.

2.2.3. Investigar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental, examinando sua eficácia na redução de fatores de risco e no fortalecimento do bem-estar psicológico.

2.2.4. Examinar o papel dos sistemas de informação e pesquisa em saúde mental, identificando lacunas na coleta de dados a fim de propor melhorias para o monitoramento e avaliação de políticas e programas em Sergipe.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Os sistemas de saúde desempenham papel essencial na garantia do direito universal à saúde, funcionando como estruturas integradas para oferecer ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. No contexto da saúde mental, a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que o cuidado deve ser parte indissociável da atenção integral à saúde, estruturado sobre princípios de equidade, acessibilidade e respeito aos direitos humanos. A partir dessa concepção, a OMS formulou o *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*, que estabelece quatro objetivos estratégicos globais: fortalecer a governança em saúde mental; ampliar a oferta de serviços comunitários e integrados; implementar ações de promoção e prevenção; e aprimorar os sistemas de informação, pesquisa e evidências. Esses eixos orientam países e regiões no desenvolvimento de redes assistenciais substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, centradas na comunidade e na pessoa (WHO, 2013; WHO, 2021).

A atenção à saúde mental esteve associada a práticas asilares e à institucionalização de pessoas com transtornos mentais, processo que começou a ser revisto a partir da segunda metade do século XX, impulsionado por movimentos de desinstitucionalização e pela defesa dos direitos humanos. Experiências internacionais bem-sucedidas, como a reforma psiquiátrica italiana conduzida por Franco Basaglia em Trieste, consolidaram a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por centros comunitários de saúde mental e residências terapêuticas. Modelos como o National Health Service (NHS), no Reino Unido, com suas *Community Mental Health Teams (CMHTs)* e o programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), tornaram-se referências pela integração entre atenção primária, psicoterapia baseada em evidências e acompanhamento contínuo. Na Austrália, o programa Headspace (espaço livre, em tradução livre) fortaleceu o acesso de jovens aos cuidados em saúde mental, integrando recursos comunitários e teleatendimento, enquanto o Canadá implantou o modelo Stepped Care 2.0, que organiza o cuidado por níveis de complexidade, otimizando recursos e ampliando cobertura (CLARK et al., 2018; FRASER et al., 2020).

O Headspace foi criado em 2006 pelo governo australiano, com foco na saúde mental de jovens entre 12 e 25 anos, grupo etário que representa um dos maiores índices de sofrimento psicológico e risco de suicídio. O modelo propõe um ponto de entrada único, acessível e livre de estigmas para adolescentes e jovens adultos, oferecendo atendimento clínico, suporte psicossocial, orientação educacional e vocacional, além de modalidades

online (eHeadspace). Segundo McGorry et al. (2019), trata-se de um dos programas de intervenção precoce mais abrangentes e bem estruturados no campo da saúde mental juvenil, atuando em uma lógica de cuidado comunitário integrado. Estudos longitudinais apontam melhorias significativas nos níveis de sofrimento psicológico e na qualidade de vida dos usuários: em uma amostra de 58.233 jovens atendidos, 70,96% apresentaram melhora em ao menos um dos três indicadores avaliados — redução do sofrimento, melhora funcional e aumento da qualidade de vida (HNYMHF, 2023).

Embora o impacto individual do programa seja positivo, algumas análises críticas sugerem que o Headspace ainda enfrenta desafios em escala populacional. Kisely e Looi (2022) destacam que, apesar do alto investimento governamental, os indicadores gerais de saúde mental entre jovens australianos não melhoraram de forma consistente ao longo da implementação do programa, indicando necessidade de maior integração com outros níveis de cuidado e fortalecimento da abordagem preventiva. Além disso, autores como Cross et al. (2020) observam que parte dos usuários não recebe acompanhamento terapêutico contínuo, o que pode limitar a efetividade de longo prazo do modelo. Estes fatos evidenciam a necessidade de ajustes e adaptações do programa à realidade local e aos sistemas que podem utilizá-los, como o SUS do Brasil.

O Stepped Care 2.0 (SC2.0) emergiu como uma estratégia inovadora de reorganização da rede de saúde mental, priorizando acesso rápido, personalização e eficiência no uso de recursos. O modelo adota uma abordagem de “cuidado em passos” (*stepped care*), na qual os indivíduos são direcionados para o nível de intervenção mais adequado à sua necessidade, podendo “subir” ou “descer” em intensidade conforme a resposta terapêutica (Cornish et al., 2021). Essa estrutura flexível combina atendimentos presenciais, teleatendimento e ferramentas digitais, integrando serviços comunitários e especializados.

Avaliações conduzidas pela *Mental Health Commission of Canada* indicam resultados expressivos: uma redução de até 68% no tempo de espera por atendimento psicológico após a implementação de clínicas de sessão única e triagem imediata (*walk-in*), além de maior satisfação dos usuários (Mental Health Commission of Canada, 2021). Estudos recentes, como o de Harris-Lane et al. (2023), também destacam o impacto positivo da filosofia “One-at-a-Time Therapy”, que possibilita intervenções breves, resolutivas e centradas na demanda individual. Em revisões sistemáticas, Jeitani et al. (2024) e King et al. (2023) apontam que modelos do tipo *stepped care* apresentam resultados clínicos comparáveis ou

superiores aos modelos tradicionais em transtornos comuns (depressão e ansiedade), com melhor custo-efetividade e ampliação da cobertura assistencial.

Tanto o Headspace quanto o Stepped Care 2.0 reforçam a viabilidade de modelos híbridos, que aliam proximidade comunitária e flexibilidade tecnológica. O primeiro tem contribuído para reduzir barreiras de acesso e estigmas entre jovens australianos, enquanto o segundo demonstra eficiência na organização do fluxo assistencial e na redução de tempos de espera. Ambos os programas refletem a transição contemporânea para redes de cuidado integradas e centradas no usuário, alinhadas às recomendações da OMS (WHO, 2023).

Outros países também se destacam pela consolidação de redes comunitárias: Chile, com seu sistema territorializado e enfoque em promoção e vigilância; Portugal, com a criação das Equipas de Saúde Mental Comunitária e um plano nacional focado na reabilitação psicossocial; e Itália, cuja experiência segue como paradigma de cuidado em liberdade e respeito à cidadania (Basaglia, 1980; WHO, 2023). Tais modelos compartilham princípios centrais: base territorial, interdisciplinaridade, participação social, integração entre atenção primária e especializada e uso sistemático de indicadores para monitoramento e avaliação de resultados.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica representou avanços estruturais no cuidado em saúde mental no Brasil. A Lei nº 10.216/2001 redefiniu o modelo assistencial, assegurando o direito ao tratamento em serviços comunitários e à reintegração social de pessoas com transtornos mentais. Posteriormente, a Portaria nº 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estruturando o cuidado em diferentes pontos da rede — desde a atenção primária até os CAPS, unidades de urgência, residências terapêuticas e leitos em hospital geral. A literatura nacional e internacional evidencia que redes com essas características apresentam maior efetividade clínica, reduzem internações desnecessárias e aumentam a satisfação dos usuários, desde que acompanhadas de financiamento adequado, qualificação profissional e sistemas de informação consistentes (Amarante & Nunes, 2018; Brasil, 2011).

Entretanto, persistem desafios significativos. O *World Mental Health Report* (WHO, 2022) aponta que cerca de 71% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento adequado, sobretudo em países de baixa e média renda, devido à escassez de recursos humanos, financiamento insuficiente e estigma social. No Brasil, a cobertura dos CAPS e a

integração com a atenção primária permanecem desiguais entre as regiões, e a ausência de indicadores sistematizados compromete o monitoramento das políticas. Em estados como Sergipe, observa-se a ausência de um plano estadual de saúde mental e de legislação específica, lacunas que dificultam o alinhamento com as metas globais propostas pela OMS e com o fortalecimento da RAPS em âmbito local (SES/SE, 2024).

A literatura evidencia, portanto, que sistemas de saúde mental eficazes são aqueles baseados em redes comunitárias integradas, com financiamento sustentável, avaliação contínua e políticas públicas guiadas por evidências científicas. Modelos de referência — como Itália, Reino Unido, Austrália, Canadá e Chile — demonstram que a atenção centrada na comunidade, articulada com a atenção primária e amparada por políticas intersetoriais, é capaz de reduzir desigualdades, promover reabilitação psicossocial e garantir o direito à saúde mental como parte essencial da dignidade humana. Nesse sentido, o presente trabalho alinha-se às recomendações da OMS ao propor uma análise crítica da estrutura e efetividade da rede de saúde mental em Sergipe, contribuindo para o debate sobre políticas públicas mais equitativas, humanizadas e sustentáveis.

4. METODOLOGIA

A metodologia deste estudo fundamentou-se nos indicadores propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no documento *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*, que orienta a avaliação do progresso global em saúde mental e estabelece parâmetros para políticas, serviços e sistemas de informação. Adotou-se uma abordagem mista, quantitativa e qualitativa, com a utilização de dados secundários provenientes de fontes oficiais como o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, o DATASUS, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a própria OMS. A análise combina a avaliação de indicadores epidemiológicos, estruturais e normativos com a apreciação crítica sobre a disponibilidade, precisão e integração dessas informações.

O primeiro objetivo analisado refere-se ao fortalecimento da liderança e governança para a saúde mental. Nesse eixo, investigou-se a existência de planos, políticas e legislações específicas em nível estadual, em consonância com os padrões internacionais de direitos humanos. Foram consideradas como metas centrais a elaboração ou atualização de políticas públicas próprias e a adequação da legislação estadual, de modo a verificar não apenas a presença documental desses instrumentos, mas também o seu grau de implementação. A análise envolveu a busca por registros oficiais, a comparação com a legislação nacional e a identificação de lacunas que dificultam a consolidação de uma governança eficaz.

O segundo objetivo concentrou-se na avaliação da oferta de serviços abrangentes, integrados e responsivos em ambientes comunitários. Nessa dimensão, a ênfase recaiu sobre a cobertura dos serviços de saúde mental, o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento, a integração da saúde mental na atenção primária e a existência de residências terapêuticas. Foram observados indicadores como a proporção de pessoas com transtornos mentais atendidas nos últimos 12 meses e a expansão da rede de serviços comunitários. A análise incluiu tanto o levantamento quantitativo da estrutura disponível quanto a verificação de sua capacidade de responder às demandas populacionais de forma territorializada e humanizada.

O terceiro objetivo correspondeu à investigação das estratégias de promoção e prevenção em saúde mental. A análise considerou a implementação de programas nacionais e estaduais voltados à prevenção do suicídio, à redução do estigma e à promoção do bem-estar psicológico em escolas, ambientes de trabalho e comunidades. Também foram observadas as

políticas de preparação psicossocial para emergências e desastres, avaliando a existência de planos estruturados e recursos específicos para esse fim. Além de dados epidemiológicos, como as taxas de mortalidade por suicídio, buscou-se identificar a articulação intersetorial entre saúde, educação, assistência social e segurança pública como condição para a efetividade dessas estratégias.

O quarto objetivo abrangeu o fortalecimento dos sistemas de informação, evidências e pesquisa em saúde mental. Esse eixo buscou verificar a existência de indicadores regularmente reportados em nível estadual, a integração dos sistemas de informação com o DATASUS e a produção científica local sobre saúde mental. Foram analisados os mecanismos de coleta, consolidação e divulgação dos dados, bem como a periodicidade e a confiabilidade dessas informações. Também se observou a quantidade e qualidade das publicações científicas produzidas no estado, identificando limitações estruturais e apontando caminhos para o estímulo à pesquisa aplicada e à produção de evidências voltadas para a realidade sergipana.

A execução metodológica baseou-se, portanto, na sistematização das metas propostas pela OMS em quatro eixos complementares: governança, serviços, prevenção/promoção e informação/pesquisa. Cada um desses eixos foi traduzido em variáveis específicas de análise, permitindo tanto a mensuração de indicadores objetivos quanto a discussão qualitativa dos resultados. Esse desenho metodológico possibilita compreender de forma integrada a situação da saúde mental em Sergipe, destacando avanços, fragilidades e oportunidades de aprimoramento das políticas públicas na área.

O Quadro 1 organiza os quatro objetivos do *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* da OMS, detalhando suas metas, indicadores e meios de verificação. Essa sistematização permitiu adaptar os parâmetros internacionais ao contexto de Sergipe, orientando a coleta de dados e servindo como guia para a análise dos resultados da pesquisa.

Quadro 1 – Metodologia baseada nos objetivos da OMS (2013–2030)

Objetivo (OMS 2013–2030)	Metas Principais	Indicadores de Análise	Meios de Verificação
1. Fortalecer liderança e governança eficazes para a saúde mental	1.1: Até 2030, 80% dos países terão política/plano de saúde mental alinhados a direitos humanos. 1.2: Até 2030, 80% terão atualizado sua legislação sobre saúde mental.	Existência de política/plano estadual; existência de legislação específica; grau de implementação.	Documentos oficiais (planos, leis, portarias); comparação com padrões internacionais de direitos humanos.
2. Fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos em ambientes comunitários	2.1: Aumentar em 50% a cobertura de serviços de saúde mental. 2.2: Dobrar o número de instalações comunitárias de saúde mental. 2.3: Integrar a saúde mental na Atenção Primária.	Proporção de pessoas com psicose e depressão atendidas; número de CAPS; existência de residências terapêuticas; integração com APS.	Dados do DATASUS, CNES, SES; relatórios de cobertura da APS; registros de funcionamento de CAPS e residências.
3. Implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental	3.1: Implementar pelo menos dois programas nacionais/multissetoriais de promoção/prevenção. 3.2: Reduzir em 1/3 a taxa de suicídio até 2030. 3.3: Criar sistemas estruturados de preparação psicossocial para emergências.	Existência e funcionamento de programas de prevenção/promoção; taxa de suicídio por 100 mil habitantes; existência de plano psicossocial de emergências.	Inventário de programas; registros de campanhas; dados do SIM/DATASUS; relatórios nacionais e estaduais; diretrizes internacionais.
4. Fortalecer os sistemas de informação, evidências e pesquisa em saúde mental	4.1: Coletar e reportar indicadores básicos de saúde mental a cada dois anos. 4.2: Dobrar a produção global de pesquisas em saúde mental.	Existência de sistema estadual de indicadores; periodicidade de relatórios; número de publicações científicas indexadas.	Relatórios enviados à OMS; Atlas da Saúde Mental; bases de dados científicas (SciELO, PubMed, Lilacs).

Fonte: Adaptado de *WHO – Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* (2021).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento realizado sobre a política de saúde mental no Estado evidenciou fragilidades importantes em diferentes níveis. Em relação ao Objetivo 1, constatou-se apenas a existência parcial de diretrizes, uma vez que a política de assistência em saúde mental aparece inserida no Programa Estadual de Saúde (PES 2024-2027), mas não há uma política específica nos moldes da legislação federal (Lei 10.216/2001). Além disso, não existe legislação estadual própria sobre o tema.

No Objetivo 2, observou-se ausência de dados sobre pacientes com psicose e depressão atendidos nos serviços de porta aberta nos últimos 12 meses, bem como falhas na rede de atenção: existem 44 CAPS em funcionamento, mas seriam necessários 48 para a cobertura total, além da inexistência de residências terapêuticas estaduais. Também não há integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS), CAPS e residências.

O Objetivo 3 mostrou insuficiência dos programas de prevenção e promoção em saúde mental, que ocorrem de forma desarticulada e restrita a campanhas sazonais. Não há acompanhamento estadual sobre dados de suicídio, que se restringem ao DataSUS, nem plano ou guia para emergências em saúde mental.

O Objetivo 4 evidenciou ausência de rotina para compilação periódica de dados, além de inexistência de setor responsável ou incentivo à prática de publicações na área. O Quadro 2 abaixo apresenta esses achados de forma resumida.

O Quadro 2 sintetiza a situação das metas propostas pela OMS no *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* em relação ao estado de Sergipe. Observa-se que, no campo da governança, há apenas diretrizes inseridas no Plano Estadual de Saúde, sem uma política ou legislação própria, classificando os indicadores como parciais ou inexistentes. Quanto aos serviços comunitários, a cobertura permanece incompleta, com déficit de CAPS, ausência de residências terapêuticas e integração insuficiente com a atenção primária. No eixo da promoção e prevenção, as ações ainda se restringem a campanhas sazonais, não cumprindo a meta de programas contínuos e tampouco apresentando avanços no enfrentamento do suicídio ou em planos de emergência. Por fim, no objetivo referente à informação e pesquisa, verificou-se ausência de relatórios periódicos e baixa produção científica, ambos considerados inexistentes. Dessa forma, o quadro evidencia que Sergipe

apresenta avanços pontuais, mas está distante do cumprimento integral das metas internacionais estabelecidas.

Quadro 2 – Situação das metas da OMS (2013–2030) em Sergipe, segundo os resultados obtidos

Objetivo	Meta / Indicador	Situação em Sergipe	Classificação
1. Governança e liderança	Meta 1.1: Política ou plano específico de saúde mental Meta 1.2: Legislação estadual sobre saúde mental	Política de saúde mental apenas no PES 2024–2027, sem plano específico. Inexistência de legislação estadual própria.	Parcial (1.1) Inexistente (1.2)
2. Serviços comunitários	Meta 2.1: Dados de atendimentos (psicose e depressão) Meta 2.2: Expansão de CAPS e residências terapêuticas Meta 2.3: Integração com Atenção Primária	Sem dados sistematizados de atendimentos. Existem 44 CAPS (necessários 48) e ausência de residências terapêuticas. Integração insuficiente entre APS, CAPS e outros serviços.	Inexistente (2.1) Parcial (2.2 e 2.3)
3. Promoção e prevenção	Meta 3.1: Programas contínuos de promoção/prevenção Meta 3.2: Redução da taxa de suicídio Meta 3.3: Plano de preparação para emergências	Ações restritas a campanhas sazonais, sem programas contínuos. Taxa de suicídio em crescimento, especialmente entre adolescentes. Inexistência de plano para emergências psicossociais.	Insuficiente (3.1) Inexistente (3.2 e 3.3)
4. Informação e pesquisa	Meta 4.1: Relatórios periódicos de indicadores Meta 4.2: Produção científica em saúde mental	Não há compilação periódica de indicadores. Produção científica incipiente, sem incentivo ou setor responsável.	Inexistente (4.1 e 4.2)

Fonte: Adaptado de *WHO – Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* (2021) e dados da pesquisa.

O *heatmap* apresentado tem a função de ilustrar, de forma visual e comparativa, o grau de cumprimento das metas do *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* em Sergipe. A gradação de cores permite identificar quais dimensões apresentam avanços, ainda que parciais, e quais permanecem em situação crítica ou inexistente. Observa-se que os maiores déficits concentram-se nos objetivos relacionados à promoção e prevenção (Objetivo 3) e à informação e pesquisa (Objetivo 4), ambos classificados predominantemente como

inexistentes ou insuficientes. Já no campo da governança (Objetivo 1) e dos serviços comunitários (Objetivo 2), ainda que haja alguns avanços, eles não são suficientes para atender integralmente às metas estabelecidas. Dessa forma, o heatmap reforça visualmente as disparidades entre os diferentes eixos e evidencia os principais pontos de fragilidade que necessitam de intervenção prioritária no contexto da saúde mental em Sergipe.

Panorama das metas e indicadores em Saúde Mental para o Estado de Sergipe até Agosto de 2025

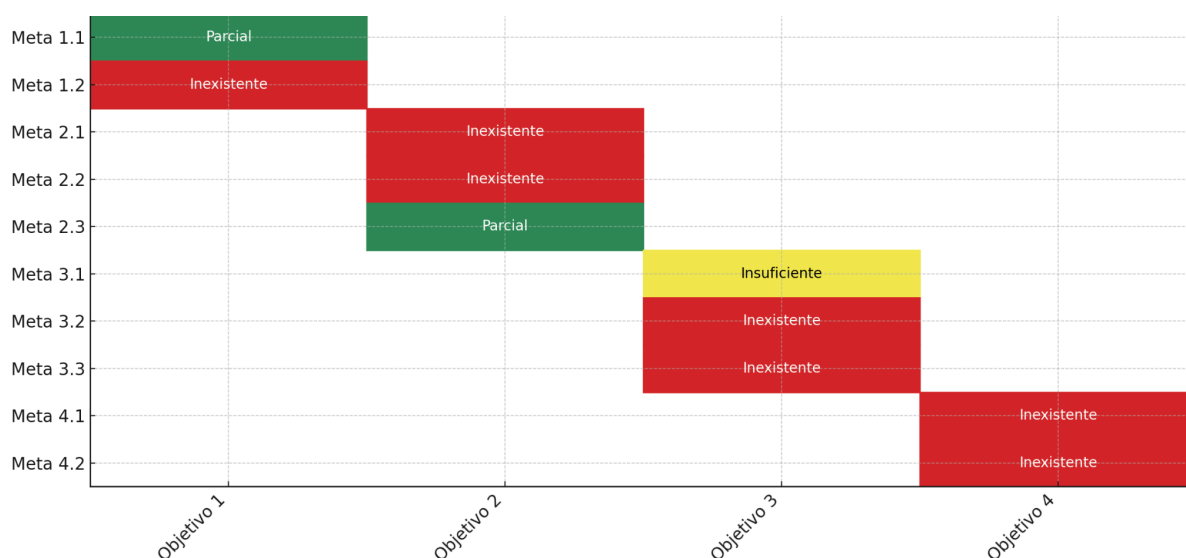


Figura 1 – Panorama das metas e indicadores em saúde mental: o *heatmap* mostra a situação de cada meta distribuída por objetivo. As cores representam o nível de implementação: vermelho = inexistente; amarelo= insuficiente; verde= parcial. Observa-se predominância de indicadores inexistentes, com apenas duas metas parcialmente atendidas (1.1 e 2.3) e uma insuficiente (3.1).

Plano e/ou política de saúde mental para o Estado

A ausência de uma política ou plano específico para saúde mental no estado de Sergipe pode ser atribuída a uma combinação de fatores políticos, administrativos, econômicos e sociais. Em primeiro lugar, a saúde mental historicamente ocupa um lugar secundário nas prioridades das gestões públicas, que tendem a concentrar esforços e recursos em áreas mais visíveis, como atenção básica, urgência e emergência ou infraestrutura hospitalar. Isso é agravado pelo fato de que os recursos orçamentários disponíveis para a saúde, em geral, são limitados, e a fatia destinada especificamente à saúde mental costuma ser ainda menor, especialmente em estados com menor capacidade financeira como Sergipe.

Além disso, há uma forte dependência das diretrizes federais. Em vez de desenvolver políticas próprias adaptadas às realidades locais, muitos estados, incluindo Sergipe, seguem o que está previsto na Política Nacional de Saúde Mental, sem realizar adaptações regionais. Isso pode ocorrer por falta de capacidade técnica, de interesse político ou de estrutura administrativa. Também pesa a falta de dados locais sobre a situação da saúde mental na população, o que dificulta o planejamento e a justificativa técnica de ações específicas.

Outro fator é o estigma social que ainda envolve os transtornos mentais, o que contribui para a invisibilidade do tema nas pautas governamentais. A baixa pressão popular e institucional por avanços na área reduz o ímpeto dos gestores em priorizar esse campo. Além disso, mesmo quando iniciativas são iniciadas, a descontinuidade administrativa entre gestões muitas vezes leva ao abandono ou à paralisação de projetos, impedindo que políticas ganhem estabilidade e consolidação ao longo do tempo.

Apesar de Sergipe contar com alguns dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em diferentes municípios, a existência dessas estruturas, por si só, não configura uma política estadual de saúde mental. Falta uma diretriz clara, com planejamento estratégico, metas definidas, financiamento estável e mecanismos de monitoramento e avaliação contínua. Para mudar esse cenário, seria necessário um esforço conjunto entre governo estadual, municípios, profissionais de saúde e sociedade civil, que envolvesse a elaboração participativa de um diagnóstico da situação da saúde mental no estado, seguido da construção de um plano estadual estruturado e comprometido com a realidade local. Esse processo demandaria vontade política, articulação

entre setores e investimento na formação de equipes técnicas capazes de pensar e implementar uma política pública efetiva e duradoura.

Legislação de saúde mental em Sergipe

A ausência de uma legislação específica para a saúde mental em Sergipe revela uma lacuna preocupante na garantia dos direitos e da atenção adequada às pessoas em sofrimento psíquico. Embora existam diretrizes nacionais, como a Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que orienta o cuidado humanizado e comunitário, a falta de uma regulamentação estadual compromete a efetivação dessas políticas no contexto local. Isso ocorre, em parte, pela histórica marginalização das pautas de saúde mental, que são frequentemente relegadas a segundo plano nas prioridades legislativas, em razão de estigmas sociais, baixa pressão política e ausência de mobilização efetiva por parte de segmentos sociais impactados.

Além disso, Sergipe enfrenta limitações estruturais e financeiras no sistema de saúde, o que dificulta o planejamento e a execução de políticas públicas específicas. Sem uma legislação estadual, os serviços de saúde mental acabam funcionando de maneira desarticulada, com poucos recursos e pouca integração com outras áreas como educação, assistência social e justiça. A falta de normatização também impede o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), essencial para substituir o modelo hospitalocêntrico por um cuidado territorializado e centrado na pessoa.

Portanto, a ausência de uma legislação própria para a saúde mental em Sergipe não é apenas um reflexo de negligência legislativa, mas um indicativo de que a saúde mental ainda não é tratada como prioridade pública. Para superar esse cenário, é urgente que o estado desenvolva uma política estruturada e legalmente amparada, que leve em consideração as especificidades locais, garanta financiamento adequado e promova a participação social na construção de um modelo mais justo e inclusivo de cuidado.

Falta de dados de psicose e depressão nos atendimentos no sistema de saúde sergipano

A ausência de dados específicos sobre o número de pessoas com psicose e/ou depressão atendidas nos serviços de saúde de Sergipe nos últimos 12 meses reflete uma

combinação de fatores estruturais, administrativos e políticos que comprometem a gestão da saúde mental no estado. Um dos principais problemas é a falta de integração entre os sistemas de informação das diferentes unidades de atendimento, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais e serviços de urgência. Cada um desses setores opera com diferentes níveis de informatização e critérios de registro, o que dificulta a consolidação de dados por diagnóstico específico. Além disso, a gestão da saúde mental em Sergipe tem priorizado a ampliação e o número de serviços ofertados, sem o mesmo empenho na qualificação da produção de informações detalhadas sobre os usuários atendidos e seus quadros clínicos.

Outro fator relevante é a limitação técnica e orçamentária enfrentada pela rede pública, que impacta tanto a capacitação dos profissionais quanto a implementação de sistemas de monitoramento. Muitas vezes, os atendimentos realizados nas UBS ou nos próprios CAPS são registrados de forma genérica, sem distinção clara entre os diferentes transtornos mentais, o que impede análises precisas. Soma-se a isso a fragilidade histórica da política estadual de saúde mental, marcada por descontinuidade e pela ausência de uma legislação própria que regule a produção e a transparência de dados nessa área. A baixa pressão social por essa informação e o estigma ainda existente em torno dos transtornos mentais também contribuem para a invisibilidade estatística desses pacientes.

Portanto, a falta desses dados não é apenas uma falha técnica, mas evidencia um problema mais amplo de gestão pública e de negligência histórica com a saúde mental em Sergipe. Sem dados, não há diagnóstico da realidade, e sem diagnóstico, não há política pública eficaz. É urgente que o estado invista em sistemas integrados de informação, capacite os profissionais da rede e adote medidas que garantam transparência e responsabilidade na produção e divulgação de dados sobre saúde mental.

Centros comunitários de assistência às pessoas em sofrimento psíquico

A cobertura de centros comunitários e residências terapêuticas em Sergipe configura-se como um dos principais desafios para a efetivação de uma rede de atenção psicossocial que atenda de forma integral e equitativa às demandas da população em sofrimento mental. Embora a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), prevista pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, represente um marco importante na substituição do modelo hospitalocêntrico, ainda é evidente a insuficiência de dispositivos

comunitários em número e distribuição no estado. Muitos municípios, sobretudo os de pequeno porte e localizados em regiões do interior, não contam com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), obrigando os usuários a deslocarem-se longas distâncias em busca de atendimento, o que compromete a continuidade do cuidado e acentua as desigualdades no acesso.

No que se refere às Residências Terapêuticas, a situação mostra-se ainda mais crítica. Essas unidades, fundamentais para promover a desinstitucionalização e garantir moradia assistida a pessoas com histórico de internações psiquiátricas prolongadas, permanecem em número reduzido e concentradas em áreas urbanas específicas. Essa limitação fragiliza a reintegração social dos usuários, perpetua a dependência de instituições hospitalares e contraria os princípios da Reforma Psiquiátrica, que busca assegurar dignidade, autonomia e inclusão comunitária.

É necessário reconhecer que a baixa cobertura de CAPS e residências terapêuticas em Sergipe não é apenas uma questão estrutural, mas também política e de gestão. A ausência de investimentos consistentes em saúde mental e a insuficiente valorização dos profissionais da área comprometem a consolidação da rede. Além disso, a carência de estratégias intersetoriais, que deveriam articular saúde, assistência social e políticas de inclusão, agrava a vulnerabilidade dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível ampliar a cobertura territorial dos centros comunitários e residências terapêuticas, garantindo a descentralização dos serviços e a aproximação do cuidado às comunidades. A expansão desses dispositivos deve ser acompanhada por políticas de financiamento estáveis, capacitação contínua das equipes multiprofissionais e integração efetiva com a atenção primária à saúde. Apenas por meio de uma rede robusta, descentralizada e articulada será possível reduzir as desigualdades regionais, assegurar a continuidade do cuidado e promover, de fato, uma assistência em saúde mental que respeite os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

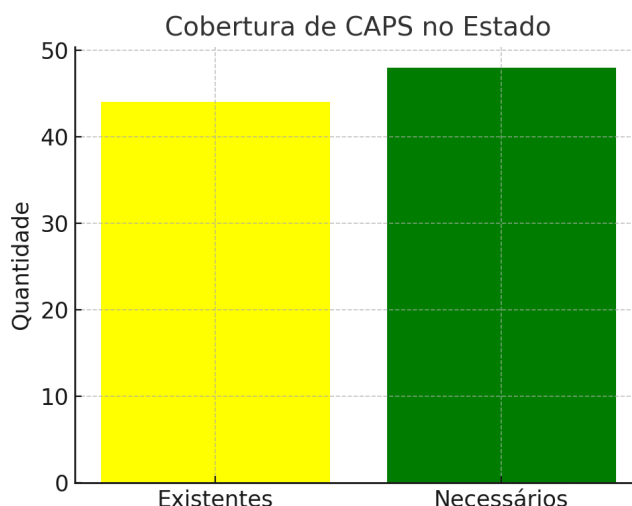


Figura 2 – Cobertura de CAPS no Estado: o gráfico de barras compara o número de CAPS existentes (44) com o número necessário para cobertura total (48). Evidencia-se um déficit de quatro unidades, além da inexistência de residências terapêuticas estaduais, não representadas no gráfico.

Sistema integrado entre saúde mental e atenção primária

A ausência de um sistema plenamente integrado entre a saúde mental e a atenção primária em Sergipe representa uma das principais fragilidades da rede de atenção à saúde no estado. Embora a Política Nacional de Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) reconheçam a atenção primária como porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), na prática observa-se um distanciamento entre os serviços de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que compromete a integralidade do cuidado.

Esse descompasso se manifesta de diferentes formas: dificuldades na identificação precoce de transtornos mentais por parte das equipes de saúde da família, baixa capacitação dos profissionais para o manejo de situações de sofrimento psíquico, ausência de protocolos padronizados de encaminhamento e fragilidade no acompanhamento dos usuários após o atendimento em serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O resultado é um ciclo de descontinuidade do cuidado, em que pacientes muitas vezes são diagnosticados tardiamente, têm dificuldade de acesso ao tratamento ou retornam repetidamente aos serviços de urgência sem acompanhamento longitudinal.

A falta de integração também evidencia um problema de gestão e articulação intersetorial. Enquanto a atenção primária permanece sobrecarregada com demandas de

cunho biomédico, a saúde mental segue restrita a serviços especializados que não conseguem atender à crescente demanda. Tal realidade contraria as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aponta a integração da saúde mental à atenção primária como estratégia para ampliar a cobertura, reduzir custos e promover o cuidado humanizado em nível territorial.

Superar esse desafio exige investimentos em três dimensões: capacitação contínua dos profissionais da atenção básica, de modo que possam identificar, acolher e manejar casos de sofrimento psíquico; fortalecimento dos fluxos de referência e contrarreferência entre UBS e CAPS, garantindo comunicação efetiva e acompanhamento compartilhado; e incorporação da saúde mental como eixo transversal nas práticas cotidianas da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, a adoção de tecnologias digitais e sistemas de informação integrados poderia facilitar a troca de dados entre os diferentes níveis de atenção, assegurando maior continuidade no cuidado.

Programa funcionais de prevenção e promoção em saúde mental

A inexistência ou fragilidade de programas funcionais de promoção e prevenção em saúde mental em Sergipe representa um entrave significativo para a consolidação de uma rede de cuidados efetiva e sustentável. Embora a Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) defendam a adoção de ações voltadas não apenas ao tratamento, mas também à prevenção e à promoção do bem-estar psicológico, observa-se que, na prática, tais estratégias ainda são pouco estruturadas e apresentam alcance limitado.

Grande parte das ações existentes em Sergipe restringe-se a campanhas pontuais, geralmente vinculadas a datas específicas, como o Janeiro Branco ou o Setembro Amarelo. Embora importantes para sensibilizar a população, essas iniciativas são insuficientes por não configurarem programas contínuos, multissetoriais e devidamente financiados, como preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS). A ausência de políticas permanentes compromete o impacto real sobre a redução de fatores de risco, como o abuso de substâncias, a violência e o estigma associado ao sofrimento psíquico, além de limitar a implementação de medidas de fortalecimento da resiliência comunitária e da saúde mental em diferentes fases da vida.

Outro ponto crítico é a ausência de integração entre setores essenciais, como saúde, educação e assistência social, o que dificulta a criação de programas voltados a grupos

vulneráveis, como crianças, adolescentes, idosos e pessoas em situação de vulnerabilidade social. A escola, por exemplo, poderia ser um espaço privilegiado para ações preventivas e de promoção da saúde mental, mas ainda carece de suporte institucional e de articulação com os serviços de saúde. Da mesma forma, ambientes de trabalho e comunidades urbanas e rurais não dispõem de iniciativas estruturadas que favoreçam a prevenção de agravos, como o burnout, a ansiedade e a depressão.

A carência de programas funcionais reflete, em grande medida, a priorização histórica do modelo assistencial centrado no tratamento em detrimento da prevenção. No entanto, a literatura científica é clara ao demonstrar que investimentos em promoção e prevenção são mais eficazes e economicamente vantajosos, pois reduzem a incidência de transtornos mentais, diminuem a sobrecarga dos serviços especializados e ampliam a qualidade de vida da população.

A taxa de suicídio em Sergipe nos últimos anos

O Estado de Sergipe tem registrado, ao longo das últimas décadas, uma evolução preocupante em relação à mortalidade por suicídio. Entre os anos de 2000 e 2015, foram identificados 1.560 casos de suicídio no estado, resultando em uma média anual de aproximadamente 97,5 óbitos. Nesse período, a taxa ajustada por idade mais que dobrou, passando de 2,69 por 100 mil habitantes em 2000 para 5,44 em 2015, o que representa um aumento de 102,3%. Os casos foram predominantemente entre homens, cerca de 74%, e marcaram-se ainda pela frequência entre pessoas solteiras e pardas.

Nos últimos anos, dados por faixa etária apontam uma tendência de aumento acentuado entre os adolescentes do Nordeste, incluindo Sergipe. Entre jovens de 15 a 19 anos, a taxa por 100 mil habitantes subiu de 3,45 em 2019 para 4,30 em 2020.

Em termos absolutos recentes, entre 2019 e 2020 Sergipe registrou um aumento de 12,8% no número de suicídios, passando de 109 casos em 2019 para 124 em 2020.

A trajetória ascendente da taxa de suicídio em Sergipe, constatada tanto no longo prazo (2000–2015) quanto em dados mais recentes (2019–2020), aponta para a urgência de ações estruturadas de prevenção e cuidado. O aumento entre adolescentes destaca a necessidade de investirmos em programas de promoção à saúde mental voltados para esse

grupo etário, além de fortalecer a integração entre serviços para garantir acolhimento precoce e efetivo.

Sistema de preparação para emergências

A ausência de um plano estruturado para emergências em saúde mental em Sergipe constitui uma fragilidade significativa no sistema estadual de atenção psicossocial. Situações como desastres naturais, crises humanitárias, pandemias e episódios de violência urbana produzem repercussões diretas sobre o bem-estar psicológico da população, exigindo respostas rápidas, articuladas e baseadas em protocolos previamente estabelecidos. No entanto, observa-se que o estado ainda não dispõe de um dispositivo formal e funcional que contemple estratégias de prevenção, preparação e manejo de crises em saúde mental, o que resulta em uma resposta fragmentada e, muitas vezes, insuficiente diante de eventos críticos.

A experiência recente da pandemia de COVID-19 evidenciou a vulnerabilidade do sistema. O aumento expressivo de casos de depressão, ansiedade, luto patológico e tentativas de suicídio não foi acompanhado por medidas emergenciais específicas que integrassem saúde mental aos demais eixos da resposta sanitária. Em vez disso, as ações permaneceram restritas a iniciativas pontuais, sem a garantia de continuidade, financiamento adequado ou articulação intersetorial. Tal lacuna contraria as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que defende que todos os países e estados desenvolvam sistemas de preparação psicossocial para emergências como parte essencial da política pública de saúde.

A inexistência de um plano estadual compromete não apenas a capacidade de resposta imediata, mas também o acompanhamento longitudinal das populações afetadas por eventos críticos. Sem protocolos claros, há desarticulação entre os diferentes níveis de atenção, sobrecarga dos serviços especializados e dificuldade em oferecer suporte adequado a grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes, idosos e profissionais de saúde expostos ao estresse ocupacional.

Diante desse cenário, torna-se urgente que Sergipe elabore e implemente um plano estadual de resposta psicossocial a emergências, com base em três eixos fundamentais: capacitação contínua de profissionais de saúde para atuação em situações de crise, definição de fluxos de atendimento integrados entre atenção primária, CAPS e hospitais gerais, e estabelecimento de estratégias de apoio comunitário e intersetorial. Além disso, é essencial que esse plano esteja articulado com diretrizes nacionais e internacionais, como o Marco de

Sendai para Redução de Riscos de Desastres e o Plano de Ação em Saúde Mental da OMS (2013–2030).

Indicadores em saúde mental

A inexistência de indicadores regularmente reportados em saúde mental em Sergipe representa uma das maiores barreiras para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Sem dados padronizados sobre prevalência, atendimentos, cobertura de serviços e desfechos clínicos, o estado não consegue planejar políticas baseadas em evidências, o que compromete a eficiência da gestão pública e a alocação de recursos. A ausência de relatórios periódicos impede a análise histórica dos avanços e fragilidades da rede, dificultando o monitoramento contínuo das ações em saúde mental (WHO, 2021; BRASIL, 2023).

Esse cenário contraria as recomendações internacionais. O Plano de Ação em Saúde Mental 2013–2030 da Organização Mundial da Saúde determina que todos os países e regiões reportem, a cada dois anos, um conjunto mínimo de indicadores, incluindo taxa de cobertura assistencial, disponibilidade de recursos humanos especializados, prevalência de transtornos mentais comuns e dados de mortalidade por suicídio. A falta dessa sistematização impede o alinhamento de Sergipe às metas globais e limita sua participação em estratégias nacionais de cooperação e financiamento em saúde mental (WHO, 2013; WHO, 2022).

A fragmentação dos sistemas de informação agrava a situação. Os registros provenientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais gerais e serviços de urgência seguem padrões diferentes e frequentemente incompletos. Estudos nacionais mostram que a subnotificação e a baixa integração entre sistemas afetam a qualidade dos dados de saúde mental em diversos estados brasileiros, resultando em limitações para práticas de vigilância epidemiológica e avaliação de políticas públicas (FIOCRUZ, 2024; BRASIL, 2024).

A superação dessas fragilidades exige a criação de um sistema estadual de monitoramento articulado ao DATASUS, capaz de consolidar informações de forma padronizada. Esse sistema deve incluir indicadores estruturais, processuais e de resultados, como número de CAPS, tempo de espera, fluxos de referência, reinserção social e desfechos clínicos. Além disso, é indispensável capacitar equipes para registro e análise de dados, promover auditorias periódicas e garantir a transparência na divulgação das informações,

fortalecendo a gestão pública e permitindo maior controle social (WHO, 2021; BRASIL, 2020).

Publicações na área da saúde mental no Estado

A produção científica em saúde mental no estado de Sergipe ainda é limitada, especialmente quando comparada à magnitude dos desafios epidemiológicos presentes na região. Embora grupos da Universidade Federal de Sergipe desenvolvam pesquisas relevantes, o volume de publicações é insuficiente para subsidiar políticas públicas robustas e adaptadas às necessidades locais. Essa limitação compromete a construção de uma base consistente de evidências que possa orientar decisões governamentais e intervenções na RAPS (COSTA; LIMA; SOUZA, 2023; FIOCRUZ, 2024).

Grande parte dos estudos publicados no estado concentra-se em análises descritivas e transversais que avaliam prevalência de transtornos mentais, uso de substâncias e comportamentos suicidas. Embora relevantes, essas pesquisas não fornecem uma visão abrangente sobre efetividade de serviços, impactos das políticas existentes ou qualidade das intervenções realizadas nos CAPS e demais dispositivos da RAPS. Estudos longitudinais, avaliativos e intersetoriais ainda são escassos, tanto no âmbito estadual quanto nacional (WHO, 2022; BRASIL, 2020).

Outro desafio importante é a baixa integração entre a produção científica e os serviços de saúde. A articulação entre universidades, gestores e profissionais da rede ainda é insuficiente, o que dificulta o desenvolvimento de pesquisas aplicadas e diminui a incorporação de evidências científicas na prática clínica e na gestão. A literatura aponta que a aproximação entre academia e serviços é essencial para consolidar políticas baseadas em evidências e para fortalecer o processo de cuidado no território (FIOCRUZ, 2024; AMARANTE; NUNES, 2018).

Além disso, a visibilidade dos trabalhos produzidos em Sergipe ainda é limitada, pois muitos estudos são divulgados apenas em eventos locais ou periódicos de circulação restrita. Isso reduz o impacto científico e a possibilidade de cooperação com outras instituições do país e do exterior. Para avançar, é necessário ampliar o financiamento à pesquisa, incentivar publicações em periódicos indexados e fomentar redes colaborativas de investigação em saúde mental (FRASER et al., 2020; CROSS; HICKIE; MCGORRY, 2020).

Fortalecer a produção científica no estado é essencial para aprimorar a RAPS e promover uma política de saúde mental mais efetiva e contextualizada. Investimentos em núcleos de pesquisa, criação de repositórios de dados, incentivo à participação de profissionais da rede em estudos clínicos e ampliação de editais de fomento são estratégias fundamentais para consolidar uma base científica sólida e alinhada às necessidades da população sergipana (WHO, 2023; BRASIL, 2023).

6. IMPACTOS ESPERADOS

Espera-se que este trabalho produza impactos em diferentes dimensões. Do ponto de vista científico, contribui para suprir a escassez de pesquisas sobre saúde mental em Sergipe, oferecendo um referencial metodológico, baseado no plano global da OMS, que pode ser replicado em outros contextos e fomentar novas investigações acadêmicas. No campo político e institucional, os resultados evidenciam fragilidades importantes frente às metas internacionais e fornecem subsídios para a formulação de um plano estadual específico de saúde mental, além de indicar prioridades estratégicas como a expansão dos CAPS, a criação de residências terapêuticas e o fortalecimento dos sistemas de informação. Em termos sociais, o diagnóstico realizado destaca a necessidade urgente de políticas de prevenção, sobretudo diante do aumento das taxas de suicídio, reforçando a importância de intervenções direcionadas a grupos vulneráveis, como adolescentes e jovens. Dessa forma, espera-se que este estudo apoie gestores, profissionais e a sociedade civil na construção de uma rede de atenção psicossocial mais integral, equitativa e humanizada, consolidando avanços no direito à saúde mental da população sergipana.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho evidenciou que a saúde mental em Sergipe apresenta avanços pontuais, mas ainda enfrenta importantes limitações frente às metas do *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* da OMS. A ausência de plano estadual específico e de legislação própria, a cobertura insuficiente dos serviços comunitários, a inexistência de residências terapêuticas e a integração parcial com a atenção primária demonstram fragilidades que comprometem a efetividade da rede de atenção psicossocial. Além disso, a restrição das ações de promoção e prevenção a campanhas sazonais, o crescimento das taxas de suicídio e a falta de relatórios sistemáticos e de produção científica robusta reforçam a necessidade de investimentos mais consistentes.

Apesar dessas lacunas, os resultados aqui apresentados oferecem apoio para gestores, profissionais de saúde e sociedade civil, servindo como base para a formulação de políticas públicas mais integradas, participativas e baseadas em evidências. Conclui-se, portanto, que Sergipe ainda está distante do cumprimento das metas internacionais, mas que os achados deste estudo podem orientar caminhos para a consolidação de uma rede de cuidados mais equitativa, integral e humanizada, fortalecendo o direito à saúde mental da população.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, PAULO; NUNES, MÔNICA DE OLIVEIRA. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais**. Brasília: Presidência da República, 2001.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SERGIPE. **Sergipe ocupa terceira posição em taxa de suicídio**. ALESE Notícias, 2021. Disponível em: <https://al.se.leg.br/setembro-amarelo-se-ocupa-terceira-posicao-em-taxa-de-suicidio/>. Acesso em: 21 ago. 2025.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais**. Brasília: Presidência da República, 2001.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera o Marco Civil da Internet**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 6 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.457, de 21 de setembro de 2022. Institui o Programa Emprega + Mulheres e altera a CLT para dispor sobre medidas de apoio à parentalidade e reconhecimento da síndrome de burnout como doença ocupacional**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2022. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 6 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a prática da telessaúde**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2022. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 6 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS**. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. **Programa Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 6 fev. 2025.

CLARK, D. M. et al. **Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): lessons for mental health systems**. The Lancet Psychiatry, 2018.

CORNISH, P. et al. **What is Stepped Care 2.0?** Mental Health Commission of Canada, 2021.

COSTA, Rafael M.; LIMA, Beatriz H.; SOUZA, Mariana T. **Saúde mental no ensino superior: uma revisão de literatura**. Interação em Psicologia, v. 27, n. 1, p. 55-72, abr. 2023. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/76204>. Acesso em: 8 fev. 2025.

CROSS, S. P.; HICKIE, I.; MCGORRY, P. D. **Transforming youth mental health services in Australia with Headspace: lessons from the first 10 years**. Early Intervention in Psychiatry, v. 14, n. 6, p. 720–730, 2020.

FERREIRA, Bruno L.; ALMEIDA, Patrícia S. **O impacto do uso excessivo de mídias digitais na saúde mental de crianças e adolescentes**. Observatório de Saúde Mental, v. 10, n. 4, p. 22-38, nov. 2024. Disponível em: https://observatoriodesaudeamental.com.br/trabalhos_publicados.php. Acesso em: 8 fev. 2025.

FIOCRUZ. **Instituto de Comunicação e Informação em Saúde (Icict)**. Fiocruz apresenta nova plataforma de pesquisa sobre saúde mental pública e digital. Portal Fiocruz, 10 out. 2024. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/2024/10/fiocruz-apresenta-nova-plataforma-de-pesquisa-sobre-saude-mental-publica-e-digital-0>. Acesso em: 8 fev. 2025.

FRASER, G. et al. **Stepped Care 2.0 in Canada: outcomes and lessons learned**. Canadian Journal of Psychiatry, 2020.

GBD. **Global Burden of Disease Study 2022. Global Health Data Exchange (GHDx)**. Seattle: IHME, 2022.

GOVERNO DE SERGIPE. **Sergipe amplia rede de saúde mental com implantação de nova unidade no Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória**. Disponível em: https://www.se.gov.br/secom/noticia/sergipe_amplia_rede_de_saude_mental_com_implantacao_de_nova_unidade_no_hospital_regional_de_nossa_senhora_da_gloria. Acesso em: 6 fev. 2025.

GOVERNO DO BRASIL. **Conheça a Rede de Atenção Psicossocial de Sergipe**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/sergipe/2024/setembro/conheca-a-rede-de-atencao-psicossocial-de-sergipe>. Acesso em: 6 fev. 2025.

HARRIS-LANE, S. et al. **The One-at-a-Time model in stepped mental health care: implementation outcomes in Canada**. Frontiers in Health Services, v. 3, 2023.

HEADSPACE NATIONAL YOUTH MENTAL HEALTH FOUNDATION, HNYMHF. **Headspace Evaluation Report 2023**. Melbourne: Headspace, 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: **Características gerais da população**. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 fev. 2025.

JEITANI, R. et al. **Stepped-care models for depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis**. Internet Interventions, v. 35, p. 100–120, 2024.

KING, R. et al. **Stepped care interventions for common mental disorders: comparative outcomes of progressive and stratified models**. International Journal of Mental Health Systems, v. 17, n. 1, 2023.

KISELY, S.; LOOI, J. C. **Concerns about the Headspace model for Australian youth mental health**. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, v. 56, n. 3, p. 245–247, 2022.

MCGORRY, P. D. et al. **Australia's innovation in youth mental health care: the Headspace model**. World Psychiatry, v. 18, n. 4, p. 366–367, 2019.

MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA. **Stepped Care 2.0 Summary Report: Newfoundland and Labrador Demonstration Project**. Ottawa: MHCC, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 6 fev. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio no Brasil: panorama epidemiológico e políticas públicas**. Brasília: MS, 2022.

Open Source Geospatial Foundation Project, 2024. Disponível em: <https://qgis.org>. Acesso em: 11 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental Health Atlas 2023**. Genebra, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069466>. Acesso em: 11 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde mental: fortalecendo nossa resposta**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 6 fev. 2025.

PMC. **Suicídio de adolescentes e jovens no Nordeste do Brasil: tendências e fatores associados**. PubMed Central (PMC), 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11319033/>. Acesso em: 21 ago. 2025.

QGIS – Quantum GIS Development Team. QGIS Geographic Information System.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2024. Disponível em: <https://www.r-project.org>. Acesso em: 11 fev. 2025.

SANTOS, M. C.; SILVA, P. R. A precariedade da saúde mental no Nordeste: um olhar sobre Sergipe. Revista de Saúde Pública, v. 14, n. 1, p. 45-60, 2023.

SCIELO. Tendência da mortalidade por suicídio no estado de Sergipe, Brasil, no período de 2000 a 2015. Trends in Psychiatry and Psychotherapy. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/trends/a/M9VdrmspSwRd4VGt878NXMt/>. Acesso em: 21 ago. 2025.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SERGIPE. Rede de Saúde Mental disponibiliza serviços psicossociais e atendimento multidisciplinar em Sergipe. Disponível em: <https://saude.se.gov.br/rede-de-saude-mental-disponibiliza-servicos-psicossociais-e-atendimen-to-multidisciplinar-em-sergipe>. Acesso em: 6 fev. 2025.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde reforça a importância de cuidar da saúde mental e orienta sobre os serviços disponíveis na rede. Disponível em: <https://saude.se.gov.br/secretaria-de-estado-da-saude-reforca-a-importancia-de-cuidar-da-saud-e-mental-e-orienta-sobre-os-servicos-disponiveis-na-rede>. Acesso em: 6 fev. 2025.

SES/SE. Plano Estadual de Saúde 2024–2027. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, 2024.

WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization, 2007.

SILVA, Maria A.; SOUZA, João P.; OLIVEIRA, Carla R. Saúde mental materno-infantil: estratégias para promoção do bem-estar e prevenção de transtornos. Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza, v. 32, n. 3, p. 45-60, set. 2024. Disponível em: <https://www.periodicojs.com.br/index.php/easn/issue/view/282>. Acesso em: 8 fev. 2025.

STATA Corp. Stata Statistical Software: Release 18. College Station, TX: StataCorp LLC, 2023.

WHO – World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>. Acesso em: 11 fev. 2025.

WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization, 2013.

WHO. Mental Health Atlas 2023. Geneva: World Health Organization, 2023.

WHO. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates.** Geneva: World Health Organization, 2021.

WHO. **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: World Health Organization, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All.** Geneva: WHO, 2023.