UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

INACIA BEZERRA DE LIMA

Análise de viabilidade de um conjunto de indicadores de saúde mental
para gestão da Rede de Atenção Psicossocial brasileira

RIBEIRÃO PRETO

2021

INACIA BEZERRA DE LIMA

Análise de viabilidade de um conjunto de indicadores de saúde mental
para gestão da Rede de Atenção Psicossocial brasileira

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas,
saberes e práticas

Orientador: Antonia Regina Ferreira Furegato

RIBEIRÃO PRETO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Lima, Inacia Bezerra de

Análise de viabilidade de um conjunto de indicadores de saúde mental para gestão da Rede de Atenção Psicossocial brasileira. Ribeirão Preto, 2021.

186 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Antonia Regina Ferreira Furegato

1. Indicadores de estado de saúde. 2. Administração de saúde pública. 3. Serviços de saúde mental. 4. Diretriz de planejamento em saúde. 5. Indicador de qualidade em saúde.

LIMA, Inacia Bezerra de

Análise de viabilidade de um conjunto de indicadores de saúde mental para gestão da Rede de Atenção Psicossocial brasileira

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda minha família, em especial aos nossos quatro filhos Sara, Debora, Barbara e Filipe.

Dedico este trabalho ao meu companheiro da vida Domingos Alves, pela parceria, trabalho, aprendizado e experiências compartilhadas neste período.

AGRADECIMENTOS

Agradeço.....

Agradeço a Escola de enfermagem de Ribeirão Preto e a Universidade de São Paulo, pelo acolhimento e proporcionado condições para que este trabalho fosse realizado

Agradeço a Capes pelo apoio financeiro que recebi na realização desta tese. "O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. "

Toda a minha gratidão a Professora Regina Furegato por todo o apoio, conhecimento e orientação compartilhado neste trabalho.

EPÍGRAFE

*“No meio do ódio, descobri que havia,
dentro de mim, um amor invencível.*

*No meio das lágrimas, descobri que havia, dentro de
mim, um sorriso invencível.*

*No meio do caos, descobri que havia,
dentro de mim, uma calma invencível.*

*E, finalmente descobri,
no meio de um inverno,*

que havia dentro de mim, um verão invencível.

*E isso faz-me feliz. Porque isso diz-me que não importa
a força com que o mundo se atira contra mim, pois
dentro de mim, há algo mais forte - algo melhor,
empurrando de volta. ”(CAMUS, 1959)*

RESUMO

Lima, Inacia Bezerra de. Análise de viabilidade de um conjunto de indicadores de saúde mental para gestão da Rede de Atenção Psicossocial brasileira. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

O objetivo principal desta tese foi selecionar um conjunto de indicadores de saúde mental para a gestão de uma Rede de Atenção em saúde mental, a partir da análise da convergência de uso desses indicadores em países com sistema público de saúde. Método - A matriz de saúde mental foi tomada como referência principal no desenvolvimento e aplicação do modelo para a Rede de atenção Psicossocial brasileira. Este modelo possui duas dimensões, sendo uma geográfica, dividida em três níveis: nacional/regional, local e individual (do paciente), e outra temporal, definida por três fases: entrada, processo e resultados. Para fazer isso, seguimos uma estratégia metodológica dividida nos seguintes blocos: Análise Conceitual, Extração de Conhecimento e a Validação de Conteúdo. Resultado - Na análise conceitual foi realizada uma revisão integrativa da literatura, bem como uma análise dos documentos normativos, que ao final nos permitiu selecionar três países para contribuir na seleção dos indicadores de saúde mental, que forneceram um conjunto de 164 indicadores, que são: 15 da Austrália, 55 do Canadá e 95 da Inglaterra. Na extração de conhecimento, a partir de uma análise detalhada conseguimos isolar 41 indicadores de saúde mental, que apresentavam evidências quanto ao uso e finalmente posicionamos a Matriz de Saúde Mental, associando cada indicador como uma métrica para avaliar adequadamente o propósito dos serviços de saúde mental nos níveis e fases de cada dimensão, geográfica e temporal. Finalmente na validação do conteúdo, realizamos dois experimentos: através da modelagem dos processos envolvidos nas Rede de atenção Psicossocial. No primeiro experimento, modelamos o processo de atendimento ao paciente no Centro de atenção Psicossocial, onde alocamos 4 indicadores de saúde mental para este processo. O segundo experimento foi a modelagem e avaliação do processo de internação psiquiátrica, realizado através de entrevistas e modelagem do processo de internação do paciente no hospital psiquiátrico, onde isolamos 6 indicadores de saúde mental, incluindo uma análise detalhada dos valores relacionados a estes indicadores para o hospital no período de 2013 a 2017. Conclusão - Os principais achados desta tese apresentam 41 indicadores, organizados de maneira padronizada, no formato estabelecido pela Rede Interagencial de Informação para a Saúde: Definição, Conceituação, Fonte, Método de Cálculo e Categoria; posteriormente, foram distribuídos em cada dimensão da matriz de saúde mental. Ambas, podem ser tomadas como referência para o Brasil como uma matriz de consenso que pode ser oferecida aos gestores como um guia para a avaliação dos serviços de saúde mental com base na experiência de uso dos indicadores. Mesmo com esses resultados, as implicações deste trabalho, notamos que estamos na fase inicial das pesquisas sobre indicadores de saúde mental e sua organização para gestão da rede de atenção, com toda a sua complexidade. Este fato desperta nosso interesse pois antevemos muitas possibilidades de pesquisas com vistas ao seu uso na rede de atenção psicossocial brasileira.

Palavras-chave: Indicadores de estado de saúde; Administração de saúde pública; Serviços de saúde mental; Diretriz de planejamento em saúde. Indicador de qualidade em saúde.

ABSTRACT

Lima, Inacia Bezerra de. Feasibility analysis of a set of mental health indicators for the management of the Brazilian Psychosocial Care Network. Thesis (Doctorate) - Graduate Program in Psychiatric Nursing, School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

The main objective of this thesis was to select a set of mental health indicators for the management of a Mental Health Care Network, based on the analysis of the convergence in the use of these indicators in countries with a public health system. Method - The mental health matrix was taken as the main reference in the development and application of the model for the Brazilian Psychosocial Care Network. This model has two dimensions, being a geographical one, divided into three levels: national / regional, local and individual (of the patient), and a temporal one, defined by three phases: entry, process and results. To do this, we follow a methodological strategy divided into the following blocks: Conceptual Analysis, Knowledge Extraction and Content Validation. Result - In the conceptual analysis, an integrative literature review was carried out, as well as an analysis of the normative documents, which at the end allowed us to select three countries to contribute to the selection of mental health indicators, which provided a set of 164 indicators, which are: 15 from Australia, 55 from Canada and 95 from England. In the extraction of knowledge, from a detailed analysis we were able to isolate 41 mental health indicators, which presented evidence regarding the use and finally we positioned the Mental Health Matrix, associating each indicator as a metric to properly evaluate the purpose of mental health services. at the levels and phases of each dimension, geographic and temporal. Finally, in the content validation, we carried out two experiments: through the modeling of the processes involved in the Psychosocial Care Network. In the first experiment, we modeled the patient care process at the Psychosocial Care Center, where we allocated 4 mental health indicators for this process. The second experiment was the modeling and evaluation of the psychiatric hospitalization process, carried out through interviews and modeling of the patient's hospitalization process in the psychiatric hospital, where we isolated 6 mental health indicators, including a detailed analysis of the values related to these indicators for the hospital from 2013 to 2017. Conclusion - The main findings of this thesis present 41 indicators, organized in a standardized manner, in the format established by the Interagency Health Information Network: Definition, Conceptualization, Source, Calculation Method and Category; subsequently, they were distributed in each dimension of the mental health matrix. Both can be taken as a reference for Brazil as a consensus matrix that can be offered to managers as a guide for the evaluation of mental health services based on the experience of using the indicators. Even with these results, the implications of this work, we note that we are in the initial phase of research on mental health indicators and their organization for managing the care network, with all its complexity. This fact arouses our interest because we foresee many possibilities for research with a view to its use in the Brazilian psychosocial care network.

Keywords: Health status indicators; Public health administration; Mental health services; Health planning guideline. Health quality indicator.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Atenção Básica em Saúde.....	13
Figura 2 - Centros de atenção psicossocial: tipos e abrangência.....	15
Figura 3 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.....	21
Figura 4 - Rede Interagencial de Informações para a Saúde	23
Figura 5 - Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (2012)	27
Figura 6 - Protocolo de pesquisa	38
Figura 7 - Fluxograma PRISMA 2009	52
Figura 8 - Relação dos Indicadores de saúde mental do Canadá.....	75
Figura 9 - Relação dos Indicadores de Saúde mental da Inglaterra.....	77
Figura 10 - Relação dos Indicadores de Saúde mental da Austrália	79
Figura 11 - Diagrama de Hospitalização Psiquiátrica para o Hospital de referência	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sistemas de Informações	19
Tabela 2 - Matriz de Saúde Mental com o detalhamento de suas dimensões	36
Tabela 3 - Regiões da OMS de países de alta renda.....	53
Tabela 4 - Países de alta renda.....	54
Tabela 5 - Regiões da OMS de países de baixa e média renda	55
Tabela 6 - Países de baixa e média renda	57
Tabela 7 - Documentos Normativos consultados sobre o uso de indicadores de saúde mental	65
Tabela 8 - Conjunto de indicadores de saúde mental selecionados.....	82
Tabela 9 - Taxa de indivíduos internados por 30 dias ou mais, em um ano, em Hospital Psiquiátrico, no período de 2013 a 2017, DRS XIII ^a , São Paulo, Brasil.....	100
Tabela 10 - Percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade com pelo menos três internações relacionadas a doenças mentais, em um ano, em Hospital Psiquiátrico, no período de 2013 a 2017, DRS XIII ^a , São Paulo, Brasil	101
Tabela 11 - Taxa de internação, por 100.000 habitantes, para pessoas com 18 anos ou mais de idade, relacionada aos diagnósticos de transtornos mentais, no Hospital Psiquiátrico, no período de 2013 a 2017, DRS XIII ^a , São Paulo, Brasil	102
Tabela 12 - Taxa de internação, por 100.000 habitantes, para pessoas com 18 anos ou mais de idade, relacionada ao uso de substâncias psicoativas em Hospital Psiquiátrico, no período de 2013 a 2017, DRS XIII ^a , São Paulo, Brasil.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
BEM	Medicina Baseada em Evidências
BPM	Business Process Modeling
BPMN	Business Process Modeling Notation
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial/Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial/Infanto-juvenil
CAT	Centros de acolhimento transitório
CDSS	Clinical Decision Support System
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CID10	Décima Versão da Classificação Internacional das Doenças
CID11	Décima Primeira Versão da Classificação Internacional das Doenças
CIIS	Centro de Informação e Informática
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CROSS	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DISM	Departamentos Italianos de Saúde Mental
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRS XIII	Departamento Regional de Saúde XIII
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EP HCFMRP	Enfermarias Psiquiátricas do HCFMRP
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUROSTAT	Escritório de Estatística das Comunidades Europeias
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HCQI da OCDE	Health Care Quality Indicators, da OCDE
HP	Hospital Psiquiátrico
IAPT	Improving Access to Psychological Therapy
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde
IMS	Intercontinental Marketing Services
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional

ISM	Indicadores de Saúde Mental
JBISIRIR	Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual
JSNA	Joint Strategic Needs Assessment
KPI	key performance indicators
MESH	Medical Subject Headings
MHCC	Mental Health Commission of Canada
MS	Ministério da Saúde
MSM	Matriz de Saúde Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NHS	National Health Service
NMHPF	National Mental Health Performance Framework
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PARs	Países de Alta Renda
PCC	População, Conceito e Contexto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PRBMs	Países de Baixa e Média Renda
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSF	Programas de Saúde da Família
QMP-MHC	Quality Monitoring Program in Mental Health Care
QN	Questão Norteadora
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMO	Região do Mediterrâneo Oriental
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RT	Residências terapêuticas
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAU	Serviços Ambulatorial de Urgência
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SHU	Serviços Hospitalares de Urgências
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAM 13	Sistema de Informação em Saúde Mental do DRS XIII
SRT	Serviços de Residência Terapêutica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU	Tribunal de Contas da União
UA	Unidades de acolhimento
UBDS	Unidades Básicas e Distritais de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE HCFMRP	Setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência do HCFMRP
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization
WHO-AIMS	Mental health systems in selected low- and middle-income countries

INDICE

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: REFORMA SANITÁRIA, SUS E A SAÚDE MENTAL.....	1
1.1.1 Reforma sanitária	3
1.1.2 Saúde mental – breve história	4
1.1.3 Saúde mental no Brasil.....	6
1.1.4 Reforma psiquiátrica	9
1.1.5 As redes de atenção psicossocial (raps) e sua estrutura	11
1.1.6 Sistemas de informação em saúde e o DATASUS	17
1.1.7 Indicadores de saúde	24
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO: A RAPS NO DRS XIII E O SISAM XIII.....	27
1.3 JUSTIFICATIVA: A QUESTÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	28
1.4 OBJETIVO	33
1.4.1 Geral	34
1.4.2 Específicos	34
2. MÉTODOS.....	34
2.1 DESENHO DA PESQUISA.....	35
2.2 A MATRIZ DE SAÚDE MENTAL COMO MODELO DE REFERÊNCIA PARA A RAPS	35
2.3 POLÍTICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE BASEADAS EM EVIDÊNCIAS	37
2.4 ANÁLISE CONCEITUAL.....	39
2.5 EXTRAÇÃO DE CONHECIMENTO	43
2.6 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	45
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
3.1 ANÁLISE CONCEITUAL.....	50

3.1.1 Revisão integrativa da literatura Resultados e Discussão	50
3.1.2 Análise de documentos normativos.....	64
3.2 EXTRAÇÃO DE CONHECIMENTO	81
3.2.1 Levantamento e Seleção dos indicadores de saúde mental, nos países estudados...	81
3.2.2 Construção da Matriz de Saúde Mental e suas escalas administrativas para serem utilizadas na RAPS brasileira	86
3.3 VALIDAÇÃO DOS INDICADORES.....	92
3.3.1 Processo de atendimento no CAPS	93
3.3.2 Processo de hospitalização hospital psiquiátrico	97
4. ASPECTOS ÉTICOS	110
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE A - Indicadores Saúde mental selecionados.....	126
APÊNDICE B - Indicadores Excluídos	146
APÊNDICE C – Matriz de Saúde Mental com o detalhamento de suas dimensões.....	151
APÊNDICE D - Imagem detalhada BPMN CAPS	154
ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA.....	167
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .	168

1. INTRODUÇÃO

Na Seção 1, abaixo, serão descritas a apresentação e contextualização do projeto. Nas demais seções apresentamos: Seção 2, Métodos; Seção 3, Resultados e Discussão; Seção 4, Aspectos éticos, Seção 5, Considerações finais.

1.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: REFORMA SANITÁRIA, SUS E A SAÚDE MENTAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até transplante de órgãos, garantindo, em tese, acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Protegido por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, pretendendo ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros (BRASIL, 1988).

Segundo Mendes (2010), o sistema público de saúde brasileiro tem uma dimensão que se estende a todos, quando cobre todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e outros. Na assistência restrita à saúde ele é responsável exclusivo por 140 milhões de pessoas, pois mais de 48 milhões de brasileiros recorrem ao sistema de saúde particular e de convênios, muitos deles obtendo simultaneamente o SUS em situações em que o sistema privado apresenta limites de cobertura.

De acordo com a determinação da Constituição, o SUS deve ser organizado em redes, visto que se baseia na regionalização, em um formato de organização em rede que permite ampliar significativamente o grau de integração da política de saúde de forma compatível com os princípios constitucionais do SUS. A portaria GM/MS nº 4279/10 define as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), como arranjos organizados de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado em um determinado território (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010). Como características, destacam-se as relações horizontais

reguladas, sistematizadas e organizadas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do Sistema de Saúde brasileiro. Dessa forma, as RRAS têm como objetivos realizar a integração de serviços e organizar sistemas e fluxos de informações para dar suporte às atividades de planejamento e definição de fluxos no território (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010).

A operacionalização da Rede de atenção em saúde se dá pela interação de três fatores: população e região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção (ERDMANN et al., 2013).

A estrutura operacional deste sistema é composta por: atenção primária à saúde e os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio e os sistemas logísticos (comunicação entre os nós); e o sistema de governança, responsável por governar as relações entre os nós e suas comunicações. A atenção primária é a junta intercambiadora no qual se coordenam os fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011). Entretanto os pontos de atenção secundários e terciários são as juntas da rede onde se ofertam determinados serviços especializados e diferenciados por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente, como os hospitais e ambulatórios especializados. Enquanto isso, os sistemas de apoio são os locais institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. Nota-se assim, os sistemas logísticos são soluções tecnológicas que auxiliam na organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas, ao longo dos pontos de atenção e dos sistemas de apoio da rede.

Um fator importante para a garantia da realização de uma gestão apropriada dentro das redes de atenção em saúde é a utilização de sistemas de informação como apoio. Tais sistemas precisam ter como foco a identificação dos pacientes, o acesso às informações de pacientes pelos profissionais dos diferentes serviços de saúde, o controle da disponibilidade de leitos e vagas para consultas e exames, monitoramento das ações desenvolvidas (SERRA; RODRIGUES, 2010b). Além disso, também se faz necessário monitorar e avaliar os mecanismos instituídos dentro de uma rede para o apoio ao planejamento e tomada de decisões das ações em saúde dentro da rede. Uma das maneiras de realizar tais procedimentos é a partir do levantamento dos processos visando executá-los e da criação de indicadores capazes de quantificá-los (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

1.1.1 Reforma sanitária

O conceito Reforma Sanitária não é homogêneo, pois refere-se às mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde dos cidadãos, em países do primeiro e do terceiro mundo, como a Itália, a Espanha e o Brasil. No Brasil, a reforma sanitária originou-se em meados da década de 70, associada a um movimento como sinônimo de processo, com a criação de uma série de instituições empenhadas na universalidade e equidade da assistência à saúde, como o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - de 1976 e da ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - de 1979 (COHN, 2009).

Uma reforma em sistemas de saúde poderia ocorrer de duas formas diferentes: o tipo *Big Bang*, introduzindo mudanças expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde de forma rápida e pontual, e do tipo incremental, com pequenas modificações sucessivas. A Reforma Sanitária brasileira, ocorreu como um *Big Bang*, estabelecendo características que permitiram a definição de novos modos de atenção: a criação de um sistema nacional de saúde, a proposta de descentralização e a criação de novas formas de gestão, incluindo a participação de todos os envolvidos. Esses novos modos de atenção se deram a partir da implantação do SUS, definiram os princípios da universalidade para as ações de saúde, a descentralização municipal e uma nova conformação organizacional, pautada nos conceitos da integralidade, da regionalização e da hierarquização (VIANA; DAL POZ, 1998).

A reforma sanitária envolveu a sociedade civil organizada, profissionais de saúde, sindicatos, acadêmicos, políticos e representantes do povo no Congresso Nacional que reivindicavam plenos direitos de cidadania, inclusive o direito à saúde, visto já naquela época como dever do Estado (SOUZA, 2004).

Dando continuidade, nos anos 80, ocorreram significativas mudanças institucionais no sistema de saúde brasileiro com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), culminando na criação do SUS pela Constituição de 1988 (SOUZA, 2004).

Segundo relatos históricos, a reforma sanitária brasileira não proporcionou uma mudança radical de paradigma da saúde, porém, estimulou o surgimento de questionamentos

acerca da concepção de saúde, até então restrita à dimensão biológica e individual. A Reforma Sanitária consolidou a descentralização do sistema de saúde (TEIXEIRA, 2009).

1.1.2 Saúde mental – breve história

Erving Goffman, cientista social e professor do Departamento de Sociologia da Universidade da Califórnia, em Berkely – United States of American (EUA), na década de 50, efetuou um trabalho de campo no Hospital St. Elizabeths, instituição federal com cerca de 7.000 pacientes internos, em Washington, com objetivo de conhecer o mundo social do interno no hospital para doentes mentais a partir de uma análise sociológica da estrutura do eu. Desta maneira, utilizou como método de obtenção de dados etnográficos, a sua inserção no mundo dos internos, na condição de auxiliar observador, sem utilizar medidas de controles. Os estudos nessa instituição permitiram formular os conceitos de “instituição total”, de “carreira moral”, de “vida íntima da instituição” e analisar o modelo médico e a hospitalização psiquiátrica. Para Goffman, o ser age nas esferas da vida em diferentes lugares, com diferentes coparticipantes e sob diferentes autoridades, sem um plano racional geral ao inserir-se numa instituição social, passa agir em um mesmo lugar, com um mesmo grupo de pessoas e sob tratamento, obrigações e regras iguais para a realização de atividades impostas. Para o autor, essa instituição social se organiza de modo a atender indivíduos (internados) em situações semelhantes, separando-os da sociedade mais ampla por um período de tempo e impondo-lhes uma vida fechada. Pacientes, internados durante muitas décadas, perderam o contato social com relações externas, sob uma administração rigorosamente formal, baseada no discurso de atendimento aos objetivos institucionais (GOULART; DURÃES, 2010).

Desta forma, Goffman descreveu o hospital psiquiátrico como uma "instituição total", em que a regulamentação dominava todos os aspectos da vida cotidiana e dos pacientes aos quais eram negados até mesmo os meios mais básicos de auto expressão; em vez de promover a recuperação, tais condições produziram o tipo de comportamento desordenado pelo qual homens e mulheres foram admitidos ostensivamente. Escreveu outras importantes obras como “Estigma”, “Manicômios, prisões e conventos” e “Asilo”. Um olhar mais atento às mudanças em torno da época da pesquisa de Goffman, revela um retrato muito mais rico da cultura institucional. Terapia de grupo, psicodrama, arte e terapia de dança, jornais de pacientes, e o autogoverno paciente - cada um dos quais estreou no hospital nas décadas de 1940 e 1950 -

proporcionou novas oportunidades para homens e mulheres se fazerem ouvir e levar seu destino em suas próprias mãos (GOULART; DURÃES, 2010). Sob a luz de tantas evidências, é fácil de questionar as condições impostas pelos manicômios aos pacientes, condições desumanas, de abandono e negligência durante sua história recente.

Franco Basaglia, em sua obra, “A Instituição Negada”, do capítulo “As instituições da violência”, no contexto do pós-Segunda Guerra, do holocausto, assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por essa se centrar no princípio do isolamento do louco, no qual ocorria a divisão de funções entre os possuidores do poder e os que não têm (professor e aluno, empregado e empregador, médico e doente) e a violência pode ser exercida pela família, escola e trabalho. Nos hospitais psiquiátricos, pacientes agitados ou em surto eram submetidos a técnicas violentas e perigosas, justificadas pela necessidade de adaptação do indivíduo e aceitação da sua condição de objeto de violência (STELLA; GOULART; DURÃES, 2010).

Foucault, no livro “História da Loucura”, no capítulo “O Nascimento do Asilo”, faz a apresentação de Philip Pinel, médico hospitalar na França, propôs a liberdade e tratamento da loucura em contexto hospitalar, a classificação das doenças, humanização do tratamento (LOBOSQUE, 2018). Em contrapartida, no mesmo período, Pinel buscava mudanças para o tratamento da loucura. Seitas religiosas como os QUAKERS tinham um enfoque social e “cuidavam” daqueles que, de alguma forma violavam a moral e os bons costumes tais como pobres, loucos e refugiados políticos, e percorrendo a humilhação do doente como forma de tratamento. As religiões cristãs e espíritas apoiavam esse sistema onde a negação de Deus era considerada loucura e pregavam que pelo arrependimento o indivíduo conseguia sua liberdade (FOUCAULT, 1987).

A partir deste ponto, começam a emergir novos conceitos da construção e consideração do homem no mundo “moderno”. A modelagem do corpo do soldado como corpo útil/inteligível, tornando-se o corpo que pode ser submetido ou disciplinado, cerimônias do exercício e formas gerais de dominação do sujeito, a arte das distribuições ou microfísica (celular) no qual o sujeito ficava determinado a um local heterogêneo e fechado em si, cada indivíduo em seu lugar, localizações funcionais, elementos intercambiáveis e o surgimento do modelo de convento e internato. A partir deste marco, o controle das atividades era pontual nestes locais e o poder da disciplina contava com horários estabelecidos, elaboração temporal do ato, corpo e gestos em correlação, articulação do corpo objeto e a utilização exaustiva. A

organização da Genesis foi marcada pelo exercício como instrumento de dominação política, assim, o indivíduo era obrigado a organizar sequências, finalizar com segmentos temporais e estabelecer séries de séries. Desta forma a composição das forças era feita na forma de coerção coletiva e individual dos corpos, a disciplina para compor forças e obter um aparelho eficiente, o corpo singular torna-se elemento. Com isso os recursos para o adestramento humano eram baseados na vigilância hierárquica e na sanção normatizadora, com exames finais de avaliação, para fabricação de individualização celular (FOUCAULT, 1987). Assim, a história da humanidade foi permeada por ciclos e modificações em alguns momentos lentos e em outros com maior intensidade e rapidez.

A visão organicista teve como consequência o surgimento de diversos tratados médicos sobre a loucura, tracejando modalidades de diagnóstico e medicalização, como parte na situação de internamento. “A loucura passa a ser objeto de uma percepção mais médica e as práticas a respeito dos insanos começam a diferenciar-se das demais destinadas aos outros reclusos”. Ou seja, inicia-se uma nova experiência da loucura a partir da virada do século XVIII para o XIX, atribuindo-lhe uma especificidade. A loucura seria concebida como uma doença, como um objeto de conhecimento e de intervenção exclusivos do médico (MAGALI GOUVEIA ENGEL, 2001). O momento histórico de medicalização e exclusividade do poder médico traz uma reflexão sobre os novos significados para a sociedade e para a psiquiatria.

1.1.3 Saúde mental no Brasil

A história da saúde mental brasileira foi marcada pelo seu surgimento no período pré-republicano. Com isso, foram encontrados relatos que os chamados “loucos” não eram introduzidos como internos do hospício (COSTA et al., 2011).

Outro fato marcante foi a vinda da família real para o Brasil entre 1807 e 1808, em consequência da invasão de Portugal por tropas francesas, durante o período napoleônico. Nesta época, os doentes mentais perambulavam pelas ruas e em meados do século XIX eram encarcerados nas prisões ou presos em celas especiais das “Santas Casas de Misericórdia”.

Nesse período, os médicos da Academia Imperial de Medicina, a partir de 1830, passaram a lutar por mudanças na maneira de ver e lidar com a loucura, os primeiros resultados ocorreram com a mobilização da opinião pública no sentido da construção de um hospício para os pacientes. A partir disso e com o surgimento de escolas médico-cirúrgicas teve início a

formação de doutores em medicina. Estes foram os predecessores nas pesquisas científicas responsáveis pela criação dos primeiros institutos para o estudo das doenças, entre eles o Instituto Adolfo Lutz e o Instituto Osvaldo Cruz.

Outro fato marcante, desta época, foi a inauguração, em 1852, do Hospício de Pedro II pelo próprio imperador D. Pedro II e a Proclamação da República em 1889 tendo sido consideradas o início da psiquiatria no Brasil. De acordo com a história, em 1890, por meio do Decreto nº 142-A, o Hospício de Pedro II foi desanexado a Santa Casa da Misericórdia e passou a ser denominado Hospício Nacional de Alienados, entre janeiro de 1890 e novembro de 1894, onde se registraram 3201 pacientes internados na instituição. Consta a informação que os cuidados prestados foram baseados no isolamento, no qual considerava o paciente doentio, porém, com chances de tratamento. Seu objetivo era cuidar e tratar de forma medicamentosa (COSTA et al., 2011).

Na década de 20 a 40 destacou-se o médico Ulisses Pernambucano, responsável pela psiquiatria social brasileira; lutou pela humanização contra a violência e maus-tratos sofridos aplicados aos pacientes, nos hospícios. Desta maneira, a assistência aos pacientes de Pernambuco, inaugurada em 1931, referia-se a uma rede de serviços composta por um serviço de higiene mental, um ambulatório e serviço aberto, um hospital psiquiátrico, um manicômio judiciário e uma colônia de alienados para melhorar o trabalho com aqueles enfermos (MORAES, 2017).

Convém lembrar de outra importante instituição que marcou a história da hospitalização psiquiátrica no Brasil, o Hospital do Juquery. Este foi fundado em 1898 pelo médico psiquiatra Franco da Rocha. Segundo consta, chegou a internar 20 mil pacientes, entre eles 3520 crianças. Em 1901, o Hospital do Juquery, continuava sendo o maior centro de pacientes, com um total de 13.019 pacientes chegando a concentrar, em 1965, 14.393 internos, levando-o ao seu limite, começando então a política de alargamento para entidades privadas (Barros, 1996). Consequentemente, veio a insatisfação com os hospitais, hospícios e colônias, pois havia superlotação, maus-tratos e deficiência de pessoal. Com o golpe militar (1964) e a nova forma de organização do Estado, foram desencadeadas mudanças para o Sistema Sanitário Brasileiro, dentre elas o crescimento do setor privado e a assistência médica. A assistência extra – hospitalar, até 1961 possuía 17 ambulatórios psiquiátricos em todo o país. Atualmente mantém 151 internos remanescentes (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2009).

Infelizmente, não podemos deixar de mencionar o Hospital Colônia de Barbacena, considerado o maior em muitos números: em tamanho – 8 milhões de metros quadrados; em tempo de existência – de 1903 a 1980; e maior em um dado trágico: 60.000 pessoas morreram ali internadas, em quase 70 anos (ARBEX, 2013).

No livro o Holocausto brasileiro, a autora descreve os fatos muito bem documentados, inclusive com acervo fotográfico de reportagens jornalísticas e foi organizado em torno de histórias pessoais e entrevistas com trabalhadores do local, médicos e pacientes sobreviventes. No total, restaram 200 sobreviventes e a maioria deles está incluída no relato do livro. O hospital esteve sob a administração de vários governos, com a anuência de todas as instâncias médicas e administrativas (foram 10 diretores ao todo, ao longo da existência do hospital), com a presença e participação dos funcionários, com o testemunho da cidade de Barbacena. O psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro da luta antimanicomial, visitou o Colônia em 1979 e afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2013).

Com o movimento de reforma da assistência psiquiátrica, iniciada no Brasil, nos anos 70, uma transformação tão crítica como prática, no processo histórico, com o objetivo de mudanças do modelo-asilar, não permitiu mais a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico.

O ano de 1978 foi considerado o início do movimento pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Dessa maneira, podemos constatar que a história da atenção à saúde mental no Brasil foi lembrada pelo modelo asilar. No período da ditadura militar, o número de leitos psiquiátricos contratados com hospitais privados sofreu uma enorme expansão, a ponto de quase 90% do orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ser destinado à contratação desses leitos (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Este movimento foi marcado por encontros de profissionais de saúde e durante o Segundo Congresso Nacional que reunia os profissionais da Saúde Mental Bauru, SP, centrado no lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, em 1987, começava a tornar-se realidade. Nessa fase, teve também início um processo de intervenção, em 1989, em um hospital psiquiátrico conhecido como Casa de Saúde Anchieta, em Santos SP, local onde aconteciam maus-tratos e mortes de pacientes (SANFELICE, 2003).

Nos anos seguintes, houve intenso trabalho dos profissionais já com modernos conceitos de saúde e doença mental para mudar esta perspectiva o que culminou com o fim dos

manicômios/ hospitais psiquiátricos. Nova legislação permitiu a criação da rede integrada de instituições conquistando espaços, abrangendo não apenas a doença também a sua prevenção com os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) que tinham como objetivo o atendimento integral do portador de transtorno mental, em todos os níveis da assistência (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

A entrada, no Congresso Nacional em 1989, do projeto de lei do deputado Paulo Delgado marcou o início oficial das lutas do movimento da reforma psiquiátrica tanto no campo normativo como legislativo, onde os movimentos sociais, a partir do ano de 1992, inspirados no projeto, deram início às primeiras leis determinantes a substituição de leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (DELGADO, 1989).

De acordo com os fatos, mudanças ocorreram na implementação de políticas de saúde e na formação dos profissionais, atuantes na área, visto que era imprescindível mudar a política nacional de saúde mental para desinstitucionalizar, desconstruir e construir novas formas de lidar com a loucura e com os problemas psíquicos no cotidiano das instituições (CANDIDO; FUREGATO, 2005).

Sendo assim, o trajeto da reforma psiquiátrica foi visto através de marcos fundamentais, tanto no modelo psiquiátrico clássico e sua concepção quanto nas principais correntes de pensamento. A importância conferida ao isolamento e à terapêutica medicamentosa das enfermidades dá lugar à promoção da saúde mental ao alcance da população em geral. Mudanças institucionais na organização e oferecimento de serviços especializados tomaram consistência da mesma forma que as condutas terapêuticas para os portadores de doença mental. Destacamos alguns fatos da reforma psiquiátrica brasileira na seção a seguir.

1.1.4 Reforma psiquiátrica

Nos últimos 40 anos, nos quais esse modelo de atenção em saúde mental sofreu profundas modificações, diversos movimentos sociais e profissionais impulsionaram a Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização. Nesse contexto foi defendido o fim do modelo asilar vigente, responsável pela exclusão e permanência de doentes, para dar lugar à criação de um novo modelo guiado por serviços extra hospitalares e mais humanitários, tendo como principal representante os CAPS.

Em 1987, na cidade de São Paulo foi inaugurado o primeiro CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial Luís da Rocha Cerqueira, buscando um novo contexto político da redemocratização do país e das lutas pela revisão de marcos conceituais. Em seguida, o CAPS Itapeva na região da av. Paulista, viria tornar-se o modelo de serviço e diretriz orientadora da reforma Psicossocial, inicialmente chamado de Núcleo de Atenção-NAPS, com atendimentos 24 horas por dia e ainda foram criadas cooperativas residenciais para egressos de hospitais (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2009).

Todavia, os principais conceitos norteadores da produção de cuidados dos CAPS, são entendidos não apenas como um serviço, mas como um dispositivo diferente de cuidado, uma estratégia de mudança do modelo de assistência, incluindo a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial, visando ativar os recursos existentes na comunidade para compor as múltiplas estratégias de cuidado (ENGEL, 2001).

O CAPS enquadra-se numa rede assistencial externa intermediária entre o hospital e a comunidade, ou seja, funcionará como um filtro de atendimento entre hospital e comunidade a partir da prestação de serviços preferencialmente comunitários; buscando entender a comunidade e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil. Já o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) nasceu em 1989, tendo como eixo a desconstrução do manicômio, produzindo uma instituição que não segrega e não exclui. O NAPS apresentava algumas estratégias fundamentais para a realização de seus objetivos. Há a estratégia de regionalização, visando à ação de transformação cultural – conhecer as necessidades; o percurso da demanda psiquiátrica, a estratégia da abertura do debate aos cidadãos, dialogando com a comunidade por meio das associações, sindicatos e igrejas – discutindo as diferentes formas de compreender a loucura, e a exclusão (AMARANTE; TORRE, 2001).

Apesar da mudança de concepção de saúde mental e redução do número de instituições manicomiais no nosso país, os CAPS/NAPS tiveram um surgimento tardio e sem investimento financeiro atendeu às suas reais necessidades conforme previsto em lei, diretrizes e normas. Desse modo, o atendimento posto em prática a partir da Reforma Psiquiátrica ainda apresenta limites, não solucionando o tratamento concreto para os ditos loucos, pela sociedade (PACHECO; RODRIGUES; BENATTO, 2018).

Outros fatos importantes marcaram a Reforma Psiquiátrica brasileira, no início da década de 2000, com a aprovação da Lei Federal 10.216, originada do Projeto de Lei nº 3.657 proposta por Paulo Delgado, privilegiou o tratamento psiquiátrico em serviços de base

comunitária, dispõe sobre a proteção e o direito de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001) e com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política nacional de saúde mental, alinhada com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ganha visibilidade e maior sustentação (DELGADO, 1989). Dessa maneira, está se concretizando, difundindo-se para todas as esferas governamentais (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2005). Adicionalmente, tem-se uma redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos, a Reforma Psiquiátrica se consolida como uma política do governo federal, e passou-se a privilegiar a criação da rede de atenção em saúde mental formada por CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, residência terapêuticas e oficinas terapêuticas, privilegiando as particularidades e necessidades de cada local (HIRDES, 2009).

Está evidente a necessidade de continuar as mudanças de paradigmas na saúde mental, porque a reforma psiquiátrica brasileira não está concluída, alguns temas tornaram-se leis, apresentaram diretrizes e argumentos fortes, mas infelizmente não fazem parte da realidade vivenciada em todos os hospitais, CAPS, residências terapêuticas e instituições particulares. O descaso do poder público e político distancia a atuação de profissionais e serviços dos meios de atuação mais adequados de cuidado à saúde mental como um todo.

A Reforma Psiquiátrica se caracterizou por uma ruptura à racionalidade psiquiátrica vigente, buscando politizar a questão da saúde mental, especialmente na luta contra instituições psiquiátricas totais (os manicômios), levando à reflexões críticas das práticas, provocando uma ruptura das práticas em geral. A Reforma Psiquiátrica se configura não apenas como uma mudança na atenção à saúde mental, mas como um processo político de transformação social marcado por conflitos e disputas (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Ao propor a construção de um novo olhar sobre a loucura, sobre o sofrimento psíquico, a Reforma Psiquiátrica apontou para a construção de novos saberes e de novas práticas sociais, em um processo semelhante à produção de conhecimento a partir de novos paradigmas sobre a verdade científica (NICACIO, 2011).

1.1.5 A rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sua estrutura

A Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Dentre os objetivos gerais

desta rede, destaca-se a articulação e incorporação dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída de: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); atenção de urgência e emergência, como a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA); atenção residencial de caráter transitório, como as unidades de recolhimento; atenção hospitalar, como os hospitais psiquiátricos; e estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, como os serviços de residência terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Desta forma a RAPS é especialmente complexa visto que as ações tomadas dentro da rede não podem ser reduzidas a sistemas fechados, sem comunicação com outros sistemas, mas a sistemas abertos, heterogêneos e articulados. A sustentação dessas ações é encontrada no princípio da integralidade, uma das diretrizes básicas do SUS, cujo principal objetivo é evitar a fragmentação das ações e informações dentro dos serviços de saúde (SERRA; RODRIGUES, 2010a).

A rede de atenção em saúde mental deve apresentar uma incorporação entre os diferentes níveis de atenção de forma cooperativa e complementar, sendo constituída por vários dispositivos assistenciais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios (BARROS, 2012).

Desta forma, as Redes de Atenção em Saúde, podem ser entendidas como conjunto de ações e serviços de saúde, articulados em níveis de complexidade crescentes, com o intuito de se compreender os princípios da integralidade e universalidade do atendimento, reconhecendo as práticas de saúde mental como necessitadas de semelhante lógica de organização (QUERINO et al., 2020).

A rede primária encontra-se na Atenção Básica, formada por um conjunto de ações e cuidados primários de saúde. Estas incorporam estratégias de intervenção, de promoção da saúde, prevenção de doenças, agravos e atenção curativa, podendo ser expandido através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, participativas, em equipes dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). A seguir na Figura 1 as principais características da Rede de atenção Básica brasileira.

Figura 1 - Atenção Básica em Saúde

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
					Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
					1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica – 2011
	Centro de Convivência				

Fontes: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a)

A rede secundária de saúde mental é formada pelos CAPS e os Ambulatórios de saúde mental (ASM).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da

cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004). Portanto, os principais objetivos dos CAPS são: organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental secundária. Entre suas atribuições estão a de regular a porta de entrada da rede assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; supervisionar e capacitar equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; e realizar o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais na área de saúde mental (COSTA et al., 2011).

Após a criação dos primeiros CAPS e da sua instituição oficial em 1992, diversas outras portarias foram lançadas para nortear e organizar esses serviços e seus procedimentos. Uma das mais importantes foi a Portaria n. 336/02 que reconheceu e ampliou o funcionamento e complexidade dos CAPS, seguida da Portaria n. 189/02 que definiu os procedimentos ambulatoriais para o custeio dos mesmos (BRASIL, 2002). Além disso, devido a recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental e do caráter estratégico destes serviços, foi feita a decisão política por uma rede CAPS de gestão pública. Sendo assim, a partir de 2003, apenas CAPS públicos foram cadastrados junto ao Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Inicialmente, foram criados CAPS do tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e CAPS Infanto-juvenil (CAPSi), mas em 2010 foram adicionados a esse conjunto os CAPS AD III e CAPS AD III Regional, por meio da Portaria n. 2841/10, com a proposta de ampliar os cuidados existentes na rede SUS de atenção em crack, álcool e outras drogas, visando dar maior resolutividade e retaguarda aos usuários ((MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Todos esses serviços têm características e complexidades diferentes, de acordo com a sua população de abrangência e o público-alvo atendido, como pode ser visto na Figura 1 e figura 2, abaixo.

Em 2011, a saúde mental sofreu profundas mudanças com a implantação das RAPS para pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack, álcool e outras drogas e/ou da ambiência (espaço inter relacional do sujeito com o local, as pessoas e coisas), instituídas por meio da Portaria n. 3088/11 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Atualmente, os CAPS I e II são dedicados ao atendimento diário de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Os CAPS III atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, possuem acolhimento tanto diário, quanto noturno, durante 24hs,

inclusive em finais de semana e feriados. O CAPS i atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os usuários de crack, álcool e outras drogas e, por fim, os CAPS AD, AD III e AD III Regional são especificamente voltados ao atendimento à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Com relação a população atendida, municípios com mais de 20.000 podem receber o CAPS I, municípios com mais de 70.000 habitantes podem implantar os CAPS II e CAPS AD. Para municípios com mais de 150.000 habitantes podem ser implantados os CAPS i e, por fim, para municípios ou regiões com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III, CAPS AD III e CAPS AD III Regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 e 2012). Ainda, antes da criação dos CAPS AD III e CAPS AD III Regional, foi criada informalmente a combinação dos CAPS do tipo II com os CAPS AD e também as versões Regionais do CAPS II e CAPS AD. Observe os tipos de CAPS, população e público e tipo de atendimento na Figura 2, abaixo.

Figura 2 - Centros de atenção psicossocial: tipos e abrangência

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL						
II. Atenção Psicossocial Especializada	Atenção	Centro de Atenção Psicossocial				
		CAPS I	Necessidade	Existentes	Déficit	Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
		CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
		CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab.
		CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
		CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab.
III. Atenção de Urgência e Emergência	Atenção	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
		UPA / SAMU				Conforme orientações da Portaria da Rede de

					Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL				Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC				A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				

Fontes: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a)

Houve preocupação na expansão desse tipo de serviço, além de outros da rede de atenção psicossocial extra-hospitalar como as Residências Terapêuticas (RT), os Centros de

acolhimento transitório (CAT), as unidades de acolhimento (UA) e os consultórios de rua. Ainda, houve a inclusão de psiquiatras nos núcleos de atenção à saúde da família (NASF), ampliação do programa de volta para casa e a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Não obstante, segundo relatório de 2012 do Ministério da Saúde, a cobertura nacional em saúde mental chegou a 72% (considerando o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes), com 1742 CAPS implantados (em 2014 já são 19991) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A Rede de Atenção Psicossocial, em 2012, contava ainda com 625 Residências Terapêuticas, 3.961 beneficiários do Programa De Volta Para Casa, 92 Consultórios de Rua e 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais.

O ASM é um serviço especializado, seu funcionamento pode estar ligado ou não a uma Unidade de Saúde. Tem como objetivo o tratamento, a reabilitação e reinserção social, como também a promoção da saúde mental. Atende a população em geral, principalmente os casos que não foram estabilizados na atenção básica. Possuem uma equipe multiprofissional, devendo contar no mínimo com um médico psiquiatra, psicólogo e um assistente social, com o intuito de realizar um trabalho interdisciplinar.

A rede terciária de saúde mental é formada pelos serviços de internação psiquiátrica, os quais são destinados a receber os casos mais graves e não podem ser manejados na rede primária e secundária (BARROS, 2012). Os serviços de internação psiquiátrica podem ser: hospitais psiquiátricos, enfermarias psiquiátricas em hospital geral, serviços de internação parcial (hospital dia) e serviços de emergência psiquiátrica.

A seguir iremos apresentar dois itens importantes, necessários em uma rede de atenção em Saúde: Sistema de informação e o uso de indicadores de saúde nestes sistemas.

1.1.6 Sistemas de informação em saúde e o DATASUS

Para iniciar esta sessão sobre sistemas de informação no Brasil é importante pontuar a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), destacando um Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo para coletar, processar, analisar e transmitir informação necessária para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Os sistemas de informações de saúde fornecem as bases para a tomada de decisão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

Sobretudo a OMS destaca a importância de fortalecer os sistemas de informação, a partir do estabelecimento e uso de um conjunto básico de indicadores, e assim, destaca a necessidade fornecer orientação, treinamento e suporte técnico sobre o desenvolvimento de sistemas de vigilância / informação para capturar os principais dados para compor os indicadores de saúde, buscando evidências como ingredientes essenciais para políticas, planejamento e avaliação de saúde apropriados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

A partir desta definição um sistema de informação em saúde (SIS) precisa de três elementos fundamentais: dado, informação e conhecimento. O dado é o elemento mais simples desse processo; a informação é composta de dados com significados para quem os vê; o conhecimento é conjunto de nosso aprendizado segundo algumas convenções, experiências acumuladas e a percepção cognitiva (FRANCO, 2015).

No Brasil foi necessário melhorar a estruturação de um SIS para consolidar a implantação do SUS, de modo a ser possível o acompanhamento integral das ações em saúde, assegurando a avaliação permanente da situação de saúde da população, assim como dos resultados das ações executadas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004).

A partir da LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, ficou estabelecida a atuação das três esferas do governo, as quais deveriam exercer, em seu âmbito administrativo, ações de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde (MINISTERIO DA CASA CIVIL, 2021).

Desta forma o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) desempenha um papel de importância vital na condução do processo de informação na saúde, sendo responsável por (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b):

Fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas para a manutenção e o desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério; Desenvolver, pesquisar e incorporar tecnologias de informática que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde; Manter o acervo das bases de dados necessárias ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional; Assegurar aos gestores do SUS e órgãos congêneres o acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério; Definir programas de cooperação técnica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia de informática em saúde, sob a coordenação do Secretário-Executivo; Apoiar Estados, Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS.

O DATASUS destaca-se como centralizador e agregador de diferentes sistemas de informação, relevantes para gestão pública, disponibiliza informações financeiras, sistemas e aplicativos para tabulação de dados, como o aplicativo *TABNET* é um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida, conforme a consulta que se deseja tabular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Desta forma, o Programa para análise local de base de dados do *Sinan Net*, o *TABWIN* permite que sejam importadas as tabulações efetuadas na Internet (geradas pelo aplicativo TABNET, desenvolvido pelo DATASUS e utilizado na página Informações de Saúde deste site. Abaixo mostramos alguns dos sistemas presentes na plataforma. Observe os principais sistemas de saúde brasileiros na Tabela 1.

Tabela 1 - Sistemas de Informações

SIGLA	SISTEMA	INSTRUMENTO DE COLETA	APLICAÇÃO
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade	Declaração de Óbito	Estudos de mortalidade, Vigilância de óbitos.
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	Declaração de Nascido Vivo	Monitorar a saúde da criança e da mulher.
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Ficha de Notificação e Investigação	Monitorar os agravos sob notificação, surtos, epidemias, etc.
SIH	Sistema de Informações Hospitalares	Autorização de Internação Hospitalar –AIH	Morbidade hospitalar, gestão hospitalar, custeio da atenção hospitalar
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial	Boletim de Produção Ambulatorial - BPA	Acompanhar a produção ambulatorial, gestão e custeio da atenção ambulatorial.
SISPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização	Boletim Mensal de Imunização	Monitorar a situação vacinal (quantidade de doses aplicadas, coberturas e controle de estoque).
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica	Formulários do SIAB (cadastramento familiar)	Acompanhar situação de saúde das famílias e indivíduos na Atenção básica.

SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde	FCES- Ficha de cadastro dos estabelecimentos de saúde	Cadastrar e manter atualizado os serviços, estabelecimentos e servidores existentes em cada unidade de saúde.
SISREG	Sistema de Regulação	Formulários de encaminhamento de especialidades e setores reguladas	Facilitar a marcação de consultas, exames e a utilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), através de um sistema informatizado.
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento	Ficha de cadastro para acompanhamento das gestantes no pré-natal.	Avaliar a qualidade e humanização do pré-natal.
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos	Ficha de cadastro de hipertensos e diabéticos.	Conhecer o perfil epidemiológico e da prevalência das doenças.
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	Formulários do sistema.	Monitorar a situação alimentar e nutricional da população.
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer	Formulários de coleta de exames e acompanhamento.	Monitorar os casos de câncer da mulher. Integra os sistemas - SISCOLO e SISMAMA.
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	Software desenvolvido pelo DATASUS	Monitorar os gastos em ações e serviços de saúde.

Adaptado de: (PINTO; DE FREITAS; DE FIGUEIREDO, 2018).

Além deste conjunto de sistemas de informação, sob o gerenciamento do DATASUS, há outras 2 entidades significativas para a análise de dados brasileira: O IBGE e a RIPSa.

IBGE: O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem entre suas principais funções como fornecer de dados e informações do Brasil, atendendo assim às necessidades de diferentes segmentos da sociedade civil, órgãos das esferas governamentais, estaduais e municipais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021). O Instituto dispõe de uma visão completa do país, desempenhando as principais funções:

- Produção e análise de informações estatísticas;

- Coordenação e consolidação das informações estatísticas;
- Produção e análise de informações geográficas;
- Coordenação e consolidação das informações geográficas;
- Estruturação e implantação de um sistema das informações ambientais;
- Documentação e disseminação de informações;
- Coordenação dos sistemas estatístico e cartográfico nacionais.

Em virtude deste contexto fazemos um breve histórico e voltamos no tempo ao período imperial, o único órgão com atividades exclusivamente estatísticas era a Diretoria Geral de Estatística, criada em 1871. Com a mudança para a República, o governo necessitou ampliar suas atividades, após implantação do registro civil de nascimentos, casamentos e óbitos. Com o passar dos anos, o órgão responsável pelas análises estatísticas do Brasil mudou de nome algumas vezes até 1934, quando foi extinto o Departamento Nacional de Estatísticas, cujas funções passaram aos ministérios capacitados. Porém, a carência de um órgão competente em fazer a articulação e coordenação das pesquisas estatísticas favoreceu em 1934 a criação Instituto Nacional de Estatística – INE, com início das atividades em 1936, consequentemente no ano seguinte mudou o nome para Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A partir deste fato o IBGE vem cumprindo sua missão de identificar e analisar o território, conta a população, mostra como a economia evolui através do trabalho e da produção das pessoas, revelando ainda como elas vivem.

Atualmente o IBGE é uma instituição da administração pública federal, subordinada ao Ministério da Economia, possui quatro diretorias e dois outros órgãos centrais. Com intuito de suas atividades possam abranger todo o território nacional, o IBGE dispõe da rede nacional de pesquisa e disseminação, formado por 27 unidades Estaduais em 26 capitais e uma no Distrito Federal, consta com 27 Supervisões de Disseminação de Informações nas capitais e Distrito Federal, 564 Agências de Coleta de dados nos principais municípios, inclui também a Reserva Ecológica do Roncador, situada a 35 quilômetros ao sul de Brasília (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

Figura 3 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

The screenshot displays the IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) website. At the top, there is a navigation bar with links: Institucional, Próximas Divulgações, Biblioteca, Respondendo, and a search bar. Below this is a main menu with categories: Estatísticas, Geociências, Cidades e Estados, Agência de Notícias, Nossos sites, and Acesso à Informação.

The main content area features several key statistics:

- População:** 212.907.431 (Estimada)
- Inflação:** 0,86% (IPC | Mensal, fev 2021)
- PIB:** -4,1% (SCNT | Acumulado 4 trimestres, 4º tri 2020)
- Desemprego:** 13,9% (PNAD Contínua, 4º tri 2020)

 A link for "Outros indicadores" is also present.

On the left, the "CIDADES E ESTADOS" section highlights Rio Branco (AC) - 1200401, showing its location on a map and key data:

- Área Territorial [2020]: 8.835,154 km²
- População estimada [2020]: 413.418 pessoas
- Código Municipal: 1200401

The center features a banner for "Atenda o IBGE" (Call the IBGE) and a section for "AGÊNCIA DE NOTÍCIAS" (News Agency) with three releases:

- Produção industrial recua 0,7% em fevereiro:** Em fevereiro de 2021, a produção industrial do país recuou 0,7% frente a janeiro, na série com ajuste sazonal, interrompendo nove meses de resultados...
- PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 14,2% e taxa de subutilização é de 29,0% no trimestre encerrado em janeiro de 2021:** A taxa de desocupação (14,2%) do trimestre móvel de novembro de 2020 a janeiro de 2021 ficou estável frente ao trimestre de agosto a outubro de 2020...
- Índice de Preços ao Produtor (IPP) sobe 5,22% em fevereiro:** Em fevereiro de 2021, os preços da indústria subiram 5,22% frente a janeiro, com

On the right, the "NOSSOS SITES" (Our Sites) section lists:

- Respondendo:** O IBGE está realizando coleta das pesquisas por telefone
- Censo 2021:** Censo Demográfico do Brasil
- IBGE | COVID-19:** O IBGE está apoiando o combate à COVID-19
- SIDRA:** Pesquise e consuma os dados do IBGE
- Portal de mapas:** Encontre, visualize, crie e compartilhe mapas
- IBGEeduca:** Para crianças, jovens e professores

Fonte: (IBGE) Link <https://www.ibge.gov.br/> acesso em 06/01/2021

RIPSA: No ano de 1995, o Ministério da Saúde e a Representação da Opas no Brasil atuaram em cooperar no aperfeiçoamento de informações para a saúde, em orientação com a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde. Uma avaliação preliminar das experiências realizadas em passado recente indicou, como prioridade estratégica, o estabelecimento de ação interinstitucional capaz de desenvolver os recursos disponíveis, e de aperfeiçoar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização do sistema nacional de informações em saúde, preconizado na Lei Orgânica do SUS (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008).

Desta forma, o plano proposto fundamenta-se na criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), concebida por grupo de trabalho ad hoc no qual estiveram representadas as principais estruturas do Ministério da Saúde, a Opas e instituições-chave da política de informações em saúde no País (IBGE, ABRASCO) Faculdade de Saúde Pública da USP e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O Secretário-Executivo do Ministério coordenou o grupo, com o apoio de um secretariado técnico. A Rede deveria articular entidades

representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais, envolvidos na produção, análise e disseminação de dados, possibilitando parcerias capazes de assegurar informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e de suas tendências. Em oficinas de trabalho seguintes, foram definidos os objetivos e estrutura da Rede, a matriz de indicadores, os produtos prioritários e a integração de outras instituições de importância nacional para o sistema de informações.

Com isso caberia à RIPSA promover esforços continuados para articular bases de dados e informações, produzidas pelas instituições participantes. Estruturadas em indicadores específicos, essas informações se destinariam a patrocinar processos de formulação e avaliação de políticas e ações de interesse dos poderes públicos, gestores, órgãos colegiados e de controle social do SUS, entidades técnico-científicas e organizações internacionais. Em especial, a Rede promoveria consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, [s.d.]).

Figura 4 - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

Fonte: (RIPSA) Link <http://www.ripsa.org.br/> acesso em 06/01/2021

1.1.7 Indicadores de saúde

Para iniciar esta sessão encontramos o termo “indicador” como originário do latim *indicare*, significando descobrir, apontar, anunciar, estimar (VAN BELLEN, 2004).

Sobre a perspectiva da semântica das palavras contextualizadas em seu uso e significado, em um determinado idioma, certas palavras mantêm entre si uma certa sinonímia, representando uma mesma ideia, com significado muito próximo entre duas ou mais palavras. Portanto, retomando a informação semântica das palavras destacamos o estreito e inseparável vínculo entre as palavras “medir”, “informar” e “indicadores ou seus substitutos “mensuração” e “informação” (MARZALL; ALMEIDA, 1999).

Continuando nesta linha de sinonímia da palavra INDICADOR, encontramos os seguintes sinônimos: sinal, sintoma, presságio, aviso, dica, pista, situação, categoria, dados, ponteiro, mostrador, luz de advertência, instrumento, medida (MARIA; COUTINHO, 2020).

Ainda segundo a definição, um *indicador* se constitui a partir da informação gerada como resultado da combinação de variáveis, criadas para uma determinada finalidade,

relacionada a outros dados compondo um banco de dados. Embora um indicador “indique algo ou alguma coisa”, ele não é uma determinação, sendo prudente ter precaução no uso de bases de dados secundários para realizar uma pesquisa (DIAS, 2016).

Os indicadores são essenciais nos processos de diagnóstico, monitoramento e avaliação dos serviços e dos indivíduos usuários, pois permitem acompanhar o alcance das metas e servem para embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão, bem como contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais e analisar comparativamente o desempenho e a qualidade dos cuidados profissionais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Podemos também verificar a definição através Rede Interagencial de Informações em Saúde, onde indicadores são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre a situação do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Em sua maioria, com fins de avaliação e monitoramento pelos gestores, estão atrelados a metas e parâmetros quantificáveis. Avaliados em conjunto, tais indicadores devem produzir evidências sobre a situação sanitária e servir para a vigilância das condições de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008).

Quando mencionamos INDICADORES DE SAÚDE podemos classificá-los em 3 categorias: Epidemiológicos, Administrativos e Clínicos:

Epidemiológicos – desenvolvidos e utilizados para fins de vigilância, avaliação e pesquisa, englobando dados sobre eventos vitais (nascimentos e óbitos), doenças e agravos de notificação compulsória (exemplo, dengue) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008).

Administrativos – desenvolvidos para fins contábeis e de controle da produção de serviços de saúde prestados. Contêm dados demográficos dos pacientes atendidos, procedimentos realizados, diagnóstico, mas sem dados clínicos (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008)

Clínicos – armazenam dados clínicos (resultados de exame, medidas antropométricas, por exemplo), de natureza multimídia. São gerados ao longo do contato de um paciente com diferentes serviços de uma unidade de saúde (por exemplo, laboratório, raios x, cirurgia) ou mesmo de diferentes unidades de saúde. A disponibilidade desses últimos ainda é restrita, mas espera-se que o acesso a esses bancos venha a crescer com a maior expansão dos sistemas de

registros eletrônicos de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008).

A RIPSa analisa e coordena um conjunto relevante de indicadores brasileiros, dentre os quais destacamos:

- **Demográficos** - Medem a distribuição de fatores determinantes da situação de saúde, relacionados à dinâmica populacional na área geográfica referida.
- **Socioeconômicos** - Medem a distribuição dos fatores da saúde relacionados ao perfil econômico e social da população residente na área geográfica referida.
- **Mortalidade** - Informam a ocorrência e distribuição das causas de óbito no perfil da mortalidade da população na área referida.
- **Morbidade** - Informam a ocorrência e distribuição de doenças e agravos à saúde da população, na área geográfica referida.
- **Fatores de risco e de proteção** - Medem os fatores de risco (ex: uso de tabaco e álcool), e /ou proteção (ex: alimentação saudável, atividade física e aleitamento materno) predispõe a doenças ou agravos, ou protegem de doenças ou agravos.
- **Recursos** - Medem a oferta e a demanda de recursos humanos, físicos e financeiros para atender as necessidades básicas de saúde, da população geográfica referida.
- **Cobertura** - Medem o grau de utilização dos meios oferecidos pelo setor público e setor privado para atender as necessidades de saúde da população geográfica referida.

Contudo, além de possuir uma relevância técnica, o indicador, assim como a informação, pode ter seu uso político, estabelecendo sentidos aos sujeitos e aos cuidados em saúde. Muitas vezes são tomados como “verdades científicas” os indicadores e as informações podem ser instrumentos para o convencimento na construção de argumentos políticos, por vezes, atribuindo-lhes um grande poder de utilidade e resolutividade para diversas questões de saúde (MATTA; MORENO, 2014; MORENO, 2015).

Os indicadores, além de apresentarem apenas indícios da ocorrência de um determinado fato, devem responder às perguntas formuladas localmente, visto que os resultados são formados da composição de um conjunto de dados, coletados em algum momento, nos mais variados lugares e espaços, e não são realizados de modo padronizado, muitas vezes, nem entre regiões de um país, sobretudo, entre diferentes países (MATTA; MORENO, 2014).

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO: A RAPS NO DRS XIII E O SISAM XIII

No ano de 2011, foi desenvolvido um sistema de informação em ambiente *web* Sistema de Informação em Saúde Mental do DRS XIII (SISAM 13), permitindo o cadastro e o acompanhamento de informações de pacientes psiquiátricos, com relação a consultas, internação, referências e contra referências, nas diferentes unidades de saúde mental dos 26 municípios, compondo a área de abrangência do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) do Estado de São Paulo (YOSHIURA, 2015). O SISAM 13 é um sistema informatizado, via web, desta forma, gerenciando toda a RAPS na região de Ribeirão Preto. Por meio do SISAM 13, é possível realizar o acompanhamento do paciente nos diversos serviços da Rede de Saúde Mental, desde os serviços da atenção básica até os de alta complexidade. Esse sistema foi desenvolvido e é mantido pelo Centro de Informação e Informática em Saúde (CIIS) em conjunto com DRS XIII, a Câmara Técnica de Saúde Mental da Região de Ribeirão Preto, representantes dos hospitais prestadores e também do poder judiciário. Esse sistema possibilita a transparência de acesso à informação da situação, em tempo real, de cada leito psiquiátrico da região e do histórico das internações, referências e contra referências realizadas pelo paciente entre os serviços da rede de saúde mental (YOSHIURA et al., 2017).

O SISAM 13 não realiza a análise de dados e também não gera relatórios e indicadores. Dessa forma, toda a informação inserida no sistema pode ser usada somente dentro do mesmo, isolando-se dados com alto valor agregado e com potencial de reutilização em ferramentas de apoio à decisão.

Assim, com o objetivo de aprimorar o gerenciamento dos dados relacionados à pacientes de uma rede atenção psicossocial, o grupo de pesquisa do Centro de Informação e Informática em Saúde (CIIS) da Universidade de São Paulo trabalhará com o objetivo de aprimorar, de maneira estruturada, o desempenho do SISAM 13 ao tentar estabelecer um conjunto de indicadores de saúde mental, baseado em evidências de uso permitindo ser utilizados pelos gestores da RAPS do DRS XIII.

Figura 5 - Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (2012)

Fonte: (SECRETARIA DA SAÚDE, 2021)

No ano de 2018, o SISAM 13 foi substituído pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo no âmbito das internações em saúde mental, não sendo possível obter os dados mais recentes devido a não disponibilização dos mesmos pela CROSS (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

1.3 JUSTIFICATIVA: A QUESTÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A construção de um INDICADOR é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

O Ministério da Saúde, por meio do seu caderno de diretrizes, metas e indicadores para o período de 2013-2015, definiu um rol de 67 indicadores a serem pactuados pelos entes federados, conforme fluxo previsto pela Resolução CIT nº 5, de 19 de julho de 2013, composto por tipos: indicadores universais, expressando o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional do Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente. Outros indicadores específicos expressam as características epidemiológicas locais e de organização do IDSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A OMS, através do Plano de Ação de Saúde Mental para 2013-2020, tem como um dos seus quatro objetivos prioritários o fortalecimento de sistemas de informação, evidências e pesquisas em saúde e doença mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a). A OMS ainda recomenda como um dos princípios para a criação de um sistema é o uso de indicadores que podem resumir a informação relevante para um fenômeno particular, pode representar uma situação e, portanto, podem ser usados para quantificar uma determinada mudança. Especificamente, a OMS afirma:

Desenvolver um conjunto básico de indicadores de saúde mental e fornecer orientação, treinamento e suporte técnico sobre o desenvolvimento de sistemas de vigilância / informação para capturar os principais indicadores de saúde mental, facilitar o uso desses dados para monitorar desigualdades e resultados de saúde, e aumentar a informação recolhida pelo Observatório Global da Saúde Mental da OMS (como parte do Observatório Global da Saúde da OMS) estabelecendo dados de base para monitorar a situação global de saúde mental (incluindo o progresso no alcance das metas estabelecidas neste plano de ação).

No entanto, por meio de informações colhidas em auditoria realizada em 2005 pelo Tribunal de Contas da União (TCU), detectou-se a ausência de um sistema de informações eletrônico, subsidiando o planejamento, a regulação, o controle e a avaliação das ações de saúde mental, além da disseminação da informação (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNÃO, 2005). Além disso, as principais fontes de dados para monitorar os procedimentos em saúde mental atualmente, o DATASUS¹ e o CNES², são bases que carecem de informações relevantes para a saúde mental e, ainda, dado o foco da primeira no controle do repasse de

¹ <http://www2.datasus.gov.br/>

² <http://cnes.datasus.gov.br/>

verbas aos estados, municípios e prestadores de serviço conveniados, seus números podem apresentar um viés pelo risco de superfaturamento (MATEUS, 2013).

Ainda não existe um consenso sobre quais indicadores de saúde mental devem ser usados rotineiramente (KILBOURNE; KEYSER; PINCUS, 2010). Quando esses indicadores são identificados, um sistema de informação pode ser projetado com base na sua viabilidade e nos recursos disponíveis.

No caderno de diretrizes do Ministério da Saúde em 2014, o único indicador preconizado pelo Ministério da Saúde, para a saúde mental, destaca-se num nível muito superficial ao anotar o aumento do nível da cobertura dos CAPS. Este indicador, apesar de importante, não tem a capacidade de medir a efetividade do serviço prestado, concentrando-se apenas na sua disponibilidade em nível nacional/regional. A cobertura de um CAPS não é um indicador sensível para analisar as práticas de cuidados nos diferentes serviços de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Realmente, ainda em 2007, o governo brasileiro, produziu um relatório sobre o sistema de saúde mental no Brasil, onde reconhece (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007):

Os sistemas de informação sobre saúde mental devem ser melhorados. É fundamental para desenvolver uma base de dados nacional para conhecer o número de membros das associações de pacientes, a natureza e extensão dos programas locais de treinamento em saúde mental ou informação pública sobre programas implementados no país. Mesmo dados bem organizados e bem fornecidos sistemas como o DATASUS não compilam dados nacionais essenciais, como o número de pacientes ambulatoriais e seus diagnósticos. A Divisão de Saúde Mental deve desenvolver ferramentas epidemiológicas padronizadas e supervisão de serviços de saúde mental na coleta de dados para CAPS, hospitais diurnos, salas psiquiátricas em hospitais gerais e pacientes ambulatoriais ambulatorios. Seria importante ter indicadores como novos casos vistos no sistema, número de pessoas atendidas, e assim por diante. Esses instrumentos epidemiológicos podem ser desenvolvidos por universidades e devem estar disponíveis para todos os serviços de saúde mental no país. Esta informação poderia ser reunida na Divisão Nacional de Mental Saúde e vinculado ao sistema DATASUS.

Para completar, vale lembrar que em 2011, a Portaria nº 1.654, de 19 de julho, instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), especificamente voltado para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em relação à Saúde Mental, avaliam-se ações educativas e preventivas ao uso de álcool e outras drogas em relação à saúde do homem, do adolescente e à saúde na escola. Em particular, nesse documento, é

possível isolar quatro indicadores específicos para saúde mental, de monitoramento mensal, a saber: Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto de usuários de álcool e drogas; Proporção de atendimentos de usuário de álcool; Proporção de atendimentos de usuário de drogas e Taxa de prevalência de alcoolismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Outras iniciativas, no sentido de estabelecer indicadores para saúde mental merecem destaque um estudo foi realizado no CAPS Rubens Corrêa, no município do Rio de Janeiro, e, por meio da utilização de metodologias de avaliação participativa, desenvolveu, com auxílio dos profissionais do serviço, uma lista com 22 indicadores que foram considerados adequados para medir a qualidade do serviço prestado do ponto de vista dos técnicos da unidade (ALMEIDA, 2002). O fato da definição dos critérios ter sido realizada em conjunto com os trabalhadores do serviço mostra o desejo de sua utilização a posteriori, poderia ser classificada como um “divisor de águas” na construção de processos avaliativos participativos (FURTADO, 2006).

Contudo, essa técnica de avaliação participativa, como foi defendida, não faz uso de maneira adequada das práticas baseadas em evidências, podendo levar a um enviesamento político e deixar as definições e as experiências de uso dos indicadores incompletas. Isto pode ser comprovado neste trabalho, pois, apesar de definido um conjunto de indicadores relevantes para o nível individual, ou seja, do paciente ou do técnico do serviço, não foram citadas formas específicas para o seu cálculo e nem qual sua periodicidade de coleta.

Além dessa pesquisa, dentre os documentos normativos, relatando a questão dos indicadores para saúde mental, encontramos em auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União em TCU (2005) e reiterada em TCU (2010), um grupo de indicadores considerados relevantes para a saúde mental, sugeridos e publicado. Com relação aos CAPS e presentes na lista anterior, estão a taxa de adesão dos familiares ao serviço e o índice de satisfação dos beneficiários do serviço (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2005; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2010). Outros indicadores que surgem como indisponíveis no conjunto anterior são: o índice de abandono (ou permanência) do serviço, a mobilidade dos pacientes nos projetos terapêuticos, daqueles mais intensivos para outros menos intensivos e, o número de visitas domiciliares realizadas pela equipe de cada CAPS. O documento apresenta ainda uma forma de calcular quatro dos cinco índices e cita um instrumento “a ser elaborado” pelo Ministério da Saúde para calcular o indicador relativo ao indicador de satisfação dos usuários.

Outro trabalho merecedor de destaque foi publicado em 2013 que se utilizou da citada técnica de avaliação participativa, para desenvolver um grupo de 22 indicadores com foco nos 26 CAPS III do Estado de São Paulo (FURTADO et al., 2013). O processo de criação dos indicadores contou com a participação de 58 trabalhadores dos CAPS e 3 articuladores de saúde mental de diferentes Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo e durou um ano. Durante esse período, foram realizadas oficinas e um curso sobre avaliação em saúde mental, permitindo a efetiva participação e a definição de questões, pré-testes dos indicadores e análise dos dados, além de estimular a apropriação do produto final pelos participantes.

Entretanto, a despeito desses esforços, (DANTAS; ODA, 2014) fizeram um mapeamento das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental, produzidas no Brasil retrospectivamente em dez anos (2004-2013), onde concluem:

...as pesquisas avaliativas vêm se concentrando em abordagens pouco diversificadas do processo da reforma da saúde mental, e que estas não têm abrangência suficiente para fornecer, proximamente, elementos para prover indicadores básicos nacionais de saúde mental.

Neste importante trabalho de revisão, as autoras dividem os seus achados em 5 categorias. Dentre elas é interessante destacar os achados sobre “indicadores avaliativos” dividindo estes em dois grupos os presentes em estudos quantitativos e os definidos em pesquisas qualitativas (DANTAS; ODA, 2014):

Nos estudos de metodologia quantitativa, os indicadores de avaliação tendem a ser bem definidos. Observe-se a adequação de tais parâmetros quantitativos à complexidade do objeto da avaliação é, com frequência, questionada por críticos que lhes atribuem um caráter apriorístico, verticalizado e extrínseco às realidades sobre as quais se volta...nas pesquisas qualitativas, os parâmetros de julgamento utilizados são menos explícitos. Podemos dizer, em termos gerais, que tais estudos adotam, com diferentes graus de explicitação, os princípios da chamada Reforma Psiquiátrica brasileira como parâmetros de avaliação. Entretanto, não descrevem de que forma tais princípios são transpostos em indicadores.

Mais recentemente, Mendes e Rocha (2016) fizeram uma análise semelhante aos questionamentos e preocupações presentes neste estudo (MENDES; ROCHA, 2016). Mostraram como a saúde mental é abordada nas políticas de avaliação brasileiras e internacionais, através dos discursos que se enunciam em documentos normativos nacionais (do Ministério da Saúde) e internacionais (da Organização Mundial da Saúde), lançados até agosto de 2015. Particularmente, as autoras discutem a falta de instrumentos de avaliação no

Brasil para que as equipes possam “sair da invisibilidade, além do não conhecimento no Brasil de documentos dos demais países, onde a informação tem sido uma das estratégias utilizadas pela OMS para qualificar a Saúde Mental, como o Atlas de Saúde Mental e o Plano de Ação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a, 2014).

No contexto do desenvolvimento do SISAM 13 como um sistema de informação completo para modelar uma RAPS, alguns trabalhos foram produzidos no sentido de estudar um conjunto de indicadores viáveis, ou seja, estudando a disponibilidade das informações bem como a sua pertinência para a tomada de decisões com base em evidências.

No âmbito hospitalar e), a partir do estudo dos dados mínimos para saúde mental que deveriam compor uma folha de alta hospitalar, foi proposto um conjunto de 11 indicadores que foram possíveis de serem calculados com os dados coletados pelo SISAM 13. Essa proposta foi feita com base no estudo de dados mínimos para saúde mental proposto por países como a Austrália, Canadá e Inglaterra. Apesar desse trabalho ter sido feito com uma base sólida de extração de conhecimento, nenhuma análise foi feita quanto a experiência de uso desses indicadores (DELFINI; MIYOSHI; ALVES, 2015).

Um trabalho similar foi feito em 2015 no qual descreveu o estudo do fluxo de atendimento pelo qual é submetido o paciente em cada CAPS do DRS XIII. O estudo envolveu alguns instrumentos de coleta de dados desenvolvidos pelos mesmos, com uma abordagem sócio técnica, ou seja, envolvendo os usuários continuamente em todo o processo e partindo de um estudo detalhado dos fluxos de atendimento para cada tipo de CAPS da região. Esse estudo propôs um conjunto de 11 indicadores para aferir o desempenho dos CAPS. Apesar deste trabalho trazer elementos da técnica de avaliação participativa, não foi feito nenhum estudo que desse embasamento ao impacto do uso desses indicadores nesse nível de gestão (SASSO, 2015).

Diante do exposto até aqui, fica claro que para se fazer avaliação em saúde mental no Brasil será necessário criar um conjunto de indicadores que sigam minimamente os padrões esperados de utilidade (fornecerem dados relevantes e necessários) e acurácia (serem capazes de informar validamente sobre o mérito das práticas e processos avaliados) (DANTAS; ODA, 2014). Com isso em mente, delineamos os objetivos deste trabalho.

1.4 OBJETIVO

1.4.1 Geral

O objetivo principal desta tese foi analisar a viabilidade de selecionar um conjunto de indicadores de saúde mental para gestão da Rede de Atenção Psicossocial brasileira, a partir da análise da convergência de uso de indicadores de saúde mental em países com sistema público de saúde. Este trabalho foi realizado, a partir da prospecção nesses países e comparando o uso desses indicadores, quanto aos tipos de indicadores, as formas de se calcular cada um e as suas respectivas interpretações quanto ao uso.

1.4.2 Específicos

Para alcançar o objetivo principal deste trabalho, considerem-se objetivos específicos:

- 1). Fazer uma revisão integrativa de documentos normativos nacionais (do Ministério da Saúde) e internacionais (dos países com sistema público selecionados e da Organização Mundial da Saúde), conjuntamente com uma revisão aprofundada de publicações sobre experiências no uso de indicadores.
- 2). Realizar o levantamento detalhado dos indicadores de saúde mental utilizados por países com um SUS;
- 3). Estabelecer a definição dos indicadores de saúde mental, nos países estudados, procurando os que são comuns quanto a utilização para a gestão em saúde mental no Brasil;
- 4). Estabelecer as escalas administrativas nacionais, locais e individuais da RAPS para o uso desses indicadores;
- 5). Construir uma matriz de indicadores de saúde mental de consenso internacional como referência para ser utilizada nas RAPS para a prática baseada em evidência;
- 6). Fazer a validação dos indicadores em duas fases: através da modelagem dos processos envolvidos na RAPS, usando Business Process Modeling Notation (BPMN).

2. MÉTODOS

Para apreciar o conteúdo desta tese, descrevemos alguns dos elementos teóricos que devem ser tomados como base de todo o estudo. A apresentação desses elementos teóricos nos

levará a uma descrição mais detalhada do plano metodológico onde aproveitamos para discutir, de maneira sucinta, os procedimentos a serem utilizados para a sua realização.

2.1 DESENHO DA PESQUISA

Como será visto nos itens a seguir, o estudo realizado aqui, pode ser classificado como uma pesquisa descritiva e avaliativa, com levantamento e inquérito. Mais especificamente, ao concluir todas as etapas propostas neste trabalho chegaremos a uma Síntese-Interpretativa em que se percebe a estrutura que produz o resultado, chegando, portanto a uma visão de totalidade do conteúdo (RUFINO, 2018).

2.2 A MATRIZ DE SAÚDE MENTAL COMO MODELO DE REFERÊNCIA PARA A RAPS

A matriz de saúde mental foi tomada como referência principal no desenvolvimento e aplicação do modelo para a RAPS. Nesse modelo matricial são considerados 3 eixos indispensáveis e indissociáveis: 1. O princípio ético; 2. As práticas baseadas em evidências e 3. O acúmulo de experiências (THORNICROFT; TANSELLA, 1999).

Assim, como método norteador, durante todo o desenvolvimento deste trabalho, é tomar a Matriz de Saúde Mental como uma heurística viável para definir indicadores de saúde e os tipos de relações entre os pontos de atenção da RAPS além de oferecer suporte para integração de informações e auxiliar o diagnóstico e a coordenação do cuidado psicossocial. A adaptação e expansão desse modelo para as RAPS pode auxiliar gestores de saúde mental nas tarefas de planejamento e tomada de decisão, especialmente no que se refere ao gerenciamento na rede.

Realmente, a Matriz de Saúde Mental traz um modelo que pode ser usado para aumentar a eficácia clínica através da prática baseada em evidências. Este modelo possui duas dimensões, sendo uma geográfica, dividida em três níveis: nacional/regional, local e individual (do paciente), e outra temporal, definida por três fases: entrada, processo e resultados (THORNICROFT; TANSELLA, 1999).

Na Tabela 2 observam-se os elementos da matriz de saúde mental de maneira estruturada. No nível nacional/regional, por exemplo, encontram-se as políticas de saúde, enquanto no nível local estão os serviços atuantes em uma determinada área de abrangência e no último, o próprio usuário do serviço. Enquanto isso, em cada fase, podem ser encontrados,

por exemplo: os recursos investidos (fase de entrada), as atividades são utilizadas na oferta do cuidado, (fase de processo) e os resultados esperados de cada nível com relação a mudança na morbidade e mortalidade tanto nos níveis individuais quanto no da população (fase de resultados).

Os indicadores relativos a essa última fase, por serem mais difíceis de definir e coletar, são confundidos muitas vezes com indicadores de entrada ou de processo. Esse é o caso da redução no tempo de estadia em hospitais, nesta situação deveria ser classificado como um indicador de processo, mas acaba por ser utilizado como indicador de resultado no nível individual (THORNICROFT; TANSELLA, 1999).

De posse desse modelo então, foi possível sistematizar os indicadores selecionados em países com sistema público de saúde e decidir a quais níveis e fases eles pertencem. Isso quer dizer que a principal tarefa desta pesquisa foi sistematizar os indicadores encontrados e decidir a quais níveis e fases eles pertencem, em cada dimensão do Modelo de Saúde Mental. Sobre tudo é relevante destacar as considerações éticas, as evidências científicas e a análise da experiência acumulada podem ser consideradas os pilares de qualquer política ou sistema de saúde mental (THORNICROFT; TANSELLA, 2008). Podemos observar um modelo da Matriz de Saúde Mental na Tabela 2 a seguir:

Tabela 2 - Matriz de Saúde Mental com o detalhamento de suas dimensões

Dimensão Geográfica	Dimensão Temporal		
	A) Fase de Entrada	(B) Fase de Processos	(C) Fase de Resultados
(1) Nível Nacional/Regional	1ª <ul style="list-style-type: none"> • despesas com serviços de saúde mental e alocação de orçamento • leis de saúde mental 	1B <ul style="list-style-type: none"> • indicadores de desempenho/atividade (por exemplo, taxas de admissão, taxas de ocupação de cama, taxas de tratamento obrigatório) 	1C <ul style="list-style-type: none"> Taxas de suicídio • taxas de moradores de rua (entre os doentes mentais ou as taxas de doença mental entre os sem-teto) • taxas de prisão (colocação inadequada na prisão)

	<ul style="list-style-type: none"> • diretivas e políticas governamentais • planejamento para treinamento de funcionários de saúde mental • protocolos e diretrizes de tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • diretrizes clínicas e protocolos de tratamento • padrões mínimos de cuidados 	<p>daqueles que seriam melhores tratados em instalações de saúde mental)</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultas especiais (especialmente aquelas em eventos adversos extremos, como homicídios por pacientes)
(2) Nível Local (área de captação)	<p>2^a</p> <ul style="list-style-type: none"> • orçamento dos serviços locais e balanço serviços hospitalares e comunitários • avaliação das necessidades da população local • números de pessoal clínico e combinações • serviços clínicos e não clínicos • relações de trabalho entre serviços 	<p>2B</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitoramento, contatos de serviço e padrões de uso dos serviços • procedimentos de auditoria • caminhos para cuidados e continuidade • segmentação de grupos especiais 	<p>2C</p> <ul style="list-style-type: none"> • taxas de suicídio • resultados agregados em nível local • morbidade física
(3) Nível Individual	<p>3^a</p> <ul style="list-style-type: none"> • avaliação das necessidades individuais • exigências feitas pelos pacientes • demandas feitas pelas famílias • habilidades e conhecimento da equipe • conteúdo de tratamentos clínicos • informações para pacientes/cuidadores 	<p>3B</p> <ul style="list-style-type: none"> • qualidade subjetiva dos tratamentos • continuidade do pessoal clínico • frequência de consultas • Padrões para o procedimentos de cuidados para pacientes individuais 	<p>3C</p> <ul style="list-style-type: none"> • redução de sintomas • impacto em cuidadores • satisfação com os serviços • qualidade de vida • incapacidade • necessidades

Fonte: adaptado de (TANSELLA, THORNICROFT, 1999).

2.3 POLÍTICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Conforme mencionado anteriormente, a matriz de saúde mental apresenta um modelo com características próprias podendo ser usado para aumentar a eficácia clínica e de

reintegração social, através de práticas baseadas em evidências. Mas, apesar das muitas realizações da saúde pública, vale incluir mais atenção às abordagens baseadas em evidências.

Várias etapas conceituais são fundamentais para implementação da saúde pública baseada em evidências. Segundo Brownson, Fielding e Maylaln (2009):

Em primeiro lugar, é necessário fornecer informações científicas sobre os programas e políticas mais eficazes na promoção de cuidados de saúde, ou seja, realizar pesquisas de avaliação para gerar evidências. Em segundo lugar, é necessário transformar a ciência na prática, mapeando informações sobre intervenções baseadas em evidências da literatura revisada por pares para as realidades de um ambiente real específico. Para conseguir isso, precisamos definir processos que levem à tomada de decisões. Um passo final deve incorporar a disseminação de intervenções comprovadas aos profissionais de tomada de decisão.

Estas etapas conceituais estão agrupadas nos seguintes blocos: Análise Conceitual, Extração de Conhecimento e a Validação de Conteúdo. A Figura 6, adaptada de Lima, (2017), mostra esquematicamente todos os passos do protocolo de pesquisa realizado (DE LIMA et al., 2017). Na figura mostramos cada intervenção realizada e o delineamento detalhado. É importante observar que, por uma questão de completude, optou-se por colocar o esquema geral para se obter um documento de referência para a RAPS, um padrão-ouro, como mostrado na Figura 6 a seguir:

Figura 6 - Protocolo de pesquisa

Fonte: adaptado de Lima (2017)

2.4 ANÁLISE CONCEITUAL

A análise conceitual é o primeiro passo de toda a pesquisa realizada, através de uma Revisão do uso de indicadores de saúde mental. Diferentemente de como tem sido feito para uma revisão da literatura (THERESA; KALIL, 2021), ao se estabelecer as etapas fundamentais para a aplicação desse método, o processo de revisão foi dividido em duas etapas:

A primeira etapa foi feita a partir de uma busca minuciosa dos documentos normativos nacionais (do Ministério da Saúde) e internacionais (dos países selecionados por terem sistema de saúde público e da Organização Mundial da Saúde). Concomitantemente foi feito um levantamento inicial em países com sistemas universais de saúde, inclusive, não só proponham indicadores de saúde mental para a gestão, em seus documentos oficiais, efetivamente façam uso destes. Mais ainda, através da análise de *sites* institucionais dos sistemas de saúde desses países, foram selecionados países com a definição dos indicadores para o acompanhamento da

gestão em saúde mental, que permitiriam entender como esses indicadores são utilizados em cada dimensão de análise.

Critérios de seleção dos países:

- O principal critério de inclusão desses países baseia-se na constatação de que eles possuem um sistema universal de saúde pública (por serem semelhantes ao Brasil), por serem sistemas semelhantes ao brasileiro e mantenham uma estrutura de rede de saúde mental para a gestão, limitando-se aos idiomas em inglês, português e espanhol.
- Outro critério fundamental para escolher um país para ser incluído neste estudo foi a disponibilidade de acesso à experiência de uso dos indicadores de saúde mental em bases de dados ou documentos normativos.
- Informações do uso dos indicadores de saúde mental através da Prática baseada em evidências (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009).

A segunda etapa, da análise conceitual, foi conduzida conjuntamente com a primeira etapa a partir da Revisão Integrativa de publicações sobre experiências no uso de indicadores. A revisão integrativa foi preparada de acordo com o método descrito no Manual para Revisores do Instituto Joanna Briggs de 2015 (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

O estudo mapeou os principais conceitos, permitindo clarificar áreas de investigação e identificar lacunas de conhecimento. Isso pode ser feito por meio de uma avaliação da viabilidade, importância e adequação da prática de saúde recomendada. Em nosso cenário, isso é fundamental para entender a evolução e o estado da arte dos serviços de saúde mental em diferentes contextos e países.

Esta Revisão Integrativa, entretanto, não é em si uma contribuição normativa. Não tem como objetivo propor ou argumentar sobre quais indicadores e valores essenciais devem guiar os Indicadores de saúde mental embora a importância de tal trabalho seja enfatizada. Em vez disso, a Revisão Integrativa tem uma função descritiva e analítica. Ele procura fornecer uma visão geral de quais problemas surgiram com o uso de Indicadores de Saúde Mental e quais orientações existem sobre como abordá-los e informar os esforços em andamento para desenvolver diretrizes significativas e abrangentes para a prática.

Este estudo de revisão integrativa foi preparado de acordo com o método descrito no Manual para Revisores do Instituto Joanna Briggs (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

Foi proposta uma estrutura de seis tópicos: (1) Identificar a Questão Norteadora (QN) da pesquisa; (2) Identificação de estudos relevantes; (3) Seleção de estudos; (4) Seleção e armazenamento de dados; (5) Coleta, resumo e relato dos resultados; e (6) Análise de Resultados – Discussão (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010).

1: Identificando a QN da pesquisa. Para cumprir os requisitos da revisão integrativa, a QN da pesquisa deve estabelecer adequadamente as evidências fundamentais para o argumento na QN. Deve também determinar a incorporação da análise, promovendo a quantidade de informações nas bases de dados, com menos buscas desnecessárias (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

Para a construção da pesquisa QN, adotamos a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC). Com essa estratégia, neste estudo, formulamos a seguinte QN: “Quais indicadores podem ser usados para a gestão dos serviços de saúde mental?”, onde População se refere aos serviços. Conceito se refere ao uso na gestão e Contexto se refere aos serviços de SM.

Ressalta-se que a população pode incluir os artigos selecionados para inclusão e deve estar relacionada aos objetivos da revisão integrativa. O conceito deve ser abertamente articulado para o caráter integrativo e a amplitude da pesquisa. O contexto deve ser definido de forma clara e pode incluir considerações de fatores culturais, como localização geográfica e/ou interesses raciais, ou de gênero específicos. Em alguns casos, o contexto também pode abranger detalhes sobre cenários específicos, como o sistema de saúde (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

A estrutura sugere uma QN de pesquisa ampla e claramente articulada, definindo conceitos, população-alvo, resultados de saúde e integrativa, ao mesmo tempo, em que leva em consideração o objetivo e a justificativa da revisão (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015)..

2: Identificação de estudos relevantes. Uma pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: *Web of Science*, *National Library of Medicine* - PubMed, Science Direct, MEDLINE e SCOPUS. Além disso, foram realizadas buscas adicionais em bases de dados com a maioria dos artigos nos idiomas português e espanhol, a saber, *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *Latin-American and Caribbean System on Health Sciences Information* (LILACS). Nessas buscas, foram utilizadas as palavras-chave selecionadas e uma tradução dos descritores

selecionados pelos Descritores em Ciências da Saúde (U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2020).

3: *Seleção de estudos*. O procedimento de busca foi orientado de acordo com a combinação de palavras-chave derivadas da estratégia PCC deste estudo e descritores controlados e não controlados de *Medical Subject Headings* – MESH, um dicionário de sinônimos de vocabulário controlado para artigos de indexação ⁽¹⁶⁾. Para a combinação desses termos, foram considerados os operadores booleanos AND, OR e NOT para compor as consultas de pesquisa nas referidas bases de dados, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Dentro da estratégia PCC, os descritores controlados de busca foram os seguintes: População (P): “Quality Indicators, Health Care” OR “Health Status Indicators” OR “Health Planning Guidelines”. Descritores não controlados para a população: “Indicadores de qualidade, saúde” OU “Indicador de Qualidade em Saúde” OU “Indicadores de qualidade em saúde” OU “Indicador, Qualidade em saúde” OU “Indicadores, qualidade em saúde” OU “Indicador de qualidade, saúde” OU “Ferramenta de gatilho global, saúde” OU ““Ferramenta de gatilho global em saúde” OU “Indicador do estado de saúde” OU “Indicador, estado de saúde” OU “Indicadores, estado de saúde” OU “Índice do estado de saúde” OU “Índices do estado de saúde” OU “Índice, estado de saúde” OU “Índices, Estado de saúde” OU “Índices do estado de saúde” OU “Índices, estado de saúde” OU “Avaliação de risco à saúde” OU “Avaliação, risco à saúde” OU “Avaliações, risco à saúde” OU “Avaliações de risco à saúde” OU “Avaliação de risco à saúde” OU “Avaliações de risco, saúde” OU “Diretrizes, planejamento de saúde” OU “Diretrizes, planejamento de saúde” OU “Diretrizes de planejamento de saúde” OU “Diretrizes de planejamento, saúde” OU “Diretrizes de planejamento, saúde” OU “Diretrizes para planejamento de saúde. Descritores controlados para conceito (C): “Health Facility Administration” OR “Public Health Administration” OR “Hospital Administration” OR “Health Services Administration”. Descritores não controlados para o conceito: “Facilidade Administração, Saúde” OU “Instalação de Administração, Saúde” OU “Administração, da Saúde Pública” OU “Administração do Hospital” OU “Organização Hospital e Administração” OU “Organização e Administração, Hospital” OU “Administração, Saúde Serviços”. Descritores controlados para contexto (C): “Mental Health” OR “Mental Health Services”. Descritores não controlados para o Contexto: “Serviços de saúde, Mental” OU “Serviço de saúde, Mental” OU “Serviço de saúde mental” OU “Serviço, Saúde mental” OU “Serviços, Saúde mental”.

Os critérios de inclusão dos artigos recuperados da busca nas bases de dados foram os seguintes: publicações nos idiomas dominados pelos autores (inglês, espanhol e português); publicações nos últimos 15 anos (2003-2018) que foram determinadas por sua compatibilidade com os estudos usados no Plano de Ação de Saúde Mental da OMS 2013-2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a); artigos publicados; estudos qualitativos e quantitativos; as fontes de pesquisa podem incluir qualquer literatura existente, nomeadamente estudos de investigação primários, revisões sistemáticas, meta-análises, estudos ligados a países que possuem um sistema público de saúde, e que a pesquisa seja deixada como "aberta", permitindo a inclusão de todos os documentos e justificativas.

Os critérios de exclusão foram dados da seguinte forma: estudos fora da revisão integrativa desejada; artigos e documentos que não estavam disponíveis em formato eletrônico ou não puderam ser acessados devido a restrições de pagamento; artigos relacionados a países que não possuem sistema público de saúde; indicadores de outras áreas da saúde, sites e anúncios na mídia.

4: Seleção e armazenamento de dados. A organização deste processo foi feita através de dois softwares, Mendeley (<https://www.mendeley.com>) e Rayyan (<https://rayyan.qcri.org/>), para gerenciar e compartilhar documentos de pesquisa.

5: Coleta, resumo e relato dos resultados. Esta etapa consistiu na elaboração de uma síntese narrativa descrevendo os objetivos e finalidades dos documentos selecionados e revisados, os conceitos adotados e os resultados relacionados ao assunto desta revisão (MOHER, 2009).

6: Análise de resultados – Discussão. Por fim, os artigos obtidos foram analisados entre Países de Alta Renda (PARs) e Países de baixa e média Renda (PRBMs), bem como a forma como eles fazem uso de ISMs na gestão de serviços, recursos financeiros e políticas para a criação e implementação de ISMs.

Este estudo faz parte de um projeto multicêntrico internacional maior envolvendo pesquisadores da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, no Brasil, em parceria com o Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. Dessa forma, é importante destacar que as etapas descritas acima foram realizadas com a participação desses pesquisadores.

2.5 EXTRAÇÃO DE CONHECIMENTO

Esta etapa metodológica refere-se à extração de conhecimento sobre os indicadores de saúde mental para cada país. Em toda esta etapa metodológica foram levados em consideração os critérios de seleção dos indicadores bem como os critérios de seleção de domínios, segundo a Matriz de Saúde Mental de (THORNICROFT; TANSELLA, 2008).

Crítérios Seleção Indicadores/Crítérios de Exclusão

- 1-Por não fazer parte do contexto brasileiro, específicos para determinadas populações (imigrantes, etnias, etc.)
- 2-Indicador de assistência social (indicadores de assistência social que podem ser encontrados no conjunto de indicadores de saúde mental).
- 3-Indicador incluído anteriormente em outro indicador
- 4-Indicador que precisa de informação de auto avaliação / aplicação de questionário individual

Crítérios de Seleção dos Domínios:

- Indicadores -Entrada
- Indicadores -Processos
- Indicadores -Resultados

Assim, seguindo os passos estabelecidos na figura 6, realizou-se a etapa de *Identificação dos conjuntos de indicadores de saúde mental de cada país*, organizando de maneira padronizada, as características principais de cada indicador. Para isso, utilizou-se o formato estabelecido pela Rede Interagencial de Informação para a Saúde-RIPSA: Definição, Conceituação, Fonte, Método de Cálculo e Categoria. Seguindo este ponto de vista, tomamos como base as orientações da RIPSA para analisar os indicadores selecionados, considerando-se as seguintes características:

1. *Definição ou Interpretação:* explicação sucinta do tipo de informação que deseja ser obtida e seu significado.
2. *Conceituação:* informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo.
3. *Usos:* principais finalidades de utilização dos dados, consideradas na análise do indicador.
4. *Método de cálculo:* fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo os elementos que a compõem.

5. *Limitações*: fatores que impedem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.
6. *Fontes*: instituições responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador e pelos sistemas de informação a que correspondem.
7. *Categorias sugeridas para análise*: níveis de desagregação definidos pela sua potencial contribuição para interpretação dos dados e que estão efetivamente disponíveis (RIPSA, 2008).
8. *Os domínios* foram selecionados a partir das instruções encontradas na Matriz de Saúde Mental (THORNICROFT; TANSELLA, 2008)

Análise dos Indicadores: Esta etapa foi subdividida em quatro blocos interligados, ou seja: identificar como cada indicador é calculado em cada país; estabelecer a interpretação de uso de cada indicador no respectivo país; alocar os indicadores em cada dimensão geográfica da matriz de saúde mental; checar os indicadores que têm diferentes usos entre todos os países.

Elaboração de uma Matriz de Indicadores de Consenso: A partir da comparação entre indicadores dos diferentes países estudados, obteve-se um conjunto de indicadores de consenso quanto ao método de cálculo e modo de utilização.

Indicadores de saúde mental: Ao final destes procedimentos espera-se propor uma matriz de indicadores de saúde mental, de consenso internacional, como referência para ser utilizada nas RAPS como prática cotidiana baseada em evidências na saúde mental brasileira, tendo como referencial a Matriz de Saúde Mental (THORNICROFT; TANSELLA, 2008).

2.6 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Como estabelecido nos objetivos, a validação dos indicadores de saúde mental, obtidos, a partir das análises anteriores, a etapa da validação de conteúdo foi realizada a partir da caracterização e modelagem do processo de atendimento ao paciente em um serviço específico, através da notação BPMN, sempre a partir dos processos estabelecidos na RAPS.

Assim, esta fase foi realizada com a criação de modelos de processos baseados em diretrizes clínicas usando Business Process Modeling Notation (BPMN) (ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS, 2013). Dessa maneira, os procedimentos nas diretrizes foram traduzidos em processos e usados para criar modelos que representam como o sistema de informação de saúde deve ser usado para gerenciar os dados de

pacientes na RAPS.

O BPMN é uma técnica utilizada para ilustrar modelos de procedimentos de forma simples e facilmente compreensível que ilustra, visualmente, a sequência de tarefas concluídas para atingir o objetivo das organizações. Cada tarefa é detalhada em uma forma retangular, começando com um verbo para se concentrar nas ações tomadas. Para alcançar tanto um quadro geral quanto uma visão detalhada dos procedimentos, um processo é dividido em sub processos. Cada etapa é então reconfigurada em um mapa de procedimentos. As regras são representadas por "gateways" (um símbolo de forma de diamante). O processo é contido por um ponto inicial e um ponto final, marcado por formas de círculo em qualquer extremidade, começo ou final. O ponto de partida indica o gatilho que desencadeia o processo e os pontos finais indicam a consecução do objetivo da organização. O BPMN é usado para avaliar se cada tarefa está ou não contribuindo para mostrar todos os procedimentos envolvidos dentro de um processo (ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS, 2013).

Um procedimento, comumente utilizado para caracterizar e reunir o máximo de informações relevantes sobre o processo, é a entrevista (ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS, 2013). Assim, a utilização dessa técnica foi feita com a ajuda de especialistas, em dois cenários de aplicação, nos níveis das redes de atenção secundária (CAPS) e terciária (Hospital Psiquiátrico) da saúde mental para fazer a modelagem dos processos.

Através destas modelagens, como veremos, pretende-se identificar onde os indicadores de saúde mental se posicionam, além de investigar como estão sendo utilizados na prática e como podem ser úteis e sugerir adaptação ou melhoria dos procedimentos.

Vale lembrar que a modelagem usando BPMN, por si só, não permite verificar a sua completude, mas permite ter uma visualização dos procedimentos como um todo e isso possibilita: a) identificar gargalos; b) uma análise sobre se cada etapa pode ser otimizada; c) uma análise dos passos e uma verificação se há passos importantes em falta; d) definir /identificar indicadores de desempenho do processo que permitam o seu monitoramento e o seu aprimoramento.

A população de referência para o Estudo Processo de atendimento do paciente no CAPS e do Processo de Internação do Paciente no Hospital Psiquiátrico engloba a RAPS do DRS XIII, a qual define os pontos de atenção para o atendimento às pessoas com transtornos mentais e comportamentais, inclusive aquelas usuárias de crack, álcool ou outras drogas (BRASIL;

2011). Assim, na RAPS tomada como referência, os pacientes são encaminhados por regulação através de todo o DRS XIII, área de abrangência de 26 municípios da região de Ribeirão Preto. Além disso, tal DRS XIII tem uma cobertura populacional de 1.452.570 habitantes, uma relação de 3,32 médicos por 1.000 habitantes, 129 psiquiatras, 10855 pacientes psiquiátricos, 198 unidades de atendimento, 252 leitos psiquiátricos e 893 profissionais de (SECRETARIA DA SAÚDE, 2021).

Método estudo CAPS - Neste estudo de caso, a caracterização do processo foi realizada a partir de entrevista semiestruturada do processo assistencial ao paciente no CAPS com especialista em gestão da saúde mental envolvida neste processo (LIMA, 2018).

A População de Estudo refere-se aos pacientes encaminhados ao atendimento no CAPS I, regulados de diferentes formas: Unidade de Emergência, Unidade de Saúde da Família, Unidades de Pronto Atendimento, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, etc.

O principal objetivo desta entrevista foi identificar as atividades, os eventos e a trajetória realizada durante o atendimento ao paciente no CAPS.

Essa entrevista seguiu um roteiro, contemplando as seguintes questões:

- . Quais atividades estão envolvidas no processo de atendimento ao paciente?
- . Quem realizou cada atividade?
- . Como cada atividade foi realizada no contexto do processo?
- . Onde cada atividade foi realizada?
- . Quando cada atividade foi realizada no contexto do processo como um todo?
- . O motivo pelo qual cada atividade foi realizada no processo em questão e
- . Como foi o uso do sistema de informação durante cada atividade?

Após esta primeira entrevista, uma representação inicial do processo foi elaborada usando a notação BPMN Bizagi Modelador. Porém, foi possível observar que as informações obtidas na primeira entrevista foram insuficientes para a modelagem adequada do processo. Isso foi seguido por uma segunda entrevista, conduzida a partir das respostas, com o especialista em gestão de saúde mental, visando detalhar especificamente a trajetória de atendimento ao paciente no CAPS e outras informações complementares.

A etapa seguinte foi realizar a validação do processo com o especialista da área, em busca de um modelo próximo da prática relatada nas entrevistas e modelado na notação. Em seguida, uma seleção dos indicadores relevantes no processo de modelagem foi selecionada e

uma análise crítica da aplicação dos indicadores do BPMN e dos resultados com a Matriz de Saúde Mental (THORNICROFT; TANSELLA, 1999).

Método Estudo Processo de Internação Hospital Psiquiátrico - Este trabalho consiste em um estudo epidemiológico descritivo, a partir de um inquérito sobre o processo de internação e um levantamento bibliográfico e documental sobre indicadores de saúde mental (DE LIMA et al., 2018a, 2021; LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

A *população de Estudo* refere-se aos pacientes internados no hospital psiquiátrico da RAPS do DRS XIII, o qual dispõe de 102 leitos para internação de pacientes em crise aguda e 60 leitos para pacientes residentes. Após a alta hospitalar, os pacientes são encaminhados para o atendimento primário, secundário, ou para o serviço de saúde mental próximo de seu domicílio. As informações do hospital de estudo, quanto à admissão, internação e alta de pacientes, são gerenciadas pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME). Durante o período deste estudo, esse hospital psiquiátrico contava com três enfermarias masculinas e duas enfermarias femininas (SECRETARIA DA SAÚDE, 2021).

O critério de inclusão desta unidade de saúde é a sua característica de referência para uma região, pois neste hospital são atendidos pacientes encaminhados de serviços especializados de saúde mental, serviços de atenção primária, hospitais gerais e outras instituições psiquiátricas de toda a área de abrangência da RAPS, do DRS XIII.

No *inquérito sobre o processo de internação*, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o coordenador da equipe médica, gerente operacional e gerente administrativo do Hospital Psiquiátrico de referência. Assim, uma primeira rodada de *entrevistas* (realizadas em setembro de 2018) foi necessária para a caracterização e modelagem do processo de internação no hospital de estudo, visando reunir o maior número possível de informações relevantes, perguntas iguais as feitas nas entrevistas aos profissionais do CAPS

Com essas informações, foi possível construir um *modelo do processo* de internação dos pacientes, representado por um diagrama que aloca indicadores para avaliação de cada parte do processo de internação. Tal diagrama foi construído utilizando a norma Business Process Model and Notation (BPMN), um *standard* de modelagem de processos de negócio baseados em notações gráficas buscando retratar os principais elementos dos fluxos e ajudam a identificar e compreender as principais atividades de um processo (ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS, 2013).

O software bpmn.io foi escolhido para a construção e manutenção do modelo do processo, por ser gratuito e de código aberto, compatível com a especificação da norma mais atual (BPMN 2.0), e por oferecer interface de comunicação com outras aplicações web (BARELKOWSKI M et al., 2016)

Realizou-se uma segunda rodada de entrevistas (em outubro de 2019) com os mesmos profissionais para validação do modelo do processo de internação, em busca de uma representação precisa da realidade do processo de internação.

De posse de um conjunto de indicadores com evidências de uso e do modelo para processo de internação, obtido por meio das entrevistas, implementou-se uma análise de tais indicadores com as informações disponíveis para o hospital de referência.

Dessa forma, utilizamos os indicadores selecionados para sugerir sua aplicação e adaptação ao contexto de Saúde Mental da RAPS do DRS XIII, com o objetivo de fornecer dados de qualidade para auxiliar a gestão e o planejamento público nessa região de saúde (SECRETARIA DA SAÚDE, 2021). Com base nos indicadores selecionados, foi realizada uma análise detalhada das informações do SISAM 13, referentes às internações que ocorreram no hospital de referência, entre os anos de 2013 e 2017, incluindo internações cujos diagnósticos estavam de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). Estas análises foram disponibilizadas em tabelas, de maneira similar aos países selecionados, mostrando o uso dos indicadores, com particular referência ao seu significado para a gestão. Não houve distinção entre indicadores gerenciais, administrativos, universais ou específicos (o tema será incluído em trabalhos futuros).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão, apresentamos os achados desta tese. Por uma questão de completude, serão apresentados de maneira agregada em cada subseção, seguindo os passos metodológicos estabelecidos, a saber: Análise Conceitual, Extração de conhecimento e Validação de Conteúdo. Com isso, apresentamos para cada resultado a discussão pertinente, devido a amplitude dos resultados, para tentar manter o foco em cada um dos objetivos, estabelecidos para esta pesquisa.

3.1 ANÁLISE CONCEITUAL

Como já havia sido estabelecido, anteriormente, para fazer a análise conceitual sobre o uso e a pertinência dos indicadores de saúde mental, visando permitir o uso no contexto brasileiro, dividimos esta seção em duas partes: a primeira refere-se aos achados de uma revisão integrativa da literatura sobre a experiência de uso de indicadores de saúde mental; a segunda parte, refere-se a uma análise detalhada de documentos normativos (nacionais e internacionais), com o intuito de que as informações obtidas, destes indicadores, possam ser extraídas e compiladas de maneira completa a partir de evidências de sua utilização na gestão da saúde mental.

3.1.1 Revisão integrativa da literatura Resultados e Discussão

Iniciamos a apresentação mostrando os resultados obtidos através de uma Revisão Integrativa, através de uma busca estruturada e com estratégias definidas, nas respectivas plataformas de banco de dados, junto com descritores controlados, descritores não controlados e palavras-chave (LIMA et al., 2021).

As buscas resultaram em 929 artigos localizados em todas as bases de dados e, após análise de duplicidade, 125 artigos foram removidos. Em seguida, utilizando os procedimentos definidos e aprimorados, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, combinados com a questão norteadora deste estudo, uma triagem inicial dos títulos e resumos dos artigos resultou na exclusão de 804 registros. Posteriormente, foi realizada a leitura de texto na íntegra dos artigos restantes com o objetivo de identificar artigos que abordassem a questão norteadora deste estudo. Como resultado dessa etapa, um total de 22 artigos foram selecionados para fazer parte da Revisão Integrativa. Os critérios de seleção aplicados nesta Revisão Integrativa foram realizados por dois pesquisadores e submetidos a um terceiro para revisão.

A fim de organizar os relatórios e apresentar os resultados sistemáticos, de acordo com a abordagem proposta, usamos os Itens de Relatório Preferido para Revisões Sistemáticas e Meta-análises (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, PRISMA). A triagem dos estudos selecionados neste estudo foi resumida no fluxograma do PRISMA de 4 etapas: identificação, triagem, elegibilidade e incluído (MOHER, 2009).

Realizamos uma breve apresentação deste processo e de suas características no fluxograma PRISMA apresentado na Figura 7a seguir.

Figura 7 - Fluxograma PRISMA 2009

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Apresentamos a análise dos 22 estudos, identificados nas bases de dados. Inicialmente, dividimos as descobertas em dois grupos principais: Países de Alta Renda (PARs) (54%) e

Países de Baixa e Média Renda (PRBMs) (46%). Além disso, os estudos foram organizados em ordem cronológica. No primeiro grupo, apresentamos estudos conduzidos para PARs, enquanto as principais características do segundo grupo são PRBMs. Em seguida, cada grupo foi classificado em subgrupos, conformes em características da população estudada, ou seja, estudos envolvendo um grupo de países, países ou regiões de países foram categorizados. A seguir, apresentamos uma análise mais detalhada dos estudos encontrados, seguindo a divisão anterior descrita, de acordo com seu nível de renda.

Considerando os estudos do grupo principal de PARs, identificamos 5 artigos relacionados ao grupo de países, os artigos pertencentes à OMS, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Escritório de Estatística das Comunidades Europeias (Eurostat) e o *Intercontinental Marketing Services* (IMS) (AMADDEO; TANSELLA, 2011; BRAMESFELD et al., 2016; CARTA et al., 2004; KINKOROVÁ; TOPOLČAN, 2012; ROTAR et al., 2016b; THOMSON, 2004a), conforme mostrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Regiões da OMS de países de alta renda

Estudo	Objetivo do Estudo	Dimensão territorial	Implementação de indicadores
Bem-estar psicossocial e cuidados psiquiátricos nas Comunidades Europeias: análise de macro indicadores (CARTA et al., 2004)	Rever macro indicadores capazes de fornecer uma descrição sintética do estado de saúde mental e da disponibilidade de cuidados psiquiátricos nos países europeus	Europa (OCDE, EUROSTAT [‡] e IMS [§])	Os autores não relatam a experiência de uso dos indicadores na gestão
Novas perspectivas do serviço de saúde (AMADDEO; TANSELLA, 2011)	O estudo busca metodologias para a utilização de indicadores de saúde, com base nas características dos usuários dos serviços de saúde.	Itália, Áustria, Estônia, Finlândia, França, Itália, Espanha, Noruega, Romênia e Reino Unido (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte)	Os autores não relatam a experiência de uso dos indicadores na gestão
Monitoramento dos cuidados de saúde mental no nível do sistema: perfis de país e UE* status de país (BRAMESFELD et al., 2016)	Para fornecer uma visão geral descritiva do status dos Programas de Monitoramento de Qualidade em países europeus	Inglaterra, Dinamarca, França, Alemanha, Itália, Holanda, Portugal e Suécia	Implementação parcial

Relatórios e uso de OCDE [†] <i>Quality Indicators for Health Care</i> nos níveis nacional e regional em 15 países (ROTAR et al., 2016)	Explorar relatórios sobre o uso de indicadores de qualidade nos países membros da OCDE	Bélgica, Canadá, República Tcheca, França, Alemanha, Irlanda, Israel, Letônia, Holanda, Noruega, Nova Zelândia, Eslováquia, Suécia, Estados Unidos e Reino Unido (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte)	Implementação parcial
UK Quality Indicator Project [®] (UK QIP) e Reino Unido (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte) setor de saúde independente: um novo desenvolvimento (THOMSON, 2004)	Descrever a implementação do Projeto de Indicadores de Qualidade do Reino Unido no setor de saúde	Reino Unido (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte)	Implementação em uso

*UE = União Europeia; [†]OCDE = Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico; [‡]EUROSTAT = Serviço de Estatística das Comunidades Europeias; [§]IMS = *Intercontinental Marketing Services*

Os estudos restantes consistem em 6 relacionados a PARs (ALA-NIKKOLA et al., 2014; GAEBEL; JANSSEN; ZIELASEK, 2009; HAN et al., 2012; HARTVEIT et al., 2017; KINKOROVÁ; TOPOLČAN, 2012; LORA, 2013; RUUD et al., 2009) e um relacionado a uma região específica de alta renda (LAURIKS et al., 2013), conforme mostrado na Tabela 4 abaixo.

Tabela 4 - Países de alta renda

Estudo	Objetivo do Estudo	Dimensão territorial	Implementação de indicadores
Visão geral do sistema de saúde na República Tcheca (KINKOROVÁ; TOPOLČAN, 2012).	Descrever o sistema de saúde mental checo através de indicadores populacionais	República Checa	Os autores não relatam a experiência de uso dos indicadores na gestão
Desenvolvimento de indicadores de saúde mental na Coreia (HAN et al., 2012)	Desenvolver formas de medir o estado de saúde mental na Coreia, analisando indicadores em outras regiões	Coreia do Sul	Indicadores foram selecionados apenas
Ligue para obter informações, ligue para qualidade em cuidados de saúde mental (LORA, 2013)	Construir um modelo para melhorar a qualidade do sistema de mediação de serviços de saúde mental em nível regional e local	Itália	Os autores não relatam a experiência de uso dos indicadores na gestão
O tamanho é importante - determinantes dos serviços de	Explorar a qualidade e a quantidade dos serviços de	Finlândia	Implementação em uso

saúde mental modernos e orientados para a comunidade (ALA-NIKKOLA et al., 2014)	saúde mental relacionados ao abuso de substâncias e avaliar a correlação entre as necessidades da população e a disponibilidade desses serviços		
Indicadores de qualidade para o processo de encaminhamento de atenção primária à saúde mental especializada: um estudo exploratório de acordo com a RAND* método de adequação (HARTVEIT et al., 2017)	Desenvolver indicadores de qualidade para detectar o impacto da qualidade das informações de encaminhamento da atenção primária para a atenção especializada em saúde mental na qualidade dos serviços de saúde mental	Noruega	Os autores não relatam a experiência de uso dos indicadores na gestão
Qualidade da saúde mental, medição de resultados e melhoria na Alemanha GAEBEL; JANSSEN; ZIELASEK, 2009	Descrever os resultados mais recentes de programas de garantia de qualidade para serviços de saúde mental na Alemanha	Alemanha	Implementação em uso
Compondo um conjunto básico de indicadores de desempenho para cuidados de saúde mental pública: Um procedimento Delphi modificado (LAURIKS et al., 2013)	Descrever o desenvolvimento de um conjunto de indicadores de desempenho que sejam viáveis, significativos e úteis para avaliar a qualidade do sistema público de saúde mental em Amsterdã	Países Baixos	Implementação piloto

*RAND = The RAND/UCLA Método de Adequação (RAM) foi desenvolvido em meados da década de 1980, como parte do Estudo de utilização de serviços de saúde da *Rand Corporation/University of California Los Angeles* (UCLA), principalmente como um instrumento para permitir a medição do uso excessivo e insuficiente de procedimentos médicos e cirúrgicos

Para o outro grupo de estudos selecionados, identificamos 7 artigos relacionados a grupos de PRBMs (COHEN et al., 2011; DIXON et al., 2006; GATER; CHEW; SAEED, 2015; HANLON et al., 2018; JACOB et al., 2007; JORDANS et al., 2016; LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP, 2007), conforme mostrado na Tabela 5 abaixo.

Tabela 5 - Regiões da OMS de países de baixa e média renda

Estudo	Objetivo do Estudo	Dimensão territorial	Implementação de indicadores
Financiar serviços de saúde mental em países de renda baixa e média (DIXON et al., 2006)	Avaliar o impacto dos acordos de financiamento de cuidados de saúde sobre o uso eficiente e equitativo dos serviços de saúde mental.	Azerbaijão, Bulgária, Geórgia, Lituânia, Quirguistão, Paquistão, Nepal, Tailândia, Malásia, Chile, Quênia, Zâmbia.	Os autores não relatam a experiência de uso dos indicadores na gestão
Amplie os serviços para transtornos mentais: um apelo à ação (LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP, 2007)	Melhorar os serviços de saúde mental através da busca de financiamento e acompanhar essa melhoria por meio de indicadores	Chile, Albânia, Etiópia, Tailândia, China (província de Human), Irã, Nepal, Marrocos, Nigéria, Ucrânia, Vietnã, Paraguai	Implementação parcial
Sistemas de saúde mental nos países: onde estamos agora? (JACOB et al., 2007)	Analisar maneiras de melhorar os sistemas de saúde em países de baixa e média renda	Brasil, Índia e África do Sul	Implementação parcial
Três modelos de serviços comunitários de saúde mental em países de baixa renda (COHEN et al., 2011)	Comparar três modelos de serviços comunitários de saúde mental em ambientes de baixa renda	Nigéria, Filipinas e Índia	Os autores não relatam a experiência de uso dos indicadores na gestão
Análise situacional: revisão regional preliminar do Atlas de Saúde Mental 2014 (GATER; CHEW; SAEED, 2015)	Para consolidar os dados fornecidos para o questionário Atlas 2014 pelos Estados-Membros da região do Mediterrâneo Oriental	22 Estados-Membros da Região do Mediterrâneo Oriental	Implementação parcial
Indicadores para monitoramento de rotina de cobertura de saúde mental eficaz em ambientes de Países de Renda Baixa e Média (PRBM): um estudo Delphi (JORDANS et al., 2016)	Identificar indicadores para a medição da cobertura efetiva do tratamento em saúde mental através de um Estudo Delphi	Etiópia, Índia, Nepal, Nigéria, África do Sul e Uganda	Os autores não relatam a experiência de uso dos indicadores na gestão
Avaliação da capacitação para o fortalecimento do sistema de saúde mental em países de baixa e média renda para usuários e cuidadores, planejadores de serviços e pesquisadores (HANLON et al., 2018)	Para avaliar o impacto da formação de recursos humanos em países de baixa e média renda	Etiópia, Índia, Nepal, Nigéria, África do Sul e Uganda	Os autores não relatam a experiência de uso dos indicadores na gestão

Também identificamos um estudo que descreve PRBMs individualmente (LUND et al., 2010), enquanto os outros dois se referem a regiões específicas de PRBMs (AHUJA et al., 2018; HERNÁNDEZ F., 2003). Conforme mostrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Países de baixa e média renda

Estudo	Objetivo do Estudo	Dimensão territorial	Implementação de indicadores
Sistemas de saúde mental do setor público na África do Sul: Comparações interprovinciais e implicações de política (LUND et al., 2010)	Para documentar os níveis atuais de prestação de serviços de saúde mental de saúde pública na África do Sul e comparar os serviços entre as províncias	África do Sul	Implementação em uso
Avaliação dos resultados e impacto da primeira fase de um modelo comunitário de saúde mental em localidades de Bogotá, D.C. (HERNÁNDEZ F., 2003)	Avaliar o impacto do Modelo de Saúde Mental de Base Comunitária através de indicadores	Colômbia	Implementação em uso
Desenvolvimento de indicadores de saúde mental a nível distrital em Madhya Pradesh, Índia: estudo de métodos mistos (AHUJA et al., 2018)	Desenvolver um conjunto básico de indicadores para monitorar a saúde mental em ambientes de atenção primária através de um estudo de métodos mistos	Índia	Implementação em discussão

De acordo com o assunto apresentado, identificamos que 5 estudos relataram efetivamente a experiência do uso de Indicadores de Saúde Mental e 3 deles descreveram ambientes de alta renda (ALA-NIKKOLA et al., 2014; GAEBEL; JANSSEN; ZIELASEK, 2009; HERNÁNDEZ F., 2003; LUND et al., 2010; THOMSON, 2004b). Outros 5 estudos relataram implementação parcial de Indicadores de Saúde Mental (BRAMESFELD et al., 2016; GATER; CHEW; SAEED, 2015; LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP, 2007; ROTAR et al., 2016a). Outros 9 documentos não relataram o uso ou implementação de indicadores desenvolvidos (AMADDEO; TANSELLA, 2011; CARTA et al., 2004; COHEN et al., 2011; DIXON et al., 2006; HANLON et al., 2018; HARTVEIT et al., 2017; JORDANS et al., 2016; KINKOROVÁ; TOPOLČAN, 2012; LORA, 2013). Outro estudo apresentou apenas o processo de seleção de indicadores (HAN et al., 2012). Os dois últimos estudos foram sobre um piloto de implementação de Indicadores de Saúde Mental (LAURIKS et al., 2013) e uma discussão de Indicadores de Saúde Mental para implementação (AHUJA et al., 2018).

Estudos relacionados aos PARs. Um estudo realizado de 1980 a 2000 em um grupo de 16 países pertencentes à OMS, OCDE, EUROSTAT e o IMS mostraram a utilização de indicadores macro. No entanto, mostrou que os recursos oficiais para os países europeus indicam falta de informação institucional eficiente e a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental nos países europeus (CARTA et al., 2004).

Outro estudo apontou o perfil de 8 países da Europa, que possuem programas de monitoramento da qualidade da atenção à saúde mental implementados em seu sistema. Além disso, Itália e Alemanha estão em processo de desenvolvimento e implementação de tais programas, enquanto em Portugal um Programa de Monitoramento da Qualidade em Cuidados de Saúde Mental (*Quality Monitoring Program in Mental Health Care*, QMP-MHC) começou a ser implementado em 2016 (BRAMESFELD et al., 2016). Atualmente, em Portugal, implementam-se apenas indicadores gerais para monitoramento da utilização em cuidados de saúde. Todos os países, exceto Holanda e França, usam dados administrativos como a principal fonte de indicadores. Isso mostra a relevância de bancos de dados confiáveis disponíveis, como aqueles fornecidos por dados de sinistros ou registros de uso de cuidados de saúde, para facilitar a implementação de garantia de qualidade, baseada em indicadores. Os indicadores construídos a partir de dados administrativos têm maior probabilidade de medir o que é mais fácil de medir, em vez do que é relevante. Dinamarca, Inglaterra, Alemanha, Holanda e Portugal também usam dados clínicos relatados, enquanto a Holanda usa apenas dados clínicos ou de pacientes. As evidências mostram que os melhores resultados em sistemas de monitoramento de qualidade são obtidos se forem utilizadas metodologias de monitoramento e *feedback* (BRAMESFELD et al., 2016).

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) conduziu um estudo entre junho e dezembro de 2014, entre seus 37 países membros (ROTAR et al., 2016). O objetivo deste estudo específico foi explorar o relato e o uso de Indicadores de Qualidade de Assistência à Saúde, Health Care Quality Indicators (HCQI) da OCDE em seus estados-membros. Os relatórios desses países concentraram-se mais frequentemente em doenças específicas e sistemas/indicadores de atenção no setor. Os únicos indicadores específicos para o cuidado de transtornos mentais no estudo foram readmissões hospitalares não planejadas por transtornos mentais, reinternações por esquizofrenia não planejadas (saúde mental hospital ou diferente), reinternações por transtorno bipolar não planejado (saúde mental hospital ou diferente) e excesso de mortalidade devido a transtornos mentais (esquizofrenia/transtornos

bipolares). Nenhum dos relatórios dos países continha respostas para todos os quatro indicadores propostos pelo estudo e, apenas a Bélgica e o Canadá se referiam ao tratamento de transtornos mentais. A atenção à saúde mental e a atenção ao paciente com indicadores de atenção ambulatorial foram relatados com menor presença. O indicador menos mencionado foi "excesso de mortalidade devido a transtornos mentais" (ROTAR et al., 2016).

Em um estudo mais específico para PARs, a experiência italiana, no uso de indicadores clínicos, é desigual, embora a reforma psiquiátrica da Itália em 1978 e a legislação recente tenham delegado a responsabilidade pelo planejamento, coordenação e prestação de cuidados de saúde mental às regiões (LORA, 2013). Após 30 anos de reforma psiquiátrica, as desigualdades ainda persistem, em termos de recursos e prestação de serviços e tecnologia da informação e uso de sistemas de informação. Ainda assim, nos PARs, a Holanda buscou desenvolver indicadores de desempenho, visando a melhoria do sistema de saúde mental. No entanto, os resultados deste estudo concentraram-se em uma implementação piloto de Indicadores de Saúde Mental (LAURIKS et al., 2013). Na Noruega, um estudo publicado em 2004 teve como objetivo desenvolver um conjunto de indicadores de qualidade para detectar o impacto na qualidade dos serviços de saúde mental. Os participantes dos grupos focais enfatizam que o contexto local pode ter implicações para a interpretação dos dados do indicador e apontam as dificuldades em alcançar o numerador e denominador e na definição dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde mental. Assim, o estudo não informou sobre a implementação e uso dos indicadores de qualidade selecionados (HARTVEIT et al., 2017).

Estudos relacionados a PRBMs. O primeiro estudo neste grupo mostrou que mais de 85% da população mundial vive em 153 PRBMs, dos quais 20-30% não têm políticas, programas e legislação de saúde mental. Dentro das regiões da OMS, 80% dos 191 países tinham uma política ou programa de saúde mental e 70% tinham legislação de saúde mental. A análise entre regiões mostra diferenças importantes, por exemplo, 92% dos países pertencentes à região europeia possuem uma política, programa e/ou legislação de saúde mental. No entanto, apenas 55% dos países da Região do Mediterrâneo Oriental (RMO) têm uma política, programa e/ou legislação de saúde mental (JACOB et al., 2007).

O grupo de países RMO tem 11 países PRBM que não têm uma política, programa e/ou legislação de saúde mental. Nas regiões da África e Sudeste Asiático, um total de 70% e 50% de seus países, respectivamente, gastam menos de 1% de seu orçamento de saúde em cuidados de saúde mental. Enquanto 60% dos países europeus gastam mais de 5% de seu orçamento de

saúde em cuidados de saúde mental, apenas três países africanos relataram gastar mais de 5% de seus recursos financeiros de saúde mental (JACOB et al, 2007).

Outro achado deste estudo é que a lacuna de tratamento para pessoas com problemas de saúde mental em PRBMs é marcada pelo número de pessoas que precisam de cuidados e daqueles que recebem esses cuidados. Além disso, um estudo recente teve como objetivo melhorar os resultados de saúde mental em ambientes de seis PRBMs - Etiópia, Índia, Nepal, Nigéria, África do Sul e Uganda - em que buscam evidências e capacidade para melhorar o sistema de saúde, incluindo o desenvolvimento, uso e monitoramento de indicadores (JORDANS et al, 2016).

Por um estudo de 10 anos, estimou-se que um investimento adicional de até US\$ 20 por pessoa/ano seria necessário para países de baixa renda e de até US\$ 30 para países de renda média, o que resultaria em uma meta de despesa de US\$ 2 e US\$ 3-4 por pessoa, respectivamente. Em comparação com outros investimentos, por exemplo, os custos totais estimados para aumentar o pacote de cuidados de saúde neonatal para 90% de cobertura foram estimados em US\$ 5-10 *per capita*. Enquanto isso, o custo da provisão universal de acesso aos serviços básicos de saúde foi estimado em mais de US\$ 30 por pessoa/ano (LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP, 2007).

Outro estudo mostrou que 22 Estados-Membros no RMO têm políticas independentes de saúde mental que foram atualizadas nos últimos 10 anos. A legislação de políticas de saúde mental precisa ser revista por instrumentos internacionais de direitos humanos, além de indicar que estão parcialmente implementadas (GATER; CHEW; SAEED, 2015). Os países da região têm o governo como principal fonte de financiamento (77%). No entanto, nos demais países, a principal fonte de financiamento pode ser famílias (2 países), organizações não governamentais (1 país) ou desconhecida (2 países não reportaram) (GATER; CHEW; SAEED, 2015).

Discussão

A título de discussão desta subseção destacamos um fato recorrente nos achados, o de que em todos os estudos selecionados, os autores apontam para a relevância do uso de Indicadores de saúde mental.

Desta forma, de acordo com as diretrizes da OMS em seu Plano de Ação, vários países tentaram definir um conjunto apropriado de indicadores na prática dos serviços de saúde mental (GATER; CHEW; SAEED, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

No entanto, os resultados mostrados por Indicadores de saúde mental têm usos diferentes para melhoria de gestão, política e serviço (HAN et al., 2012; ROTAR et al., 2016a).

Além disso, alguns países estão envolvidos no processo de discussão e na coleta dos indicadores necessários (BRAMESFEL et al., 2016; JACOB et al., 2007). No entanto, algumas iniciativas para a implementação de Indicadores de saúde mental encontram-se em processo de implementação parcial ou em implementação de projetos-piloto, sugerindo que a eficácia destes indicadores ainda é desconhecida (LORA, 2013).

Nos países PRBMs, os estudos de pesquisa sobre indicadores de saúde mental foram realizados com muitas dificuldades devido a: falta de serviços básicos de saúde mental; recursos financeiros; legislação e interesse político; diretrizes de gestão de saúde mental; e sistemas de integração de dados saúde mental (JORDANS et al., 2016; MENDES; ROCHA, 2016).

Na última década, a saúde mental global emergiu como uma importante área de expressão e pesquisa com a necessidade de desenvolvimento de serviços de saúde mental em países de renda média. No entanto, ao comparar os recursos financeiros de saúde empregados em saúde mental, é um erro acreditar que melhores cuidados de saúde mental são necessários apenas em países mais pobres. O entendimento geral da saúde deve ser sobre como melhorar a saúde mental em todos os lugares, incluindo os PARs. Embora esses países tenham sistemas planejados pelo Estado, eles criam serviços de saúde mental ineficientes e tomam decisões que não envolvem adequadamente aqueles que usam os serviços, tornando-os inacessíveis e indiferentes (SASHIDHARAN et al., 2016).

Os indicadores de qualidade de resultado são usados apenas ocasionalmente para analisar os serviços de saúde mental, porque a maioria das jurisdições não tem sistemas de dados clínicos para incorporar indicadores de forma significativa entre os provedores de saúde mental. No entanto, a eficácia dos serviços de saúde permanece desconhecida (PERLMAN et al., 2013).

Um projeto na França usou a experiência por paciente usuários dos serviços para medir a qualidade do atendimento de saúde mental admissível para pacientes adultos com distúrbios de saúde mental. Essas medidas convergiram para a disponibilidade, diversidade e capacidade dos recursos de atenção à saúde mental, mas não incluem “o que é importante para os pacientes”. Outras iniciativas têm sido sugeridas para representar as opiniões dos pacientes, como o sistema de informações de resultados do paciente. Este trabalho tem sido de grande interesse na França, onde têm relatado disparidades regionais significativas no sistema de saúde mental, sem mudanças significativas, nas últimas décadas (FERNANDES et al., 2019).

O processo de implementação de indicadores de saúde mental é uma tarefa difícil mesmo para os países europeus. Portugal pode ser utilizado como exemplo, tendo o seu Plano Nacional de Saúde a ser executado, ao longo do período 2017-2020; no entanto, os indicadores de saúde mental não foram implementados usando as propostas feitas pelo Grupo de Trabalho. No entanto, essas medidas propostas não apresentam uma estratégia integrada de promoção e prevenção da saúde mental. De acordo com o relatório, essas mudanças só serão possíveis se forem desenvolvidas no âmbito de equipes de coordenação com capacidade de atuação no nível intersectorial (XAVIER et al., 2017).

Além disso, esta é uma preocupação particular nos PRBMs, onde ocorrem mais de 70% das doenças mentais. O acesso deficiente aos serviços de saúde mental foi destacado, variando de menos de 50% a menos de 10% em muitos países. Nos PRBMs, a diferença entre aqueles que precisam de tratamento e a disponibilidade de recursos é de quase 90% (ALLOH et al., 2018).

Um estudo realizado por Jacob, 2007 mostrou a tentativa de analisar maneiras de melhorar os sistemas de saúde em países de baixa e média renda como é o caso do Brasil, Índia e África do Sul. O estudo aponta que os recursos financeiros destinados são muito escassos e que possuem recursos humanos e infraestrutura inadequados para a saúde mental. No estudo, a Índia relatou que o programa nacional foi implementado apenas em pequenos bolsões (localidades), após duas décadas de sua aceitação, devido à falta de dotação orçamentária para uso nacional. No caso da África do Sul, o estudo sugeriu que a política e legislação de saúde mental não se traduzem automaticamente em serviços de saúde mental adequados se não forem claramente definidos por um programa nacional abrangente (JORDANS et al., 2007).

No Brasil, avanços importantes ocorreram na década de 1980, como mudanças na política e fortalecimento da força de trabalho. Isso resultou em uma grande reforma do sistema

de saúde mental: mudanças na assistência com a criação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); serviços especializados de saúde mental para fornecer atendimento ambulatorial (DANTAS; ODA, 2014; HARTVEIT et al., 2017). No entanto, até recentemente, o único indicador específico para avaliação de serviços especializados de saúde mental utilizado no Brasil era o número de CAPS, enquanto outros indicadores para aspectos de saúde mental da atenção básica também eram computados pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (MENDES; ROCHA, 2016).

Atualmente, o Brasil vem utilizando um indicador definido através do Pacto Inter federativo 2017-2021, que se refere a um conjunto de matrizes sistemáticas de ações realizadas pelos CAPS em parceria com as equipes de atenção básica (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO, 2017). As reformas políticas no país e o compromisso dos profissionais de saúde com o atendimento no sistema de atenção primária à saúde foram os principais facilitadores para seu sucesso. No entanto, muitos obstáculos precisam ser superados, preocupações como distribuição e cobertura desigual de serviços comunitários em todas as regiões, bem como o fracasso do governo em aumentar os recursos para os cuidados de saúde mental continuam a ser grandes desafios.

O efeito das mudanças na política de atendimento de saúde mental em todo o Brasil precisa ser avaliado regularmente para melhorar e ajustar o sistema (DANTAS; ODA, 2014; MENDES; ROCHA, 2016). Portanto, os indicadores brasileiros existentes em saúde mental não podem sustentar avaliações consistentes do modelo adotado nos últimos anos e é necessário criar indicadores que contemplem todos os aspectos da população em saúde mental.

Alguns obstáculos apontados na literatura quanto ao uso de indicadores e dificuldades em sua implementação, profissionais e gestores veem esses indicadores como ameaças, por sua falta de confiabilidade, e como ferramentas para penalizar o mau desempenho, incluindo medo de penalidades financeiras locais e o integrativo do controle profissional. Outras questões indicam alguma desconfiança na utilização de avaliadores associados ao governo, falta de diagnósticos definidos em gráficos e dificuldades para definir limites de intervenção. Questões financeiras importantes surgem quando se discute o uso de indicadores como falta de equipamentos e acesso à internet. A geração de indicadores é uma tarefa cara que requer trabalho intensivo e equipe externa, o que inclui a necessidade de treinamento em informática e aumento da carga de trabalho, bem como rotinas e protocolos predefinidos.

Alguns outros problemas possíveis são os seguintes: serviços de informação podem não estar registrados nos registros médicos ou são difíceis de encontrar; falta de clareza e acordo sobre a entrada de dados; falta de tempo para profissionais de planejamento; e falta de abordagem da equipe para se ajustar às mudanças de uso de indicadores (ADDINGTON et al., 2010).

Para que a saúde mental encontre indicadores fortes e amplamente aceitos de saúde e doença mental, deve haver uma melhoria na qualidade do atendimento e na atenção nos serviços de saúde.

Nossos resultados reforçam a importância dos indicadores em todas as fases do processo saúde-doença mental e, portanto, para toda a rede de serviços de saúde.

Com esses resultados, parece importante que serviços especializados de prevenção psiquiátrica implementem programas de promoção da saúde, voltados especificamente para pacientes psiquiátricos (AMADDEO; TANSELLA, 2011; MAI et al., 2011).

Um ponto forte da revisão, aqui apresentada, é que ela mostra que, ao extrair conhecimento sobre a utilização de um conjunto de Indicadores de saúde mental, é possível compreender a fase que se encontra a implantação dos indicadores, em diferentes regiões do mundo e compará-los entre si. Observou-se também que as iniciativas de criação e implementação e análise de indicadores de saúde mental de vários países estavam em fase de implementação ou desenvolvimento e isso reflete a falta de maturidade e consistência na aplicação de indicadores de saúde mental na maioria dos países. Com base nos ISM avaliados neste estudo, observamos que não há consenso quanto ao seu uso para o manejo de saúde mental. Além disso, confirmam-se as constatações anteriores de que não há consenso sobre a definição, método de cálculo e nível de gestão dos indicadores que são utilizados ou sendo propostos. Esta pesquisa de levantamento de indicadores de saúde mental em outros países, através da prática baseada em evidências aqui apresentadas é pioneiro devido à ausência de publicações e informações disponíveis, inclusive nas bases internacionais e principalmente nas bases de dados brasileiras.

3.1.2 Análise de documentos normativos

Seguindo os critérios estabelecidos, foram selecionados inicialmente os documentos produzidos pela OMS, bem como os indicadores propostos pela Organização Mundial de Saúde

para os países Europeus em conjunção com os propostos pela Comissão Europeia. Uma busca similar foi feita para a região da América Latina e Caribe (OMS e etc) (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007, 2009, 2013a, 2014).

Ainda na análise documental, levou-se em consideração países que mantêm sistemas de saúde semelhantes ao brasileiro e que também tenham uma estrutura de gestão em rede de saúde mental, a saber: Canadá, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Portugal, Espanha e Chile.

Como bem estabelecido na seção métodos, outro critério fundamental foi a possibilidade de ter acesso à prática da utilização de indicadores de saúde mental em bancos de dados, relatórios ou documentos normativos, com a evolução temporal do indicador, seus resultados para a gestão de saúde mental e o impacto do indicador na saúde dos usuários (ou seja, com evidências sobre a pertinência e de uso dos indicadores). Vale lembrar que uma restrição adicional era que os documentos estivessem nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Em decorrência desta análise, apresentamos na Tabela 7, os documentos consultados.

Tabela 7 - Documentos Normativos consultados sobre o uso de indicadores de saúde mental

Países e Regiões	Fonte de coleta de informações
OMS (Geral)	1. Atlas de Saúde Mental: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1 2. Plano de Ação de Saúde Mental 2013 – 2020: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1 3. Sistemas de saúde mental em países de baixa e média renda: uma análise transnacional WHO-AIMS http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44151/1/9789241547741_eng.pdf
Europa	1. Conjunto de Dados Mínimos dos Indicadores Europeus de Saúde Mental (comissão Europeia) https://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_annexe2_09_en.pdf 2. Plano de Ação de Saúde Mental 2013 – 2020 para a Europa: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf

América Latina	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atlas de Saúde Mental para as Américas http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28451/9789275119006_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y 2. Marco de Referência para a Implementação da Estratégia Regional em Saúde Mental http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2790/Marco%20de%20Referencia%20para%20la%20Implementacion%20de%20la%20Estrategia%20en%20Salud%20Mental.pdf?sequence=5&isAllowed=y 3. Relatório de Saúde Mental WHO-AIMS – América e Caribe http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21325&Itemid=&lang=en
Canadá	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicadores de saúde Mental Canada (Manual) https://www.mentalhealthcommission.ca/English/focus-areas/mental-health-indicators-canada
Reino Unido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Portal Digital de Indicadores do NHS https://indicators.hscic.gov.uk/webview/
Austrália	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviços de Saúde Mental na Austrália https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/mental-health-indicators/key-performance-indicators-for-australian-public-m 2. Performance de Indicadores Chave para Serviços de Saúde Mental Australiano https://www.aihw.gov.au/getmedia/f9bb1a07-a43b-458a-9b73-64ef19d8aedd/Key-Performance-Indicators-for-Australian-Public-Mental-Health-Services-Third-Edition.pdf.aspx
Nova Zelândia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicadores de Saúde para Neozelandeses com Desabilidade Intelectual https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-indicators-nzders-intellectual-disability.pdf
Portugal	<ol style="list-style-type: none"> 1. PORTUGAL Saúde Mental em números – 2014. https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx 2. Programa Nacional de Saúde Mental 2017 https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/
Espanha	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estratégia de Saúde Mental do Sistema Nacional de Saúde https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf 2. Indicadores para a avaliação de sistemas de saúde mental na Espanha. https://www.researchgate.net/publication/229458166_Indicadores_para_la_evaluacion_de_sistemas_de_salud_mental_en_Espana
Chile	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório de Saúde Mental WHO-AIMS – Chile http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/wp-content/uploads/2014/08/WHO-AIMS-II-RESUMEN-EJECUTIVO-INGLES..pdf
Brasil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório de Saúde Mental WHO-AIMS – Brasil http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf 2. Rede Interagencial de Informação para a Saúde- RIPSa. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/

3. Indicadores de Saúde SUS

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>

4. Nota Técnica dos Indicadores Regionais, Estaduais e Nacionais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2015/Nota_Tecnica_Indicadores_Regionais.pdf

5. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Relatório de Avaliação de Programa - Ações de Atenção à Saúde Mental – 2005

<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327142D344A>

6. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Relatório de Avaliação de Programa - Ações de Atenção à Saúde Mental – 2010.

<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327959F65F6>

7. Portaria PMAQ

http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf

Diante do exposto, é importante destacar a exclusão (não estão na tabela) de países classificados como os melhores sistemas de saúde do planeta, tais como França, Itália, Alemanha e outros, porque suas estruturas não se assemelham ao sistema brasileiro, especialmente relacionado a gratuidade integral, a universalidade e equidade dos sistemas (MARQUES; PIOLA; CARRILLO ROA, 2016).

A consulta dos documentos normativos foi feita através da análise detalhada de páginas institucionais, relatórios de uso e métodos de cálculo dos indicadores, planilhas e resultados por parte de cada país selecionado, da efetividade do uso dos indicadores de saúde mental. Assim segue uma análise detalhada dos documentos, explicitados na Tabela 7.

OMS (Geral)

No ano de 2013 a série de Atlas de Saúde Mental havia se estabelecido como o mais abrangente e mais importante documento utilizado como fonte de informação global sobre a situação da saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Assim, no ano de 2014 uma nova edição assume relevância como repositório de saúde mental, com informações aos Estados membros da OMS porque forneceu dados de bases no sentido de alcançar o progresso em direção aos objetivos e metas proposto no Plano de Ação para saúde mental integral 2013-2020, (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a) após análise extraímos os 4 objetivos primordiais:

1) Fortalecer a liderança e governança eficazes para saúde mental. Este objetivo tem como meta planejar, organizar e financiar os sistemas de saúde. Trata-se de um empreendimento complexo envolvendo múltiplas partes interessadas e diferentes níveis

administrativos. Como o guardião final da saúde mental de uma população, os governos têm a responsabilidade principal de estabelecer arranjos institucionais, legais, financeiros e de serviços adequados para garantir que as necessidades sejam atendidas e a saúde mental de toda a população seja promovida.

2) Fornecer abrangentes, integrados e responsivos serviços de saúde mental e assistência social em ambientes comunitários. Desta forma, promover melhoria do acesso aos cuidados e da qualidade dos serviços. A OMS recomenda o desenvolvimento de serviços de saúde mental e assistência social abrangentes com base na comunidade; a integração da atenção e tratamento de saúde mental em hospitais gerais e atenção primária; continuidade da atenção entre os diferentes provedores e níveis do sistema de saúde; colaboração eficaz entre prestadores de cuidados formais e informais; e a promoção do autocuidado, por exemplo, por meio do uso de tecnologias eletrônicas e móveis de saúde.

3) Implementar estratégias de promoção e prevenção na saúde mental. Com isso ressalta-se o contexto dos esforços nacionais para desenvolver e implementar políticas e programas de saúde, sendo vital atender não apenas às necessidades das pessoas com transtornos mentais definidos, mas também proteger e promover o bem-estar mental de todos os cidadãos.

4) Fortalecer os sistemas de informação, evidências e pesquisa para saúde mental são ingredientes essenciais para políticas, planejamento e avaliação de saúde mental apropriados. A geração de novos conhecimentos por meio da pesquisa permite que as políticas e ações sejam baseadas em evidências e melhores práticas, e a disponibilidade de informações oportunas e relevantes ou estruturas de vigilância permitem que as ações implementadas sejam monitoradas e as melhorias na prestação de serviços sejam detectadas.

Ao estabelecer estes objetivos, a OMS esperava que os estados membros buscassem cumprir um conjunto de metas estabelecidas e apresentadas para o período. Informações iniciais, mostradas no plano de ação, destacaram que 171 dos 194 Estados membros da OMS (88%) responderam as questões do questionário Atlas de Saúde mental pelo menos parcialmente; a taxa de submissão excedeu 80% em todas as Regiões da OMS. Em vista disso, 60% dos Estados-Membros foram capazes de apresentar um relatório com um conjunto de cinco indicadores principais buscando cobrir política de saúde e legislação, promoção e prevenção de programas, disponibilidade de serviço e saúde mental para os trabalhadores. Com isso, 33%

dos Estados-Membros compilam regularmente dados de atividades de serviços de saúde cobrindo pelo menos o setor público (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

Entretanto, anterior ao plano de Ação, a OMS apresentou uma proposta para os países de baixa e média renda *Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis WHO-AIMS, (tradução nossa), para o português-Sistemas de saúde mental selecionados em países de baixa e média renda: uma análise transnacional WHO-AIMS)* com colaboradores em 42 países / territórios que participaram da coleta de dados e preparação dos relatórios de país de 6 regiões: Região Africana da OMS, Região da OMS das Américas, Região da OMS do Sudeste Asiático, OMS Região Europeia, Região do Mediterrâneo Oriental da OMS, Região da OMS do Pacífico Oeste (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Com este instrumento, a OMS buscou uma ferramenta que permitisse os LAMICs avaliar os principais componentes de seus sistemas de saúde mental e gerar informações essenciais que permitam ser usadas para fortalecer a saúde / política mental e prestação de serviços. O documento solicitou aos países observar indicadores por meio de 28 facetas, contendo 155 itens e 10 domínios: (1) estrutura política e legislativa, (2) serviços de saúde mental, (3) saúde mental na atenção primária, (4) recursos humanos, (5) informação pública e ligações com outros setores e (8) monitoramento e pesquisa. Esses domínios atenderam às 10 recomendações do relatório mundial da saúde de 2001. O documento apresentado teve como resultado ações que foram usadas para revisar políticas de saúde mental, com o propósito de novos planejamentos, promover políticas de saúde mental nos países participantes e a publicação de um artigo científico no qual a OMS usou os dados para melhorar o monitoramento de informações de saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Europa

Seguindo a análise dos documentos com normas para grupos de países, destacamos a publicação realizada no ano de 2000 para a Europa com uma proposta de um *Conjunto de Dados Mínimos* para definir os indicadores de saúde mental. A lista proposta de indicadores de saúde mental compreendeu um conjunto de 36 indicadores individuais, alguns dos quais são medidos em diferentes itens (EUROPEAN COMMISSION, 2000).

Ainda em 2014 a OMS lançou o *Plano de Ação para a Europa* com propostas estabelecidas em sete objetivos, quatro centrais e três transversais.

- Objetivo 1. Todos têm oportunidades iguais de alcançar o bem-estar mental ao longo de sua vida, especialmente aqueles que são mais vulneráveis ou em risco.
- Objetivo 2. Pessoas com problemas de saúde mental são cidadãos cujos direitos humanos devem ser plenamente valorizados, respeitados e promovidos.
- Objetivo 3. Os serviços de saúde mental devem ser acessíveis, competentes e baratos, disponíveis na comunidade, de acordo com a necessidade.
- Objetivo 4. As pessoas têm direito a um tratamento respeitoso, seguro e eficaz.
- Objetivo 5. Os sistemas de saúde devem fornecer bons cuidados de saúde física e mental para todos.
- Objetivo 6: Os sistemas de saúde mental necessitam funcionar em parceria bem coordenada com outros setores.
- Objetivo 7. A governança e a prestação de saúde mental são impulsionadas por boas informações e conhecimentos.

América Latina

Em dezembro de 2015, a OMS publicou através da Organização Pan-americano de saúde o *Atlas de Saúde Mental para as Américas*. Este documento teve como objetivo que os 32 países e territórios das Américas respondessem pelo menos parcialmente o questionário do Atlas de Saúde Mental e 42% dos países e territórios compilassem regularmente dados de atividade de serviço de saúde mental, cobrindo pelo menos o setor público. De acordo com as propostas dos documentos constava a necessidade de 81% dos países e territórios dispor de um sistema autônomo de política ou plano para saúde mental; 52% ter uma lei autônoma para saúde mental; 50% dos países e territórios ter uma política autônoma que fosse atualizada nos últimos 10 anos, 34% dos países e territórios dispor de legislação autônoma que deveria estar parcial ou totalmente implementada e estar em conformidade satisfatória com os padrões de direitos humanos (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Em relação às perspectivas do *Plano de Ação para as Américas* o entendimento é que após a coleta inicial de dados realizada em 2014, outra pesquisa deveria ser enviada aos países a cada dois anos para medir o progresso no cumprimento dos objetivos do plano de ação (até 2020). Recolha sistemática e relatórios de saúde mental, ainda, se espera que os indicadores levem a um aumento das taxas gerais de conclusão, fornecendo informações significativas sobre o estado atual da saúde mental dos serviços nas Américas, e permitindo o monitoramento de

processos de desenvolvimento em curso e mudanças ((PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Anterior ao plano de Ação mencionado no parágrafo acima o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS) aprovou a Resolução CD49.17 de 2 de outubro de 2009, por meio da qual instou aos Estados Membros “para incluir a saúde mental como uma prioridade dentro das políticas saúde nacional, por meio da implementação de planos de saúde mental que estejam de acordo com os vários problemas e prioridades dos países ...”, e “continuar trabalhando para fortalecer os marcos jurídicos dos países com vistas à proteção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e alcançar a aplicação efetiva das leis (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011).

Paralelamente ao plano de Ação da OMS de 2013 foi lançado um Instrumento de Avaliação da Organização Mundial da Saúde para Sistemas de Saúde Mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b), desenvolvido para os países das Américas e Caribe, especialmente aqueles de baixa e média renda, visando realizar exercícios de monitoramento e avaliação de seus sistemas de saúde mental com seis domínios: Política e Estrutura Legislativa, Serviços de Saúde Mental, Saúde Mental na Atenção Básica, Recursos Humanos em Saúde Mental, Educação Pública e Links com Outros Setores, Monitoramento e Pesquisa. Estes domínios foram divididos em 28 subseções e de acordo com os autores deste relatório contava um conjunto de 155 indicadores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b). De forma geral, foi possível afirmar que o nível de desenvolvimento das seis grandes áreas investigadas nos respectivos domínios demonstrou avanços importantes, mas ao mesmo tempo existiam deficiências evidentes e necessidades que ainda não tinham sido atendidas nos sistemas existentes. Com relação à situação financeira, 73% dos países destinavam de 1% a 5% do orçamento da saúde para a saúde mental. Além disso, dos 27 países com hospitais psiquiátricos, 20 alocam mais de 50% do orçamento da saúde mental exclusivamente para essas instituições e 14 desses 20 atribuem mais de 80% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Países excluídos após análise

Da lista de países que constam na Tabela 7, alguns deles foram excluídos após uma análise detalhada deste estudo, no sentido de poderem contribuir com um conjunto de indicadores para serem incorporados neste estudo. Destacamos a seguir os principais motivos para a retirada desses países após a análise dos documentos normativos.

A Nova Zelândia apresenta um importante conjunto de indicadores de saúde analisados em Indicadores de Saúde para Neozelandeses com Desabilidade Intelectuais; 2011). No entanto, apenas foram encontrados indicadores relacionados a desabilidades intelectuais (MASKILL; NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH., 2011).

Portugal não dispõe de um conjunto de indicadores para a gestão de saúde mental (XAVIER et al., 2017). Ao invés disso, o Programa Nacional para saúde mental daquele país propõe um conjunto de medidas para a saúde mental:

- A). Promover e dinamizar a monitorização da saúde mental da população portuguesa, no que respeita aos principais indicadores de mobilidade e de utilização dos serviços;
- B). Promover a implementação de programas de promoção do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais;
- C). Incentivar a articulação dos cuidados especializados de saúde mental com os cuidados de saúde primários assim como com outros sectores considerados relevantes para a implementação do Plano Nacional da Saúde Mental;
- D). Desenvolver a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de acordo com a Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde, na área da RNCCI;
- E). Dinamizar a participação dos usuários e dos cuidadores na reabilitação e integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves (XAVIER et al., 2017).

No caso da Espanha, o Sistema Nacional de Saúde, tanto em sua estrutura e os seus serviços públicos, fazem parte de um sistema coordenado, onde o financiamento é misto, por meio de recursos do Estado, das Comunidades Autônomas, das corporações locais e do Sistema de Seguridade Social. A principal característica é a universalização da atenção: todos os cidadãos e estrangeiros legalmente residentes na Espanha têm o direito à proteção da saúde e à assistência com cobertura total da população, independentemente de sua situação econômica e da contribuição para a seguridade social. Assistência farmacêutica – cobertura apenas quando a prescrição é feita pelos médicos do Sistema, sendo gratuita para pensionistas e seus beneficiários, portadores de deficiência, acidentados do trabalho, internados no Sistema e soropositivos. Os demais arcam com 40% do custo do medicamento, com exceção dos doentes crônicos (SALVADOR-CARULLA et al., 2010).

No relatório “*Indicadores para la evolución de sistema de salud mental em España*” realizado em 2010 os pesquisadores buscaram, através do Estudo Delphi, chegar ao consenso

de um conjunto de indicadores de saúde mental para a gestão espanhola. Foram selecionados 661 indicadores com 6 domínios. Os resultados do painel Delphi foram 190 indicadores classificados como de alta relevância, 169 - relevância moderada, 192 - relevância duvidosa e 110 - indicadores classificados com relevância nula. O estudo não relatou o seguimento realizado com o conjunto de indicadores de saúde mental, após o trabalho realizado. Desta forma, apesar do sistema de saúde espanhol ser considerado um dos melhores do planeta como os indicadores de saúde mental que são utilizados ou calculados não estavam disponíveis para acessar as informações (SALVADOR-CARULLA et al., 2010).

Chile

Seguindo esta análise, chegamos ao serviço de saúde chileno, consistindo de um sistema misto em termos de atendimento à população, seguro de saúde e administração financeira. Até 1980, era fundamentalmente público, mas a partir da reforma de saúde em 1981, foram combinados um seguro público social e solidário, que corresponde ao *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), como seguro privado, individual e competitivo, representado pelas *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRE). Ambos estão sujeitos à inspeção do Ministério da Saúde, por lei, os trabalhadores formais são obrigados a contribuir com 7% de sua receita mensal ao sistema que adotarem, seja o FONASA ou a ISAPRE. A FONASA recebe investimentos governamentais para cobrir o atendimento a indigentes e levar adiante alguns programas públicos de saúde. As ISAPREs administram as contribuições obrigatórias dos assalariados; seus membros podem contribuir com um valor adicional para melhorar a cobertura do seu Plano. FONASA => 68,3% da população ISAPREs=> 17,6% (CONTOH et al., 2019). O Chile foi excluído deste estudo porque o sistema de saúde não é semelhante ao brasileiro, universal e gratuito.

Países selecionados após análise

Da Tabela 7 foram selecionados três países, que atendem todos os requisitos e nos quais foi possível realizar a identificação e análise detalhada dos indicadores de saúde mental. Neste ponto da análise, chegamos a um conjunto inicial de 164 indicadores selecionados: 15 da Austrália, 55 do Canadá e 95 da Inglaterra. A apresentação desses indicadores é precedida por uma caracterização desses países quanto a questão da saúde mental:

Canadá

O sistema de saúde do Canadá é predominantemente financiado pelo setor público, com execução privada das ações relativas à política de saúde e gestão predominantemente estadual

(provincial) de governo. Embora existam dez províncias e dois programas territoriais de saúde, os padrões nacionais para hospitais e serviços de saúde são estabelecidos em legislação federal, o *Canada Health Act*, assegurando um nível mínimo de uniformidade normativa, de recursos e de serviços em todo o país. O governo federal financia as províncias por meio de transferências fiscais, condicionadas à adesão dos governos estaduais aos padrões estabelecidos por intermédio do *Canada Health and Social Transfers* (LOUISE BRADLEY, 2015).

A *Mental Health Commission of Canada* (MHCC) (tradução nossa) em português: “*Comissão de Saúde Mental do Canadá*”) lidera o desenvolvimento e disseminação de programas e ferramentas inovadores para apoiar a saúde mental e o bem-estar dos canadenses. Nesta Comissão de Saúde mental Canadense encontramos o Relatório *Informing the Future* (tradução nossa) em português: *Informando para o futuro*) apresenta os indicadores de saúde mental cobrindo uma ampla gama de tópicos, é possível consultar este documento com informações complementares de forma detalhada e explicativa, fornecendo dados sobre diferentes domínios como, acesso e tratamento, assistência, diversidade, prosperidade econômica, habitação e falta de moradia, bem-estar da população, recuperação, estigma e discriminação e suicídio. Esses indicadores são relatados para crianças e jovens, adultos e idosos, bem como para populações específicas, incluindo imigrantes, residentes de comunidades do norte e indivíduos lésbicas, gays ou bissexuais.

Os indicadores do Canadá foram organizados segundo os critérios propostos no método. É interessante observar a classificação dos indicadores de saúde mental do Canadá por cores para ilustrar seu status: *Verde*: indica bom desempenho e /ou o indicador está se movendo em uma direção desejável. *Amarelo*: indica nenhuma mudança, alguma preocupação ou resultados incertos. *Vermelho*: indica preocupações significativas e/ou o indicador está se movendo em uma direção indesejável.

O conjunto de indicadores canadenses pode ser consultado no *Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada* (tradução nossa) em português: *Informando para o futuro: Indicadores de saúde mental para o Canadá*) estes foram extraídos de uma ampla variedade de fontes, incluindo pesquisas nacionais e bancos de dados administrativos (LOUISE BRADLEY, 2015). *Informing the future: Mental Health Indicators for Canada*, Ottawa, ON: Author.; 2015). Eles foram selecionados com base nos seguintes critérios:

- Significância - relevância para a estratégia;
- Validade - cientificamente confiável;

- Viabilidade - dados prontamente disponíveis;
- Replicabilidade - os dados continuam disponíveis ao longo do tempo;
- Capacidade de ação - passível de melhorias.

Para visualizar os indicadores, acesse a página apresentada na figura 8 (LOUISE BRADLEY, 2015).

Figura 8 - Relação dos Indicadores de saúde mental do Canadá

Entre em contato conosco Français

Mental Health Commission of Canada Commission de la santé mentale du Canada

Quem nós somos O que nós fazemos Treinamento e Recursos Media Center Eventos

asa > Treinamento e Recursos > Relatórios MHCC > Indicadores de saúde mental para o Canadá

COMPARTILHAR f t in

Indicadores de saúde mental para o Canadá

Visão geral | Recursos

Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada

[DOWNLOAD NOW](#)

Para traçar um quadro mais completo do panorama da saúde mental no Canadá, o MHCC apresenta 55 indicadores que afetam a saúde mental de crianças e jovens, adultos e idosos. Os indicadores examinam a saúde mental em diferentes contextos e relatam aspectos dos serviços e apoios usados por pessoas que vivem com problemas e doenças mentais.

Esses indicadores podem ser usados para definir prioridades sobre onde melhor direcionar os esforços. Eles podem ser usados pelas partes interessadas e pelos formuladores de políticas para informar as decisões e chamar a atenção para estratégias elaboradas para melhorar a saúde mental dos canadenses.

O MHCC tem o prazer de apresentar os resultados de 55 indicadores neste momento. A Comissão de Saúde Mental do Canadá está atualmente se envolvendo com representantes das Primeiras Nações, Inuit e Métis sobre os indicadores nacionais de saúde mental e as lacunas nos dados relacionados às Primeiras Nações, Inuit e bem-estar mental dos Métis. A Comissão continuará essas discussões até o outono e divulgará mais informações sobre o nosso trabalho em uma data posterior. Para mais informações, baixe o [documento técnico](#) (que detalha como cada indicador foi calculado), leia o [backgrounder](#) ou acesse o [painel](#) abaixo.

Indicadores de saúde mental

INICIATIVAS RELACIONADAS

Padrão Nacional

Padrão Nacional do Canadá para Saúde Psicológica e Segurança no Local de Trabalho (Padrão)

[Saber mais](#)

Fonte: <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/resources/mhcc-reports/mental-health-indicators-canada>

Inglaterra

Após o término da segunda guerra mundial, em 1948, foi formado o *National Health Service* (NHS), (tradução nossa) em português: *Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido*). Este é universal e igualitário, com atuação preventiva e curativa. Equivalente ao SUS do Brasil. Os recursos são arrecadados pelo sistema de impostos nacionais, mas os serviços na Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales são administrados separadamente. O sistema de seguro saúde no Reino Unido *National Health Service* (NHS) é governado e orientado pelos Serviços Nacionais de Saúde, visando publicamente financiar as empresas de saúde em todas as diferentes partes do Reino Unido. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o financiamento do governo cobre 85% das despesas com saúde no Reino Unido. Os 15% restantes são cobertos pelo setor particular. O seguro privado é geralmente acessado por meio de grupos de empregadores ou, mais raramente, por indivíduos mais ricos buscando benefícios adicionais acessando a operadora diretamente. O NHS cobre cuidados de saúde para a maioria da população e é totalmente financiado por impostos (PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021).

Em 1998, o Departamento de Saúde desenvolveu um conjunto de Estruturas de Serviço Nacional destinadas a melhorar áreas específicas de atendimento, como doenças coronárias, câncer, saúde mental, diabetes, etc. Isso define os padrões nacionais e identificou mudanças que precisavam ser feitas para determinados serviços ou grupos de cuidados definidos, como coronário, câncer, saúde mental e diabetes. A *Joint Strategic Needs Assessment* (JSNA), (em português, *Avaliação Conjunta de Necessidades Estratégicas*) é um processo pelo qual as autoridades locais e os Grupos de Comissionamento Clínico avaliam as necessidades atuais e futuras de saúde, cuidados e bem-estar da comunidade local para informar a tomada de decisão local. O perfil de Avaliação Conjunta de Necessidades Estratégicas de Saúde Mental e Bem-estar (JSNA) faz parte do *kit de ferramentas JSNA de Saúde Mental e Bem-estar, Mental Health and Wellbeing JSNA* que também inclui um conjunto de Guias de Conhecimento que oferecem conselhos de especialistas e links para políticas, evidências e fontes de dados adicionais. O propósito do perfil (e do kit de ferramentas mais amplo) é apoiar os Conselhos de Saúde e Bem-estar e outros interessados em produzir JSNAs locais de saúde mental e bem-estar, fornecendo acesso a métricas sobre prevalência, fatores de risco e proteção e prestação de cuidados (volumes de atividade e qualidade e resultado Métricas). Essas métricas podem ser usadas como benchmark para grupos de comparação significativos, como apresentado na Figura 9 (PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021).

Através desta ferramenta apresentada acima foi encontrado um relevante conjunto de indicadores de saúde mental e assistência social. Estes encontram-se divididos em 5 domínios: Prevalência e Incidência, Fatores de Risco, Fatores Protetivos, Serviços e Qualidade e Resultados. Os indicadores ingleses em alguns aspectos são semelhantes aos Canadenses como classificados por cores: verde, amarelo e vermelho, conforme podemos observar. Destacamos um fato relevante a respeito da dinâmica de atualização dos indicadores (PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021). Constantemente, os indicadores são revistos, sua definição, conceituação ou o método de cálculo são modificados, ocorre a substituição por outro indicador, ou até mesmo a exclusão do indicador. A página inglesa que recebe os indicadores pode ser observada na Figura 9.

Figura 9 - Relação dos Indicadores de Saúde mental da Inglaterra

Fonte: <https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/common-mental-disorders/data>

Austrália

O sistema de saúde na Austrália caracteriza-se por um serviço nacional de saúde desde 1984 (Australian Government. Medicare Australia, 2009), tendo por base um seguro de saúde universal e compulsório (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013). Denominado Medicare, tem por objetivo prestar, aos residentes australianos elegíveis, cuidados de saúde financeiramente comportáveis, acessíveis e de elevada qualidade. Os serviços de saúde são prestados por uma complexa rede de prestadores públicos, autônomos e de prestadores privados. As práticas de medicina familiar são maioritariamente privadas, da propriedade de médicos de clínica geral ou de entidades empresariais, constituindo uma parte importante da prestação de cuidados de saúde primários (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013).

Dentro do sistema de saúde Australiano encontra-se o *National Mental Health Performance Framework* (NMHPF), uma estratégia-chave para facilitar uma cultura de melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços de saúde mental. A estrutura oferece suporte à Austrália e compromisso dos governos estaduais e territoriais para melhorar a responsabilidade e transparência no Nível de *Organização de Serviços de Saúde Mental* (MHSO). O foco do NMHPF e dos *Indicadores-Chave de Desempenho* (KPIs) nacionais permanece nos MHSOs públicos. Avanços significativos foram feitos por estados e territórios, nos últimos oito anos, conforme o NMHPF, implementado progressivamente. Esta experiência, combinada com melhorias em fontes de dados e outras atividades nacionais, permitiram mudanças nas especificações e no conjunto de indicadores, (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013).

Diante deste fato, encontramos um conjunto de indicadores de saúde mental abrangendo os conceitos de eficácia, eficiência, adequação, acesso, continuidade e capacidade, todos os conceitos centrais para compreender como funciona uma organização de saúde mental. Uma importante característica dos indicadores é a produção destes a partir de conjuntos de dados disponíveis. O NMHPF dispõe de um portal de informações de saúde que mostra os serviços de saúde mental com um conjunto de 15 indicadores de saúde mental, fornecendo uma imagem da resposta nacional do sistema de serviços de saúde e bem-estar às necessidades de cuidados de saúde mental dos australianos (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013). Os dados de avaliação dos serviços de saúde mental na Austrália têm sido publicados como relatório, da

web, desde 2011, onde foi possível encontrar informações detalhadas do uso e aplicação dos indicadores de saúde mental. Visualizar a página na figura 10.

Figura 10 - Relação dos Indicadores de Saúde mental da Austrália

Serviços de saúde mental na Austrália

Relatório da web | Última atualização: 29 de janeiro de 2021 | Autor: AIHW

Os serviços de saúde mental na Austrália (MHS) fornecem uma imagem da resposta nacional do sistema de serviços de saúde e bem-estar às necessidades de saúde mental dos australianos. MHS é atualizado progressivamente ao longo de cada ano à medida que os dados se tornam disponíveis.

Notificações de e-mail de todas as atualizações podem ser fornecidas. Para obter mais informações, visite a página de [assinatura de avisos de lançamento](#).

US \$ 10,6 bilhões foram gastos em saúde mental em 2018-19

4,3 milhões de pessoas receberam prescrições relacionadas à saúde mental em 2018-19

Principais indicadores de desempenho para serviços públicos de saúde mental australianos

Um indicador chave de desempenho (KPI) é uma medida que descreve uma situação de forma concisa, ajuda a rastrear o progresso e o desempenho e atua como um guia para informar a tomada de decisão. Os KPIs no setor de saúde mental pública cobrem diferentes aspectos dos serviços. Eles podem informar as impressões dos consumidores, provedores de serviços e financiadores sobre o serviço e o desempenho do serviço.

A terceira edição dos principais indicadores de desempenho para os serviços públicos de saúde mental australianos (MHS KPIs) foi publicada pelo National Mental Health Performance Subcom Committee em 2014. Os MHS KPIs foram desenvolvidos para melhorar a responsabilidade e a transparência. Dos 15 indicadores desenvolvidos para abordar o nível de Desempenho do Sistema de Saúde (Nível 3) do [Quadro Nacional de Desempenho de Saúde Mental](#), 13 indicadores são publicados anualmente, organizados abaixo usando os domínios do quadro, com os dados de origem disponíveis para download abaixo.

KPI 1: Change in mental health consumers' clinical outcomes	KPI 2: Mental health readmissions to hospital	KPI 3: National Mental Health Service Standard compliance	KPI 4: Average length of acute mental health inpatient stay	KPI 5: Average cost per acute mental health admitted patient day
Download	Download	Download	Download	Download

Fonte: <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/mental-health-indicators/key-performance-indicators-for-australian-public-mental-health-services>

Discussão

Para analisar e discutir os resultados desta etapa da nossa pesquisa, buscamos alguns temas na literatura para tentar entender adequadamente os pontos norteadores desta seção, frente aos critérios estabelecidos para este estudo, a análise dos documentos normativos, países excluídos e países selecionados.

Assim, o primeiro fato que chama a atenção, com base nos documentos normativos, expostos na Tabela 7, é que o processo de implementação e uso de indicadores de saúde mental é uma tarefa difícil mesmo para os países europeus de alta renda (BRAMESFELD et al., 2016). A implantação de indicadores de saúde mental não está diretamente relacionada à alta renda do país ou ao seu desenvolvimento elevado (LORA; 2013).

Outro fato importante é que na série de publicações do Atlas de Saúde Mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) constatamos que os Sistemas de Saúde Mental estão constantemente sujeitos a mudanças e estão sendo revisados e redefinidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a). Essas mudanças refletem, em parte, as evidências crescentes constituintes de um cuidado adequado e sua relação custo-benefício. Em diferentes países, os sistemas pretendem estabelecer serviços de saúde mental locais e baseados na comunidade, organizados em torno das necessidades da população em áreas de captação específicas (THORNICROFT; TANSELLA, 2008) e com base no desenvolvimento de comunidade alternativa e recuperação e serviços orientados (BECKER; VMZQUEZ-BARQUERO, 2001).

A despeito dos esforços da OMS, fica claro que o panorama atual seja muito diversificado e específico de cada país.

Um estudo, realizado em 2017, no Nepal aponta dificuldades anteriores ao uso de indicadores de saúde mental como de implementação de serviços de saúde mental especializados, com obstáculo especial na participação do usuário e do cuidador nos processos de fortalecimento do sistema de saúde mental em um estado de baixa renda afetado por desastres e conflitos ((THORNICROFT; SEMRAU, 2019).

Em contraposição, como já havia sido relatado na revisão integrativa, um outro estudo realizado na Itália na região da Lombardia teve como objetivo definir um conjunto de indicadores capazes de medir a lacuna entre as práticas de rotina entregues nos Departamentos Italianos de Saúde Mental (DMHs) e as recomendações extraídas das diretrizes do Instituto Nacional de Excelência Clínica. No entanto, os pesquisadores chegaram a conclusão que medição e responsabilidade não são suficientes, sendo necessário envolver, desde o início desse

processo, profissionais de saúde mental, outros profissionais de saúde, usuários, famílias e formuladores de políticas. Particularmente os profissionais de saúde mental, como usuários finais de indicadores clínicos, devem estar envolvidos com sua visão sobre o significado clínico e a viabilidade de aplicação ao atendimento de rotina ao paciente. A aceitação dos indicadores é crucial se eles forem aplicados para monitorar a aceitação de cuidados baseados em evidências, bem como para sustentar a melhoria da qualidade clínica ao longo do tempo (LORA; 2013).

Com base nos achados deste estudo, podemos mencionar as limitações de fazer um levantamento do uso de indicadores de saúde mental, em documentos normativos disponíveis, ausência de indicadores de saúde mental, ausência de informações disponíveis, dificuldades de encontrar as informações nas páginas governamentais, ausência de atualizações dos dados, etc. Podemos tomar como exemplo de experiências bem-sucedidas do uso de indicadores de saúde mental em outros países e a possível utilização destes na gestão da rede de Atenção psicossocial brasileira. Ainda neste sentido, os resultados apresentados podem ser aplicados em pesquisas como um marco pioneiro e abrindo caminho para resultados mais amplos e conclusivos.

3.2 EXTRAÇÃO DE CONHECIMENTO

Nesta seção, apresentamos os resultados da etapa de Extração de conhecimento com os elementos pertinentes a seleção dos indicadores de saúde mental dos países selecionados para este estudo: Canadá, Inglaterra, Austrália (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013; LOUISE BRADLEY, 2015; PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021).

3.2.1 Levantamento e Seleção dos indicadores de saúde mental, nos países estudados

Os países selecionados fornecem um conjunto de 164 indicadores, que são: 15 da Austrália, 55 do Canadá e 95 da Inglaterra.

A partir desse levantamento e consulta, foi feita uma análise detalhada desses indicadores de saúde mental e que, como veremos, nos levou a uma seleção final de 41 indicadores de saúde mental, 11 indicadores da Austrália, 20 indicadores da Inglaterra e 10 indicadores do Canadá.

Vale lembrar que, como estabelecido na seção métodos, este processo de levantamento e seleção de indicadores envolveu os seguintes passos (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008):

- *Identificação dos conjuntos de indicadores de saúde mental de cada país*, organizando de maneira padronizada as características principais de cada indicador (isto foi feito para os 41 indicadores finais selecionados). Além disso, todos eles foram organizados no formato estabelecido pela Rede Interagencial de Informação para a Saúde-RIPSA: Definição, Conceituação, Fonte, Método de Cálculo e Categoria.
- *Análise dos Indicadores*; a partir da interpretação de uso de cada indicador no país de origem.

Assim, apresentamos na Tabela 8 a seguir o conjunto de 41 indicadores de saúde mental, selecionados a partir da prática baseada em evidências para a RAPS brasileira. As informações contidas na Tabela 8 servem apenas para identificar os indicadores. A descrição detalhada de cada um dos indicadores no formato da RIPSA encontra-se no Apêndice A.

Tabela 8 - Conjunto de indicadores de saúde mental selecionados

Indicadores Selecionados	País
Indivíduos hospitalizados por mais de 30 dias em um ano	Canadá
Readmissões hospitalares por doença mental dentro de 30 dias	Canadá
Taxa hospitalizações por ano de repetição para pacientes com doença mental	Canadá
Promoção da saúde mental na escola nível fundamental.	Canadá
Taxas de suicídio - promoção e prevenção de jovens	Canadá
Reclamações de deficiência relacionadas com doença mental	Canadá
Credenciamento de programa de recuperação	Canadá
Promoção e prevenção de treinamento em primeiros socorros de saúde mental	Canadá
Taxas de suicídio - promoção e prevenção da população geral	Canadá
Prevalência de depressão e ansiedade % de participantes com mais de 18 anos	Inglaterra- UK
Registro de incidência de depressão: % da prática p maiores de 18 anos	Inglaterra- UK
Prevalência estimada de transtornos comuns da saúde mental:% da população entre 16 e 74 anos	Inglaterra- UK
Prevalência estimada de transtornos da saúde mental em crianças e jovens:% da população entre 5 e 16 anos	Inglaterra- UK

Novos casos de psicose: taxa de incidência estimada por 100.000 habitantes de 16 a 64 anos	Todas as idades Inglaterra- UK
Registro de prevalência de doença mental grave: % da prática registra todas as idades	Inglaterra- UK
Internação hospitalar relacionada ao álcool: taxa diretamente padronizada por 100.000 habitantes	Inglaterra- UK
Alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental:% de alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental (idade escolar secundária)	Inglaterra- UK
Prevalência estimada de uso de opiáceos e / ou crack: taxa por 1.000 habitantes de 15 a 64 anos	Inglaterra- UK
Internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais devidos ao álcool: taxa por 100.000 habitantes	Inglaterra- UK
Contato simultâneo com serviços de saúde mental e serviços por uso indevido de substâncias por uso indevido de drogas:% de pessoas em tratamento com idade acima de 18 anos	Inglaterra- UK
Alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental:% de alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental (idade escolar primária)	Inglaterra- UK
Internações hospitalares de emergência por auto dano intencional	Inglaterra- UK
Internações hospitalares por automutilação, taxa de admissão padronizada	Inglaterra- UK
Internações hospitalares por problemas de saúde mental	Inglaterra- UK
Acesso aos serviços IAPT: pessoas que entram no IAPT (no mês) em % a pessoas estimados a terem ansiedade / depressão	Inglaterra- UK
Depressão: prevalência registrada (maiores de 18 anos)	Inglaterra- UK
Taxa de mortalidade em excesso abaixo de 75 anos em adultos com doença mental grave: proporção de mortalidades observadas e esperadas (expressa em porcentagem)	Inglaterra- UK
Lacuna na taxa de emprego para quem tem contato com serviços secundários de saúde mental e taxa geral de emprego: diferença percentual	Inglaterra-UK
Incidência de depressão registrada: % de participantes com mais de 18 anos	Inglaterra-UK
Conclusão do tratamento do alcoolismo bem sucedida	Inglaterra-UK
Mudança nos resultados dos pacientes	Austrália
Proporção de despesa por nível de conformidade com as normas nacionais	Austrália
Duração média da internação aguda	Austrália
Custo médio diário de leito	Austrália
Número médio de dias de tratamento por período de atendimento comunitário de três meses	Austrália
Custo médio por dia de tratamento	Austrália
Proporção de população em tratamento clínico em saúde mental	Austrália

Taxa de atendimento comunitário pré-admissão	Austrália
Taxa de atendimento comunitário pós-alta	Austrália
Atendimentos concluídos	Austrália
Taxa de eventos de reclusão, serviços hospitalares de saúde mental aguda do setor público	Austrália

Fonte: (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013; LOUISE BRADLEY, 2015; PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021)

Nesse processo de extração de conhecimento, os 164 indicadores iniciais foram analisados nas páginas oficiais dos países mencionados, analisados os relatórios pertinentes, artigos científicos publicados e todas as informações úteis para uma seleção efetiva. Paralelamente a análise dos documentos, este grupo de indicadores foi analisado de maneira colaborativa, por vários profissionais de diferentes áreas e ainda a consulta e análise de todos os indicadores com um especialista da área de saúde mental, buscando a pertinência deste conjunto de indicadores para a RAPS brasileira. Neste processo de seleção, de maneira consistente, foram estabelecidos critérios de exclusão de indicadores, relatados abaixo.

Indicadores Excluídos

Foram excluídos 123 indicadores por não atenderem aos critérios especificados no método. Para diferenciar esses critérios de exclusão adicionalmente separamos estes por cores, a saber:

1-Azul: Foram excluídos 9 indicadores= 5,48% de 164 indicadores por fazerem parte de indicadores relacionados a grupos que têm interesses específicos em alguns países (imigrantes, etnias e etc.).

2- Laranja: Foram excluídos 69 = 42,07 % de 164 indicadores por fazerem parte de indicadores relacionados ao Indicador de assistência social (indicadores de assistência social que estão conjunto de indicadores de saúde mental).

3- Bordo: Foram excluídos 14 = 8,53 % de 164 indicadores incluídos em outro indicador (presente em mais de 1 país).

4- Amarelo: Foram excluídos 31 = 18,90 % de 164 Indicadores que precisam de informação de auto avaliação / aplicação de questionário individual.

A relação completa dos indicadores excluídos, seguindo esse critério de exclusão por cores, pode ser encontrada no Apêndice B deste trabalho.

Discussão

Aqui fazemos uma breve discussão relacionada ao levantamento e seleção e à definição de indicadores de saúde mental. Vale lembrar que para cumprir estes objetivos foi feita uma análise cuidadosa, proposta no método, na tentativa de extrair o máximo de conhecimento sobre o tema (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013; LOUISE BRADLEY, 2015; PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021). Desta forma chegamos a um conjunto de 42 indicadores de saúde mental, selecionados através da prática baseada em evidências (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009).

Assim, tendo em vista a necessidade do levantamento e seleção de indicadores de saúde mental, tomamos como referência de comparação um estudo realizado na Alemanha em 2017, que a partir de um experimento seleção de indicadores de qualidade para saúde mental, mais especificamente para tratamento de pacientes psicóticos, identificam 847 indicadores, que após duas rodadas de um Estudo Delphi com especialistas chegam a um consenso para a seleção de 27 indicadores, relevantes e viáveis (STEGBAUER et al., 2017). No estudo, não há menção sobre a implementação dos indicadores.

Outros estudos foram tomados como referência para refinar o processo de seleção aqui apresentado, incluindo procedimentos de grandes instituições mundiais nas iniciativas de buscar a seleção e implementação de indicadores de saúde mental para os países participantes de seus grupos, como a OCDE = Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico; EUROSTAT = Serviço de Estatística das Comunidades Europeias; IMS = Intercontinental Marketing Services, que tentaram rever um conjunto de indicadores para seus macro indicadores capazes de fornecer uma descrição sintética do estado de saúde mental e da disponibilidade de cuidados psiquiátricos nos países europeus. Particularmente, no final do estudo, foi revelado que a implementação dos indicadores ocorreu de forma parcial (CARTA, et al., 2004).

Também, em 2016, outro estudo foi realizado pela OCDE, cobrindo 15 países da Europa, cujo objetivo foi explorar relatórios sobre o uso de indicadores de qualidade nos países membros. As análises apontaram dificuldades de implementação de indicadores e serviços, e, no caso de Portugal, até o momento, nenhum indicador de saúde mental foi implementado (ROTAR et al., 2016).

As limitações encontradas nesta etapa estão relacionadas às dificuldades de encontrar, nas bases de dados públicas ou documentos normativos informações e evidências do uso de

indicadores, encontrar o conjunto de indicadores utilizados ou informações atualizadas. Para minimizar esta dificuldade, podemos concluir que de certa forma não é necessário selecionar um conjunto imenso de indicadores, pois, os países que fazem uso de indicadores de saúde mental buscam de certa forma os mesmos indicadores. O relevante é ter informações atualizadas, com o impacto dos indicadores nos serviços de saúde mental e possíveis sugestões que possam ser adaptadas visando melhorias na qualidade dos serviços e sua gestão.

Realmente, um conjunto de indicadores aplica-se a produzir evidência sobre o cenário sanitário e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Dessa forma, contribui como um insumo para o estabelecimento de políticas visando prioridades, qualidade dos serviços, adaptação de protocolos de atendimento e medidas que possam disponibilizar informações para programas de promoção e prevenção a saúde mental, buscando atender melhor às necessidades da população.

3.2.2 Construção da Matriz de Saúde Mental e suas escalas administrativas para serem utilizadas na RAPS brasileira

Nesta etapa, buscamos cumprir mais um dos objetivos deste trabalho, tendo como base norteadora a Matriz de Saúde Mental (THORNICROFT E TANSELLA, 1999). Ou seja, de posse dos 41 indicadores (devidamente estratificados com relação aos seus conteúdos e usos) previamente selecionados na fase anterior da extração de conhecimento posicionamos os indicadores na Matriz de Saúde Mental segundo os níveis da dimensão geográfica (nível nacional/regional, local e individual) e as fases da dimensão temporal (fase de entrada, processos e resultados). Ao seguir essa heurística, estaremos associando cada indicador como uma métrica para avaliar adequadamente o propósito dos serviços de saúde mental, nos níveis e fases de cada dimensão geográfica e temporal (LIMA, 2021).

Assim, em conformidade com eixos estabelecidos pela matriz para agrupar os indicadores no *Nível Nacional/Regional* levamos em consideração as seguintes instruções de maneira que o indicador selecionado seja adequado para avaliar se a meta de um serviço de saúde nesse nível, seja (THORNICROFT E TANSELLA; 2009 pag. 14):

Receber informações do nível local;

- Combinar e interpretar dados sobre problemas específicos de nível nacional e examine as principais associações (por exemplo, entre abuso de álcool e violência);
- Definir uma hierarquia de prioridades (a partir do nível nacional/regional);
- Criar um plano nacional estratégico de saúde mental;
- Estabelecer um programa de implementação para colocar a estratégia nacional em prática;
- Monitorar o funcionamento dos serviços locais de saúde mental usando um sistema de inspeção, classificando os serviços de acordo com os padrões e critérios acordados;
- Criar, avaliar e divulgar diretrizes e protocolos de tratamento.

De maneira similar, as seguintes orientações para o posicionamento dos indicadores no *Nível local* quanto a sua adequação na avaliação dos objetivos serviços de saúde mental nesse nível, ou seja (THORNICROFT E TANSELLA; 2009 pag. 14):

- Fornecer cobertura por serviços (locais) de saúde mental para aqueles que precisam de tratamento
- Concentrar os serviços apenas em pessoas capazes de se beneficiar de tratamento e cuidados
- Melhorar a qualidade dos serviços de tratamento e cuidados, por exemplo, avaliando até que ponto as intervenções são realizadas de acordo com as diretrizes e protocolos
- Colaborar com outras agências locais para fornecer uma rede/sistema de atendimento, como exemplo, incluindo ligações com cuidados primários de saúde e agências de habitação
- Conduzir programas de prevenção selecionados e indicados
- Deteção precoce de mudanças locais na natureza ou extensão dos transtornos mentais.

Por último, para posicionar os indicadores no *Nível Individual*, seguimos orientações similares quanto a sua pertinência em avaliar os serviços de saúde mental voltados para o indivíduo, a saber (THORNICROFT E TANSELLA; 2009 pag. 14):

- Avaliar as necessidades de saúde mental do indivíduo
- Atender às necessidades de um indivíduo com transtorno mental e remova os sintomas, se possível
- Garantir a participação de pessoas com doença mental (e seus familiares) em avaliação, tratamento e cuidados
- Promover a independência
- Fornecer informações úteis para indivíduos com doença mental e suas famílias membros
- Auxiliar na recuperação e participação social
- Prevenir recaídas.

Com essas diretrizes em mente passamos a posicionar os indicadores selecionados previamente, segundo as fases da dimensão temporal.

Dimensão Temporal: Fase de Entrada (A)

No Nível Nacional (ou regional) do eixo da Fase de Entrada 1A, alocamos 6 indicadores (ver Apêndice C) da lista dos 41 indicadores previamente selecionados, que servem como métricas da fase de entrada para avaliar os serviços de saúde mental nesse nível. Vale lembrar que os conteúdos preconizados para esta fase, neste nível (ver subseção 2.2) são despesas com serviços de saúde mental e alocação de orçamento, leis de saúde mental, diretivas e políticas governamentais, planejamento para treinamento de saúde mental de funcionários, protocolos e diretrizes de tratamento.

Na fase de Entrada o Nível Local, 2A, extraímos 2 indicadores, dos 41 indicadores (Apêndice C). Esses indicadores, enquanto métrica de avaliação, devem ser compreendidos como uma “lente” possibilitando ver com maior clareza a efetividade das leis e políticas de saúde mental, em vigência no país. Vale lembrar que a organização deste nível dependerá se os serviços serão organizados em distritos ou setores de saúde, ou ainda por área de cobertura populacional. O ponto relevante deste nível é a afirmação da necessidade de os serviços serem organizados localmente, de forma a oferecer cuidado na comunidade, isto é, próximo à casa das pessoas (THORNICROFT; TANSELLA, 1999). Como destacado anteriormente (subseção 2.2) a fase de entrada no nível local determina orçamento do serviço local e balanço dos serviços hospitalares e comunitários, avaliação das necessidades da população local, números de pessoal clínico e combinações, serviços clínicos e não clínicos e relações de trabalho entre serviços.

O Nível Individual da Fase de Entrada 3A foi posicionado 1 indicador da lista dos 41 selecionados. Os indicadores utilizados nesta posição servem como métrica do cuidado disponibilizado diretamente à pessoa com transtorno mental, seus familiares e suas redes sociais próximas. Os serviços de saúde mental avaliados a partir desses indicadores, são geralmente compreendidos como o território exclusivo do profissional de saúde, mas os resultados individuais podem depender fortemente do que é definido, nos níveis nacionais e locais. A questão de maior enfoque neste nível é a necessidade das práticas e intervenções serem baseadas em evidências, já que o que se observa com maior frequência é um distanciamento entre o sugerido pelas evidências e a prática clínica real (MÂNGIA; MURAMOTO, 2009). Como estabelecido anteriormente (subseção 2.2), esta fase neste nível busca-se a avaliação das necessidades individuais, exigências feitas pelos pacientes, demandas feitas pelas famílias para o cuidado cotidiano, habilidades e conhecimento da equipe, conteúdo de tratamentos clínicos, informações para pacientes/cuidadores (THORNICROFT E TANSELLA; 1999).

Dimensão Temporal: Fase de Processos (B)

É importante frisar que esta fase é definida pelas atividades de tratamento (clínicas e não-clínicas), desenvolvidas durante a oferta do cuidado. Esta fase é considerada importante, pois aqui serão estabelecidas as prioridades e as estratégias para o desenvolvimento do cuidado, que levarão aos resultados da intervenção.

Assim, no nível nacional da Fase de Processos, 1B, foram identificados 2 indicadores da lista original. Em geral, nesta fase os indicadores podem ser caracterizados como indicadores de desempenho/atividade (por exemplo, taxas de admissão, taxas de ocupação de camas, taxas de tratamentos obrigatórios), diretrizes clínicas e protocolos de tratamento e padrões mínimos de cuidados.

No nível local da Fase de Processos 2B, extraímos 11 indicadores da lista de 41 indicadores. Aqui os indicadores são caracterizados pelo monitoramento, contatos de serviço e padrões de uso dos serviços, procedimentos de auditoria, caminhos para cuidados e continuidade e segmentação de grupos especiais.

No nível individual da Fase de Processos 3B extraímos 1 indicador. Nesta fase, identifica-se a qualidade subjetiva dos tratamentos, continuidade da equipe de clínicos, frequência de compromissos, padrões para procedimentos de cuidados para pacientes individuais.

Dimensão Temporal: Resultados (C)

Esta fase questiona a avaliação dos resultados e precisa ser garantida e deve acontecer de forma acurada e rotineira, como prática geral da equipe, uma vez que o objetivo principal dos serviços é melhorar os resultados para as pessoas com transtornos mentais e para o sistema de saúde mental em geral (MÂNGIA; MURAMOTO, 2009).

Representado por 1C a Fase dos Resultados no Nível Nacional, encontramos 8 indicadores dos 41 selecionados (Apêndice C) que definem a eficiência e efetividade das intervenções propostas pelo serviço. De uma maneira geral, nesta fase, pode ser possível identificar taxas de suicídio, taxas de moradores de rua (entre os doentes mentais ou as taxas de doença mental entre os sem-teto), taxas de prisão (colocação inadequada na prisão daqueles que seriam melhores tratados em instalações de saúde mental), consultas especiais (especialmente aquelas em eventos adversos extremos, como homicídios por pacientes).

No nível Local, 2C da Fase de Resultados, posicionamos 9 indicadores, dos 41 inicialmente selecionados. Particularmente, esta fase aponta a direção para identificar taxas de suicídio, resultados agregados em nível local e morbidade física.

Finalmente no nível individual da Fase de Resultados 3C, conseguimos definir 1 indicador. Nesta fase, busca-se redução de sintomas, impacto em cuidadores, satisfação com os serviços, qualidade de vida, incapacidade e necessidades.

Como resultado final, apresentamos no Apêndice C os 41 indicadores selecionados previamente, distribuídos em cada dimensão da Matriz de Saúde Mental, que pode ser tomada como referência para a RAPS brasileira como uma matriz de consenso que pode ser oferecida, conjuntamente com a matriz que explicita o significado e a experiência de uso de cada indicador (Apêndice A), aos gestores como um guia para a avaliação dos serviços de saúde mental baseada na experiência de uso dos indicadores.

Discussão

Os indicadores de saúde mental, selecionados para este estudo, foram apresentados na seção 3.2.1 e posicionados em uma escala administrativa, através da Matriz de Saúde Mental, na seção 3.2.3 (THORNICROFT; TANSELLA, 1999). Através do levantamento e definição dos indicadores do Canadá, Inglaterra e Austrália foi selecionado um conjunto de 41 indicadores para uma hipotética gestão de saúde mental, no Brasil pode ser encontrado no Apêndice C.

A partir deste rol de indicadores foi realizada uma análise minuciosa das orientações feitas pela Matriz de Saúde Mental e estes indicadores foram posicionados em uma escala administrativa (THORNICROFT E TANSELLA, 1999). Os resultados mostram o conjunto de indicadores de saúde mental posicionados nas dimensões geográficas da matriz, nível nacional, local e individual Apêndice C. Da mesma forma, o conjunto de indicadores de saúde mental foi posicionado nas dimensões temporais: fase de entrada: fase de processos e fase de resultados (THORNICROFT; TANSELLA, 1999).

Como já havia sido estabelecido anteriormente, o conceito da Matriz de Saúde Mental pode ser caracterizado como uma heurística que envolve investigação com base verificadora e indagativa e seu modelo tem como propósito ser um mapa para orientar as decisões sobre como melhorar os serviços de saúde mental (DE LIMA et al., 2018; THORNICROFT; TANSELLA,

2008). Assim, um dos objetivos desse modelo matricial é que ele possa auxiliar, de certa forma, no diagnóstico preciso de serviços de saúde mental disfuncionais, de forma que ações corretivas possam ser aplicadas nos níveis certos, para melhorar o atendimento. O modelo não pretende ser rigidamente prescritivo, mas uma ferramenta a ser usada na análise de problemas e, em seguida, na decisão de qual ação tomar (THORNICROFT; TANSELLA, 2008).

Com o propósito de ampliar o tema, encontramos um modelo anterior ao aqui apresentado, o Modelo de Donabedian, que se tornou um exemplo conceitual fornecendo uma estrutura para examinar os serviços de saúde e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com o modelo, a melhor estratégia para avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos em três abordagens semelhantes a formulada pelos autores da matriz de saúde mental, Thornicroft e Tansella, a saber: "estrutura", "processo" e "resultados" (DONABEDIAN, 1992). Donabedian, em seus trabalhos, definiu importantes atributos relacionados às características das práticas de saúde e da organização social, sendo estes: efetividade, eficiência, acessibilidade, equidade, cobertura e satisfação do usuário (DONABEDIAN, 1980). Este autor em longos estudos em saúde não propôs um modelo específico para saúde mental, no entanto, seu trabalho foi base para a constituição dos domínios do conjunto de indicadores de saúde mental da Austrália (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013). Da mesma forma, seu modelo influenciou a organização do conjunto de indicadores de saúde mental da Inglaterra (PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021)

O uso da Matriz de Saúde Mental e o posicionamento dos indicadores apresenta limitações, como denominada, uma heurística necessita de interpretações do usuário, sugerindo uma fragilidade nesta interpretação, diferente de um método empírico e replicável que não abre esta possibilidade. Porém, este modelo serve para mostrar a possibilidade de utilizar indicadores de saúde mental e, a partir da análise de suas aplicações na prática, podemos direcionar os indicadores nas diferentes dimensões administrativas da RAPS brasileira.

Com base nos resultados e com o posicionamento dos indicadores na Matriz é possível verificar como o modelo pode nos ajudar na prática da gestão e administração dos serviços de saúde mental. Podemos conhecer fatores que podem contribuir para um bom resultado para uma pessoa com um episódio agudo de grave doença mental que é assistida na rede primária e secundária. Esse resultado costuma ser visto como um sucesso para os praticantes que atuam no nível individual, porém, na realidade isso inclui, decisões tomadas em nível local (por

exemplo, para fornecer serviços de tratamento domiciliar), devendo ser habilitado por políticas e recursos decididos no nível nacional (por exemplo, desenvolver cuidados comunitários).

Assim como os autores Thornicroft e Tansella, interpretamos a Matriz com tendo a função de um mapa, necessário para ajudar a definir os objetivos do serviço e as etapas fundamentais para sua implementação. Porém, um mapa para ser útil deve ser simples e seguindo este princípio a Matriz foi criada com apenas duas dimensões, constituindo um modelo matricial (THORNICROFT; TANSELLA, 1999). O objetivo deste modelo é ajudar a avaliar os pontos fortes e fracos dos serviços locais e a formular um plano de ação claro para melhorá-los, oferecendo uma abordagem passo a passo que seja clara, no entanto, flexível o suficiente para ser relevante às suas circunstâncias locais (MÂNGIA; MURAMOTO, 2009). Ao incluir a dimensão geográfica na matriz, os autores acreditavam que os serviços de saúde mental devem ser prioritariamente organizados localmente, para serem prestados aos indivíduos necessitados. No entanto, alguns dos fatores-chave são decididos regional ou nacionalmente, como alocações financeiras globais para o setor de saúde mental (MENDES; ROCHA, 2016)

Desta maneira, o nível local atua como uma lente para focar políticas e recursos de forma mais eficaz em benefício dos usuários individuais dos serviços. O tempo atua como a outra dimensão organizadora, em que notamos uma sequência clara de eventos fluindo de entradas para processos e resultados como a outra dimensão organizadora (THORNICROFT; TANSELLA, 2009).

Quando analisamos as implicações para a pesquisa, notamos que estamos na infância das pesquisas sobre indicadores de saúde mental e sua organização dentro de uma rede de atenção, em especial a RAPS brasileira, com toda a sua complexidade. Este fato nos desperta o interesse por saber que muito deve ser pesquisado e emerge um número importante de possibilidades de pesquisas e publicações.

3.3 VALIDAÇÃO DOS INDICADORES

Como estabelecido nos objetivos desta tese, a validação dos indicadores de saúde mental, obtidos a partir das análises anteriores, foi dividida em duas fases: através da modelagem dos processos envolvidos nas RAPS e usando BPMN.

Assim, primeiramente haverá uma concentração na criação de modelos de processos, baseados em diretrizes clínicas, usando Business Process Modeling Notation (BPMN) (ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS, 2013). Dessa maneira, os procedimentos nas diretrizes serão traduzidos em processos e usados para criar modelos que representem como o sistema de informação de saúde deve ser usado para gerenciar os dados de pacientes na RAPS.

Como já havia sido estabelecido anteriormente no método, o BPMN é uma técnica utilizada para ilustrar modelos de procedimentos, de forma simples e facilmente compreensível que ilustra visualmente a sequência de tarefas concluídas para atingir o objetivo das organizações. Cada tarefa é detalhada em uma forma retangular, começando com um verbo para se concentrar nas ações tomadas. Para alcançar tanto um quadro geral quanto uma visão detalhada dos procedimentos, um processo é dividido em subprocessos. Cada etapa é então reconfigurada em um mapa de procedimentos. As regras são representadas por "gateways" (um símbolo de forma de diamante). O processo é contido por um ponto inicial e ponto final marcado por formas de círculo em qualquer extremidade, começo ou final. O ponto de partida indica o gatilho que desencadeia o processo e os pontos finais indicam a consecução do objetivo da organização. O BPMN é usado para avaliar se cada tarefa está ou não contribuindo para mostrar todos os procedimentos envolvidos dentro de um processo (ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS, 2013).

A utilização dessa técnica foi feita com a ajuda de especialistas nos níveis das redes de atenção primária, secundária e terciária da saúde mental para fazer a modelagem dos processos. Através destas modelagens, queremos identificar onde os indicadores de saúde mental se posicionam, além de investigar como estão sendo utilizados na prática e como podem ser úteis e sugerir adaptação ou melhoria dos procedimentos. Vale lembrar que a modelagem usando BPMN por si só não permite verificar a sua completude, mas permite ter uma visualização dos procedimentos como um todo e isso possibilita: a) identificar gargalos; b) uma análise sobre se cada etapa pode ser otimizada; c) uma análise dos passos e uma verificação se há passos importantes em falta; d) definir /identificar indicadores de desempenho do processo que permitam o seu monitoramento e o seu aprimoramento.

3.3.1 Processo de atendimento no CAPS

O primeiro estudo realizado como validação de conteúdo foi a identificação do atendimento ambulatorial de pacientes com transtornos mentais em um CAPS através da construção de modelos representativos do estado atual do processo (modelo "AS-IS") a partir de diagramas construídos com a notação BPMN. A visão resumida do modelo "COMO ESTÁ", contendo o processo, representação e seus subprocessos com as respectivas descrições encontram-se nos parágrafos a seguir (LIMA, 2018).

O processo de atendimento ao paciente observado, com base no BPMN, tem início quando o paciente comparece à unidade de saúde mental a qualquer momento, sendo encaminhado por Unidade Básica de Saúde ou por demanda espontânea. Quando é a primeira vez do paciente na unidade ele vai obrigatoriamente passar pela recepção para conferir o cadastro ou fazer um novo cadastro, caso nunca tenha atendido na rede municipal. A recepcionista se encarregará de comunicar um profissional de saúde quem vai realizar o atendimento ao paciente. Todos os pacientes ao iniciarem o processo de atendimento são recebidos por um profissional do centro de saúde. A recepção é feita em sala reservada ou escritório. A equipe inclui três psiquiatras, três psicólogos, um terapeuta ocupacional, duas enfermeiras, uma assistente social, três auxiliares de enfermagem, um músico terapeuta, duas recepcionistas e um administrador. O profissional que realiza o primeiro atendimento ao paciente elabora um relatório preliminar, que é discutido posteriormente em reunião de equipe multidisciplinar, e conta com a presença dos demais profissionais da unidade. Fica definido em quais atividades ele será inserido, a dispensação de medicamentos, se necessário, e o acompanhamento psicológico ou psiquiátrico que trará maiores benefícios ao paciente. Ele pode ser encaminhado para sessões com psicólogos, oficinas culturais e / ou atividades manuais.

Devido ao tamanho da imagem é possível ocorrer dificuldade em ler todos os detalhes ali especificados, o leitor pode baixar diretamente do link:

https://drive.google.com/file/d/1bdPGwHL6kx1lMigVhFV3ZMA_MW2kkBWH/view?usp=sharing

BPMN para Processo no CAPS ou o processo detalhado pode ser encontrado o Apêndice D no final deste trabalho.

Após a realização de cada atividade, pelo profissional que o acompanhou, um relatório informando a evolução do paciente. Caso o paciente esteja ausente nas sessões, o responsável pela atividade realiza a busca ativa deste paciente, questionando o motivo da ausência. As ligações são feitas inicialmente e, se necessário, uma visita domiciliar pode ser necessária. O atendimento médico é realizado por psiquiatras ou psicólogos. Se a necessidade de outro

especialista for identificada, é feito encaminhamento para atenção primária ou secundária, o paciente é encaminhado para Unidade Básica de Saúde ou referenciado ao serviço.

A avaliação da evolução dos casos é feita para todos os atendimentos e atividades e sua anotação é realizada no prontuário eletrônico para posterior comparação. Essas avaliações são realizadas por qualquer profissional de nível superior, ou pelo próprio profissional que acompanha a realização das atividades. As visitas, na maioria dos casos da unidade, referem-se a pacientes que perderam o convívio social. Portanto, as atividades visam reabilitar o indivíduo para o retorno às suas atividades normais, por meio da alta hospitalar, nos casos em que o paciente apresenta melhora significativa. O atendimento da unidade é realizado em região anexa. Não há transferência ou encaminhamento para outras unidades de saúde mental do município, exceto nos casos de mudança de endereço. O objetivo dessas atividades é recriar o vínculo do paciente com a sociedade, que por algum motivo foi perdido e gerou problemas mentais.

De posse de todo o processo de atendimento do paciente em tratamento no CAPS, seguimos as etapas traçadas pelo método BPMN e analisamos os 5 indicadores propostos em estudos anteriores e os posicionamos de acordo com as instruções recomendadas pela Matriz de Saúde Mental (DELFINI; MIYOSHI; ALVES, 2015; SASSO, 2015).

No estudo realizado por Delfini (2015) os indicadores selecionados e utilizados aqui são:

- Indicador de admissões para depressão: Numerador: Número de pacientes cujo código CID-10 para depressão grave sem sintomas psicóticos é F32.2. Denominador: População residente com mais de 15 anos.
- Indicador de Admissões Relacionadas ao Álcool para Transtornos Comportamentais e Mentais: Numerador: Número de internações envolvendo como diagnóstico principal transtorno mental e comportamental por uso de álcool. Denominador: Estimativa da população no meio do ano.

Os próximos três indicadores selecionados foram propostos no documento de Auditoria do Ministério da Saúde (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2005) definidos da seguinte forma (SASSO, 2015):

- Taxa de adesão dos beneficiários do CAPS: Número de beneficiários cadastrados no início do ano nos CAPS que não abandonaram o projeto terapêutico até o final do ano ou que tiveram alta no ano / Quantidade de beneficiários cadastrados no início do ano.

- Taxa de Membros da Família: Número de beneficiários cujos parentes ou responsáveis participaram das atividades do CAPS pelo menos uma vez ao ano / Total de beneficiários atendidos no ano. Demonstra a participação efetiva dos familiares no projeto terapêutico do CAPS.
- Taxa de Visitação Domiciliar: Número de beneficiários atendidos no mês ou ano cujas famílias foram visitadas pela equipe do CAPS no mês ou ano / Total de beneficiários atendidos no ano. Tem como objetivo medir o percentual de beneficiários atendidos no CAPS.

Assim, os indicadores de internações por transtornos comportamentais e mentais relacionados ao álcool e de internações por depressão alocam-se na dimensão geográfica Nacional/Regional e na dimensão temporal dos processos. No que se refere à análise feita com os demais indicadores, como Taxa de Membros da Família, Taxa de Visitação Domiciliar, Taxa de Adesão dos beneficiários do CAPS, foram alocados na dimensão geográfica individual e na dimensão temporal dos processos (THORNICROFT; TANSELLA, 2008). Particularmente, nessas dimensões, identifica-se a qualidade subjetiva dos tratamentos, a continuidade da equipe clínica, a frequência das consultas, às normas de atendimento aos pacientes individuais.

Observou-se, no processo de atendimento ao paciente, neste CAPS, que diversas informações podem ser consideradas e transformadas em indicadores como taxas de admissão de pacientes com diferentes CIDs, indicadores de prevalência e incidência de transtornos mentais, serviço indicadores de desempenho, indicadores de despesas financeiras, indicadores número de consultas com especialistas (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional), indicadores de reinserção social, indicadores de drogas dispensação, indicadores de alta e abandono e outros.

Discussão

Por meio deste exercício de notação BPMN é possível observar que o processo de atendimento ao paciente, dentro do CAPS, é compatível quando partimos de um modelo de gestão em saúde mental, baseado na heurística proposta pelo modelo Matriz de Saúde Mental de Thornicroft e Tansella e caminhamos na direção de especificar o processo e analisar a viabilidade de selecionar indicadores de saúde mental para auxiliar a gestão nos diferentes níveis e fases da atenção.

3.3.2 Processo de hospitalização hospital psiquiátrico

O segundo estudo realizado no âmbito da validação de conteúdo foi a modelagem e avaliação do processo de internação psiquiátrica (DE LIMA et al., 2021)

Assim seguindo o protocolo estabelecido pelo método BPMN, esta atividade foi realizada inicialmente através das entrevistas para o levantamento do processo de internação e, a partir dessas entrevistas, elaborou-se um diagrama do processo de internação dos pacientes deste hospital de referência, evidenciando o fluxo do paciente, desde a solicitação de internação pelos serviços especializados até o encaminhamento e admissão à enfermaria.

Nas enfermarias, os médicos são responsáveis, em conjunto com a equipe multiprofissional, por registrar o código de cada diagnóstico de acordo com a CID-10, prescrever e realizar a adesão medicamentosa e administração do período de internação até alta ou encaminhamento do paciente para outro serviço especializado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). Todas as informações sobre o processo de hospitalização do paciente são gerenciadas pelo SAME e essas informações são reportadas a todos os setores do hospital, <https://cawemo.com/share/aaa0cd63-e315-4804-a513-d2e700893d05>.

O diagrama em questão foi elaborado utilizando-se a notação BPMN, que, como já havia sido comentado por sua natureza, permite o mapeamento de processos de negócio e consequentemente a possibilidade de revelar as várias atividades do processo de internação (ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS, 2013). Diante disso, no SAME e nas enfermarias são identificados os locais do processo onde são coletados os dados para gerar indicadores relevantes. Mostramos o modelo de processo de internação detalhado na Figura 10 a seguir.

Figura 11 - Diagrama de Hospitalização Psiquiátrica para o Hospital de referência

Dados obtidos: DRS XIII- 13º Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo / SISAM; SAME: Serviço de Arquivo Médico; AIH: Autorização de Hospitalização; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; UE: Unidade de Emergência.

ISM: Indicadores de saúde Mental 1,2 3,4,5,6.

Diferentemente da análise feita para o CAPS, na subseção anterior a seleção de indicadores de saúde mental, para avaliar o processo de internação hospitalar foram retirados da lista dos 41 indicadores previamente analisados na seção de extração de conhecimento (seção 3.2.1) e detalhados com um relatório da efetividade de uso dos mesmos no Apêndice A. Vale lembrar que o levantamento dos indicadores de saúde mental, tanto na literatura científica quanto nos documentos normativos, teve como base a busca da apresentação de evidências, por parte de cada país selecionado, da efetividade de uso dos indicadores no processo de internação psiquiátrica.

Assim, 6 indicadores foram selecionados e apresentados a seguir por compreenderem o processo de internação do paciente no hospital de referência em estudo, denominados Indicador de Saúde Mental (ISM), e a subsequente análise da aplicação de cada um desses indicadores para o processo de internação no hospital regional, de referência deste estudo. Na sequência da identificação de cada indicador, é mostrado o resultado da análise dos dados provenientes do SISAM 13, no período de 2013 a 2017, para cada indicador selecionado (YOSHIURA, 2015).

ISM-1: Proporção de indivíduos hospitalizados por doença mental que passaram um total de 30 dias ou mais no hospital. Este indicador é utilizado efetivamente no Canadá e na Austrália, com apenas uma diferença no número de dias, Canadá 30 dias, Austrália 28 dias de hospitalização. No Canadá esse indicador é apresentado como uma média de 22,6%, para o período de 2006 a 2013. Tomando como referência essa apresentação e utilizando os dados do SISAM 13, as taxas de indivíduos internados por doença mental que passaram de 30 dias no hospital de referência, no período selecionado, foi em média de 59,19% (YOSHIURA, 2015). Tal valor sugere que a maioria das internações deste hospital são de longa permanência, o que é de fato uma característica da região de estudo. Outra possibilidade é a dificuldade da alta de pacientes psiquiátricos que muitas vezes não têm um ambiente familiar ou condições socioeconômicas fora do hospital que garantam a alta. Assim, a comparação dos valores absolutos deste indicador entre o hospital de referência e outros países, e até hospitais, fica levemente comprometida se não forem consideradas outras características do hospital e região de saúde. Apresentamos as informações das internações na Tabela 9 a seguir.

Tabela 9 - Taxa de indivíduos internados por 30 dias ou mais, em um ano, em Hospital Psiquiátrico, no período de 2013 a 2017, DRS XIII^a, São Paulo, Brasil

Ano	Total de pacientes	Pacientes hospitalizados por mais de 30 dias por ano	Porcentagem
2013	686	347	50.58%
2014	587	362	61.67%
2015	617	388	62.88%
2016	594	337	56.73%
2017	460	295	64.13%

^a=DRS XIII: 13º Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo; Dados obtidos no Sistema de Informação em Saúde Mental – SISAM (YOSHIURA, 2015).

ISM-2: Porcentagem de pessoas com 18 anos ou mais, readmitidas no hospital em até 30 dias, após a alta hospitalar devido a problemas relacionados a um transtorno mental. Este indicador é utilizado e calculado desta forma apenas no Canadá. Em um Relatório apresentado em 2015, para o período de 2009 a 2013, a média de readmissões foi de 11,5%. Analisando os dados do SISAM 13, observamos uma média de 3,03% de reinternações, ao longo dos 5 anos. Os pacientes com readmissão em menos de 30 dias após a alta foram 4,13% (readmissão de 25 pacientes) em 2013, 4,06% (readmissão de 22 pacientes) em 2014, 2,60% (readmissão de 15 pacientes) em 2015, 3,67% (Readmissão de 19 pacientes) em 2016 e 0,72% (readmissão de 3 pacientes) em 2017 (YOSHIURA, 2015). Em relação ao ISM-2, encontramos para o hospital em estudo, uma tendência significativa de queda de 4,13%, em 2013, para 0,72%, em 2017 (YOSHIURA, 2015). Isso revela uma possível evolução na eficiência dos serviços deste hospital brasileiro no período estudado, mas a elucidação dos motivos da diminuição do número de reinternações pode ser considerado um mote para futuras investigações.

ISM-3: Porcentagem de pessoas com 18 anos ou mais com pelo menos três hospitalizações relacionadas à doença mental, entre aqueles que tiveram pelo menos uma internação por doença mental em um ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). Os dados do SISAM 13 apresentaram uma média de 2,99% de pacientes, com 18 anos ou mais, que tiveram pelo menos três internações relacionadas a doenças mentais em um ano (YOSHIURA, 2015). Este indicador é utilizado e calculado desta forma apenas no Canadá, onde é possível observar que a média de pacientes com mais de 3 internações foi de 11,0% em

um período de 5 anos (2008 a 2012) (YOSHIURA, 2015). Também podemos observar uma tendência importante de queda no número desses pacientes no período analisado, dado que em 2013 foi registrado um percentual de 5,29% de readmissões enquanto em 2017 esse valor foi de 1,4%. Este fenômeno pode mostrar que houve uma possível evolução no desempenho da rede de atendimento e suporte entre os anos de 2013 a 2017, como podemos observar na Tabela 10 a seguir.

Tabela 10 - Percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade com pelo menos três internações relacionadas a doenças mentais, em um ano, em Hospital Psiquiátrico, no período de 2013 a 2017, DRS XIII^a, São Paulo, Brasil

Ano	Pacientes hospitalizados com 18 anos ou mais	Pacientes com 18 anos ou mais, com 3 ou mais hospitalizações em um ano	Porcentagem
2013	605	32	5.29%
2014	542	16	2.95%
2015	577	15	2.60%
2016	518	14	2.70%
2017	416	6	1.44%

^a=DRS XIII: 13º Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo; Dados obtidos no Sistema de Informação em Saúde Mental – SISAM (YOSHIURA, 2015).

ISM-4: Admissão por doença mental aguda em adultos, taxa por 100.000 habitantes entre pessoas com mais de 18 anos. Este indicador é utilizado na Inglaterra e na Austrália, porém, na Inglaterra ele é apresentado e discriminado em 5 domínios de indicadores de saúde mental: Prevalência e Incidência, Fatores de risco, Fatores Protetivos, Serviços e Qualidade e Resultados (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013; LOUISE BRADLEY, 2015; PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021). Ainda discriminado por faixa etária, gênero, tratamento e terapias psicoterápicas e etc. Através dos dados do SISAM 13, para o hospital de referência, observamos uma diminuição significativa das internações no ano de 2017. O ISM-4, no hospital, apresentou taxa média anual de 65,36 internações por 100 mil habitantes diagnosticadas como transtornos mentais (YOSHIURA, 2015). Durante o período de estudo, o grupo diagnóstico com maior taxa média refere-se a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e

delirantes (21,46 internações por 100 mil habitantes). Já os diagnósticos de Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos (F50-F59) e Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89) não apresentaram nenhuma internação no período. As informações são apresentadas na Tabela 11 a seguir, onde é apresentada a distribuição de internações por grupo diagnóstico (LOUISE BRADLEY, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

Tabela 11 - Taxa de internação, por 100.000 habitantes, para pessoas com 18 anos ou mais de idade, relacionada aos diagnósticos de transtornos mentais, no Hospital Psiquiátrico, no período de 2013 a 2017, DRS XIII^a, São Paulo, Brasil

Transtornos mentais e comportamentais (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006)	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Orgânico, incluindo transtornos mentais sintomáticos (F00-F09)	0.91	1.82	1.21	2.12	0.91	1.39
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19)	23.6 9	18.3 3	22.9 8	14.3 8	8.40	17.56
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29)	23.1 9	21.1 6	24.3 0	22.0 7	16.6 0	21.46
Transtornos do humor [afetivos] (F30-F39)	19.0 3	14.8 8	14.3 8	19.3 4	15.2 9	16.58
Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F48)	0.20	0.50	0.81	0.70	0.60	0.56
Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos (F50-F59)	0	0	0	0	0	0
Transtornos da personalidade e comportamento adulto (F60-F69)	5.26	3.34	3.24	4.05	3.64	3.90
Retardo mental (F70-F79)	1.82	1.72	1.41	2.12	1.51	1.72
Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89)	0	0	0	0	0	0
Distúrbios comportamentais e emocionais com início geralmente ocorrendo na infância e adolescência (F90- F98)	0.10	0.10	0	0	0.10	0.06
Transtorno mental não especificado (F99-F99)	0.30	0.20	0	0	0	0.10
Outros diagnósticos	2.93	3.34	1.92	0.60	1.11	1.98

Total de admissões	77.4 7	65.4 2	70.2 8	65.4 2	48.2 0	65.36
--------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------

Dados de população obtidos no IBGE senso 2010 (IBGE,2010). Numerador / denominador multiplicado por 100.000 habitantes

^a =DRS XIII: 13º Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo; Dados obtidos no Sistema de Informação em Saúde Mental – SISAM (YOSHIURA, 2015).

ISM-5: Número de internações agudas em Hospital Psiquiátrico para adultos em idade produtiva, durante um ano, devido ao uso de substâncias psicoativas, expresso como taxa por 100.000 habitantes maiores de 18 anos. Este indicador também é utilizado na Inglaterra e na Austrália, porém, na Inglaterra ele é utilizado de forma semelhante ao indicador ISM-4. Os dados obtidos, por meio do SISAM 13, são apresentados na Tabela 12 a seguir, mostrando a distribuição de internações por transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas no período de estudo (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013; LOUISE BRADLEY, 2015; PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021) .

Tabela 12 - Taxa de internação, por 100.000 habitantes, para pessoas com 18 anos ou mais de idade, relacionada ao uso de substâncias psicoativas em Hospital Psiquiátrico, no período de 2013 a 2017, DRS XIII^a, São Paulo, Brasil

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID-10) (OMS-CID 10, 1997)	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10)	6.38	4.25	6.38	2.83	1.62	4.29
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opióides (F11)	0	0	0	0.20	0	0.04
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides (F12)	0.50	0.50	0.50	0.50	0.30	0.46
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos ou hipnóticos (F13)	0.20	0	0	0	0	0.04
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína (F14)	3.94	2.43	3.64	3.44	1.41	2.97
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, incluindo cafeína (F15)	0	0	0	0	0	0
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos (F16)	0.20	0	0	0	0	0.04

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de tabaco (F17)	0	0	0	0	0	0
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis (F18)	0	0	0	0	0	0
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas (F19)	12.4 5	11.1 4	12.4 5	7.39	5.06	9.70
Total de admissões devido ao uso de substâncias	23.6 9	18.3 3	22.9 8	14.38	8.40	17.56

Dados de população obtidos no IBGE senso 2010 (IBGE,2010). Numerador / denominador multiplicado por 100.000 habitantes

^a =DRS XIII: 13º Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo; Dados obtidos no Sistema de Informação em Saúde Mental – SISAM (YOSHIURA, 2015).

O ISM-5, no hospital de estudo, apresentou uma taxa média anual de 17,56 hospitalizações, por 100.000 habitantes, no período entre 2013 e 2017 (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013; LOUISE BRADLEY, 2015; PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021). Além disso, observou-se uma tendência de queda na taxa anual durante o período, dado que a taxa se iniciou com 23,69 admissões por 100 mil habitantes em 2013 e reduziu para 8,40 em 2017. O principal motivo para essa queda se encontra nas características do hospital e em seu papel dentro da rede, uma vez que o hospital dispõe de maior capacidade no acolhimento de pacientes com transtornos mentais puros ou com comorbidades, enquanto há outro hospital na região voltado para o atendimento de pacientes com transtornos envolvendo álcool e outras drogas (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013; LOUISE BRADLEY, 2015; PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021).

ISM-6: O tempo médio (em dia) de permanência em um Hospital Psiquiátrico, em um ano, em serviço de saúde mental para pacientes internados no estado ou território (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013). Este indicador é utilizado e calculado desta forma na Austrália, porém, este é um indicador universal e utilizado no Brasil e em outros países dentro da gestão hospitalar. Os dados do SISAM mostram que nos 5 anos estudados, o tempo médio de internação de um paciente, por ano, é de 45,64 dias (YOSHIURA, 2015). Em 2013 essa média foi de 41,69 dias, 2014 teve uma média de 50,96 dias, em 2015 observamos uma média de 44,73 dias, e por fim, para 2016 e 2017, os valores foram 42,75 dias e 48,10 dias, respectivamente (YOSHIURA, 2015). A partir da análise dos dados anuais deste indicador não foi possível verificar se há tendência de queda ou aumento do tempo médio no período.

Entretanto, uma análise conjunta do ISM- 1 e ISM-6 confirma a característica do hospital como um centro de internações de longa permanência, papel desempenhado em acordo com as características da região de saúde que já conta com um hospital de urgência e emergência para atendimentos psiquiátricos.

Discussão

Dentre os achados deste estudo, destaca-se inicialmente, a modelagem do processo de hospitalização do paciente acoplada à seleção de 6 indicadores para tal processo de hospitalização psiquiátrica, e que obtêm resultados relevantes para a saúde pública de suas localidades a partir dele. Identificamos no diagrama gerado o local em que as informações podem ser coletadas dentro do processo de internação, para gerar os valores para os indicadores selecionados e propostos, proporcionando evidências relevantes para gestão (COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2013; LOUISE BRADLEY, 2015; PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2021).

O ciclo de vida BPM prevê que os processos sejam modelados, configurados, executados e avaliados rotineiramente (ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS, 2013). Na etapa de avaliação, se forem identificados indicadores com valores não satisfatórios, isso pode impactar no fluxo de controle e, conseqüentemente, nos SIS que suportam as atividades do processo. Por outro lado, caso não haja registros dos valores necessários para produzir os indicadores em um determinado momento, é possível utilizar os valores coletados em períodos anteriores como subsídios para que sistemas de informação possam fazer estimativas da demanda de saúde da população com base nessas informações (GEORGES, 2010).

Todavia, estudos mostram que, no Brasil, há uma ausência significativa de informações para a área de saúde mental como, por exemplo, informações sobre a taxa de internações de transtornos mentais mais frequentes, ou a taxa de jovens internados com distúrbios mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias. Logo, uma condição essencial para análise do processo de internação, bem como para tomada de decisões com base em evidências, é a disponibilidade de informações fidedignas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Quando examinados em conjunto, os indicadores devem refletir a situação epidemiológica e servir para a vigilância das condições de saúde de uma população.

Por exemplo, indicadores de readmissões hospitalares (ISM-2 e ISM-3) são relevantes para a prática clínica e gestão de serviços, uma vez que a ocorrência de readmissões hospitalares dentro de 30 dias após a alta, frequentemente reflete consequências clínicas negativas para pacientes com transtornos mentais, e pode ocorrer devido a fatores como acesso inadequado aos cuidados subsequentes, falta de adesão aos medicamentos, ausência de autocuidado e falha na rede de serviços de seguimento (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2018). No caso de elevado número de readmissões, um dos motivos pode estar relacionado ao não comparecimento aos serviços de atenção básica (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2018).

Essa readmissão também pode estar relacionada ao paciente internado, que por algum motivo necessita ser hospitalizado em outro hospital especializado ou serviço da rede e, após essa internação, retorna ao hospital psiquiátrico (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2018). As hospitalizações frequentes podem ocorrer em pessoas com transtornos mentais graves, mas também podem sugerir um planejamento inadequado da alta médica, ou ainda, falta de serviços de atendimento de emergência, deficiências no atendimento comunitário e/ou na interface hospital-comunidade (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010). Dessa forma, esse indicador possui um grande potencial para aprimorar a coordenação entre os serviços da RAPS, e impactar positivamente a tomada de decisão pública com base em evidências.

Os indicadores que apresentam taxas de internação psiquiátrica com diagnósticos específicos (ISM-4) são exemplos de transtornos mentais que geralmente persistem ao longo do tempo e afetam pessoas de todas as culturas e perfis socioeconômicos, além de serem muito onerosos para os sistemas de saúde (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010). Destacamos a importância desse indicador para o serviço por fornecer informações necessárias, e de acesso fácil e rápido, para a elaboração de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde e organização e planejamento de leitos.

Podemos afirmar também que indicadores que apresentam taxas de internações psiquiátricas por uso de substâncias psicoativas (ISM-5) objetivam o manejo eficiente das doenças psiquiátricas ao longo de seus tratamentos e a redução das internações por motivos evitáveis. Através desses dados é possível planejar adequadamente, por exemplo, o aumento do tempo de seguimento do paciente em serviços extra hospitalares (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2018). Essas taxas mostram que o uso de substâncias psicoativas representa uma quantidade considerável das internações psiquiátricas do hospital escolhido, o que revela a necessidade de uma ação mais efetiva do poder público, por meio de programas públicos de

informação e prevenção relativos ao uso dessas substâncias e sua verdadeira relação com a psiquiatria (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010).

O tempo de internação (ISM-1 e ISM-6) apresentado pelos indicadores é determinado por diversos fatores, uma vez que as características particulares de cada doença e a falta de estruturas de serviços de apoio podem determinar um tempo prolongado de internação (CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010).

Um tratamento clínico adequado à prática não se reflete necessariamente em um menor tempo de internação. No contexto do indicador de tempo de internação, sugerimos a utilização de indicadores adicionais para revelar as correlações existentes, como por exemplo, a quantidade e a qualidade dos atendimentos de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros disponíveis (AHUJA et al., 2018; ZHANG; HARVEY; ANDREW, 2011).

Uma das limitações deste estudo consiste em não se aprofundar nas análises dos subprocessos da internação, onde poderiam ser identificados e até incluídos outros indicadores de atendimento, como custos de leitos por dia ou fatores de qualidade e satisfação relacionados às internações. Outra limitação foi não realizar a comparação dos valores observados nas internações do hospital do DRS XIII com o de outro hospital de características semelhantes, mas de outra região com a mesma dimensão populacional. Além disso, este estudo também se limita a estudar somente um dos hospitais presentes da região. Como citado anteriormente no método, incluímos nas limitações não termos disponibilidade de dados mais recentes do SISAM 13, pois este foi desativado, no entanto, a caracterização do processo de internação hospitalar foi feita através das informações obtidas por meio das entrevistas realizadas recentemente. Dessa forma, para amenizar esses pontos, este modelo de mapeamento de processos pode ser adaptado a diferentes contextos de acordo com as necessidades da unidade de saúde de interesse.

A utilização de indicadores pode contemplar todas as áreas envolvidas nos processos de saúde mental, por serem úteis para a gestão das organizações hospitalares e da rede de atenção como um todo. Ao abordar tanto a perspectiva financeira quanto a evolução clínica dos pacientes, e sua circulação nesse sistema, é possível fornecer subsídios importantes para a gestão da qualidade, além de auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas estratégicas (CAMPOS; DOMITTI; CARLA, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Como tem sido apontado pela literatura, no Brasil, faltam métodos para o gestor mensurar as ações realizadas na área de saúde mental (DANTAS; ODA, 2014). Assim, tais

indicadores podem ser usados como métricas para avaliar o impacto da implementação de políticas públicas, como é feito em países como Austrália, Canadá e Inglaterra (GATER et al., 2014). Como já comentado anteriormente, embora o Brasil tenha um conjunto robusto de indicadores de saúde, não possui indicadores de saúde mental ou um sistema de coleta de dados brutos para a geração destes indicadores (MENDES; ROCHA, 2016). Portanto, atender a essa demanda é um dos pontos fortes deste trabalho, ou seja, como mostramos, o uso de indicadores pode melhorar a gestão de procedimentos em todos os níveis da atenção à saúde mental, realocando recursos, automatizando atividades do processo, melhorando a verificação de dados e proporcionando conhecimento para o investimento adequado na qualidade dos serviços de atenção da rede de saúde (ALLOH et al., 2018; STEGBAUER et al., 2017).

CONCLUSÕES

Os principais achados desta tese mostram que é incomum encontrar uma comparação descritiva de programas de monitoramento da qualidade no nível de sistema na literatura técnico-científica relacionada à saúde mental. Isso ocorre não apenas porque tais sistemas são raros ou em desenvolvimento, mas também porque a maioria dos programas é administrada por órgãos públicos nacionais cujo objetivo não é publicar resultados na literatura científica. Iniciativas globais estão em andamento e buscam expandir os serviços de saúde mental para abordar a lacuna de tratamento e atenção.

Os indicadores são importantes ferramentas de informação para mapear avanços, retrocessos ou estagnação em diferentes aspectos e setores da sociedade. Não foi encontrada uma análise dos indicadores pelos sistemas público e privado de financiamento da saúde, mesmo em países que possuem ambos os sistemas. Os indicadores para cada sistema podem apresentar diferenças relevantes para análise. Nesse sentido, esta revisão contribui para esse cenário ao extrair conhecimentos e estabelecer um arcabouço atualizado sobre a utilização dos indicadores de saúde mental para o cuidado e gestão.

Quando mencionamos a importância do uso de indicadores, ressaltamos que eles se destinam a ajudar os indivíduos, compreender o desempenho dos serviços de saúde da comunidade e fornecer informações de forma fácil e conveniente para refletir as mudanças no tempo e avaliar o desempenho do serviço adequado para atender com eficácia às necessidades do cliente. No desenvolvimento de indicadores, os pacientes e a integrativa de indicadores

buscam compreender os problemas de saúde mental, incluindo transtornos mentais; recursos, mão de obra qualificada, instalações e finanças; Serviços de saúde mental; riscos; fatores de proteção, e assim por diante. Eles melhoram o status, os fatores, o sistema e a qualidade dos serviços de saúde mental para incluir prevenção, tratamento, gerenciamento contínuo e intervenções precoces. Os países desenvolvidos investem em indicadores de saúde mental sistematicamente com base em fundamentos teóricos, como projetos nacionais, que não apenas avaliam o status de saúde mental da população e monitoram tendências, mas também fornecem pesquisas científicas aos formuladores de políticas, bem como monitoram processos e resultados de políticas. Os indicadores são ferramentas de triagem úteis para problemas potenciais na atenção preventiva e primária. Eles também determinam se há um problema de qualidade e a necessidade de análises adicionais sobre um determinado tópico.

Este cenário sugere a necessidade de um conjunto de indicadores a serem padronizados pela OMS, servindo como um guia baseado em evidências para as melhores práticas disponíveis. Além disso, sugerimos mais flexibilidade e adaptabilidade, levando em consideração a realidade de cada país. Para isso, o desenvolvimento de indicadores deve ser realizado por profissionais de toda a rede de serviços de saúde.

Levando este fato em consideração, na saúde mental brasileira, a avaliação das estratégias gerenciais não é medida com indicadores internacionalmente padronizados. Isto contribui ainda mais para a dissociação da administração da saúde mental do resto da administração de serviços de saúde.

No entanto, podemos observar que os passos metodológicos aqui apresentados podem ser utilizados para fornecer dados relevantes para subsidiar a tomada de decisões clínicas e administrativas no contexto das RAPS, bem como o planejamento dos serviços de saúde mental, com a finalidade de direcionar as políticas públicas e a alocação eficiente de recursos. Ainda é possível a adaptação do modelo proposto, levando em consideração as características epidemiológicas e sociais do local onde ele será aplicado.

Portanto, tais achados possuem o potencial de impactar positivamente a tomada de decisão baseada em evidências dentro das redes brasileiras de atenção à saúde mental, aprimorando a gestão e o planejamento nessa área, trazendo benefícios para gestores, profissionais de saúde, pacientes e cidadãos em geral.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado de acordo com os requisitos éticos prescritos pela resolução brasileira CNS 466/12 e suas complementares e teve sua aprovação pelo Comitê de Ética de uma das instituições colaboradoras (Protocolo CAAE-93710218 10000 5393, CEP-EERP / USP nº. 205/2018 de 24/08/2018) anexo A. Além disso, destaca-se que todos os participantes da pesquisa concordaram com a utilização das informações fornecidas neste estudo e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) anexo B.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Ao justificar a pertinência desta tese estabelecemos que, a despeito de várias iniciativas, o Brasil não dispõe de um conjunto de indicadores de saúde mental capazes de avaliar de maneira satisfatória os serviços de saúde mental. Além disso, observamos que para estabelecer um conjunto de indicadores de saúde mental eles teriam de seguir minimamente os padrões esperados de utilidade (fornecerem dados relevantes e necessários) e acurácia (serem capazes de informar validamente sobre o mérito das práticas e processos avaliados).

Assim, estabelecemos como objetivo principal desta tese a construção de uma matriz de indicadores de saúde mental para a gestão de uma rede de atenção em saúde mental, RAPS, a partir da análise da convergência de uso de indicadores de saúde mental em países que houvesse evidências de uso desses indicadores. Este trabalho foi realizado exaustivamente, a partir da prospecção nesses países e comparando o uso desses indicadores, quanto aos tipos de indicadores, as formas de se calcular cada um e as suas respectivas interpretações quanto ao uso.

É importante comparar o esquema metodológico proposto aqui com os achados até aqui na literatura, nacional e internacional, sobre a questão dos indicadores de saúde mental mais apropriados para o uso rotineiro e para avaliar diferentes aspectos do serviço. Realmente, os três estágios propostos na figura 4 para esta pesquisa foram feitos de maneira isolada para alcançar esse objetivo.

Como discutido na seção a *Análise Conceitual* efetuamos uma revisão detalhada das publicações disponíveis, além de envolver uma busca e análise detalhada dos documentos normativos de cada país (incluindo a coleção de diretrizes publicada pela OMS), bem como

incluindo na estratégia de busca a experiência no uso de indicadores. Além disso, a questão do uso de indicadores, envolveu em geral as publicações que comparam as experiências de vários países simultaneamente.

Com relação a fase de *Extração de Conhecimento* sobre o uso dos indicadores, estabelecemos que ao final dessa etapa fornecer um relatório detalhado sobre as experiências de uso de indicadores como evidências, a partir do modelo heurístico da Matriz de Saúde Mental, que até onde sabemos é bastante original principalmente como uma adaptação e expansão para as RAPS no Brasil.

Esta última fase tomada em conjunto com a fase de *Validação de Conteúdo* difere bastante das técnicas que têm sido empregadas para propor indicadores de saúde mental que sejam factíveis para avaliação. Ao usar BPMN, na modelagem de processos em saúde mental, estivemos atentos ao perguntar se os achados ao se utilizar a Matriz de Saúde Mental, se a alocação dos indicadores para cada processo está correta, bem como se podemos sugerir uma adaptação ou melhoria da utilidade desses indicadores em cada processo.

É importante frisar, que a despeito do método utilizado ser complexo ele pretende ser completo e é óbvio que todo o trabalho realizado não foi feito de maneira individual, mas sim de maneira colaborativa. Assim, a segurança do caminho metodológico proposto neste trabalho está relacionada com o fato de que cada peça metodológica foi realizada como ideias compartilhadas com outros pesquisadores.

Como principais achados, apresentamos na Tabela 8 os 41 indicadores selecionados previamente, distribuídos em cada dimensão da matriz de saúde mental. e que pode ser tomada como referência para a RAPS brasileira como uma matriz de consenso que pode ser oferecida, conjuntamente com a matriz que explicita o significado e a experiência de uso de cada indicador (Apêndice A), aos gestores como um guia para a avaliação dos serviços de saúde mental baseada na experiência de uso dos indicadores.

Como tem sido apontado pela literatura, no Brasil, faltam métodos para o gestor mensurar as ações realizadas na área de saúde mental (DANTAS; ODA, 2014). Assim, tais indicadores podem ser usados como métricas para avaliar o impacto da implementação de políticas públicas, como é feito em países como Austrália, Canadá e Inglaterra (GATER et al., 2014). Como já comentado anteriormente, embora o Brasil tenha um conjunto robusto de indicadores de saúde, não possui indicadores de saúde mental ou um sistema de coleta de dados brutos para a geração destes indicadores (MENDES; ROCHA, 2016). Portanto, atender a essa

demanda é um dos pontos fortes deste trabalho, ou seja, como mostramos, o uso de indicadores pode melhorar a gestão de procedimentos em todos os níveis da atenção à saúde mental, realocando recursos, automatizando atividades do processo, melhorando a verificação de dados e proporcionando conhecimento para o investimento adequado na qualidade dos serviços de atenção da rede de saúde (ALLOH, 2018; BRAMESFED et al., 2016).

Realmente, os indicadores fornecem uma base quantitativa para médicos, organizações e planejadores, cujo objetivo é alcançar melhorias no atendimento e nos processos pelos quais o atendimento ao paciente é fornecido. Modelado e estabelecido os processos, através dos experimentos realizados usando BPMN, foi possível dar um passo além e verificar que a medição e o monitoramento de indicadores servem a muitos propósitos, tornando possível documentar a qualidade do atendimento, fazer comparações (benchmarking) ao longo do tempo entre as organizações (por exemplo, serviços de saúde mental), definir prioridades, apoiar a responsabilização, regulamentação e acreditação, também como melhoria da qualidade e escolha do provedor do paciente.

Mesmo com esses resultados, notamos que estamos na fase inicial das pesquisas sobre indicadores de saúde mental e sua gestão numa rede de atenção, em especial a RAPS brasileira com sua complexidade. Este fato nos desperta o interesse por saber que muito deve ser pesquisado e emerge um número importante de possibilidades de pesquisas e publicações.

Realmente, entrevemos vários trabalhos futuros que podem ser derivados, ou serem complementares a esta tese. O primeiro deles seria uma ampliação dos experimentos realizados nas seções 3.3.1 e 3.3.2 relacionados aos processos e subprocessos pertinentes a Raps. Ao modelar esses processos podemos visualizar os acertos e as dificuldades, assim como possíveis alternativas para contorná-los, sugerindo modificações, identificando os gargalos do serviço e com isso alcançar melhorias em toda a rede de serviços.

Uma outra abordagem que pode ser utilizada é a aplicação do método Delphi, onde diferentemente das técnicas de avaliação participativa (discutidas nas seções 1.1.5 e 1.3) podemos apresentar a um grupo de especialistas (juízes) um conjunto de indicadores, com informações sobre sua viabilidade (se é possível calculá-lo, de maneira adequada frente a fonte de dados para tal), bem como um relatório sobre a experiência de uso desse indicadores (qual é o impacto real que a utilização desse indicador pode ter sobre o serviço). Esta forma de utilizar o método Delphi também difere sensivelmente de um estudo recente bastante similar ao pretendido aqui (JORDANS et al, 2016), que gerou um total de 876 indicadores possíveis ao

perguntar aos especialistas quais seriam os melhores indicadores para gestão local de saúde mental.

Diante deste fato um projeto intitulado “*Consenso de uma matriz de indicadores de saúde mental para uso na Rede de Atenção Psicossocial Brasileira: Estudo Delphi*” será desenvolvido como continuação desta tese, buscando aprimoramento e um maior consenso ao conjunto de indicadores selecionado neste trabalho, previamente escolhidos baseado em evidências.

REFERÊNCIAS

ADDINGTON, D. et al. Facilitators and barriers to implementing quality measurement in primary mental health care: Systematic review. **Canadian Family Physician**, v. 56, n. 12, p. 1322–1331, 2010.

AHUJA, S. et al. Development of mental health indicators at the district level in Madhya Pradesh, India: mixed methods study. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 867, 19 dez. 2018.

ALA-NIKKOLA, T. et al. Size Matters — Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 11, n. 8, p. 8456–8474, 19 ago. 2014.

ALLOH, F. T. et al. Mental Health in low-and middle income countries (LMICs): Going beyond the need for funding. 2018.

ALMEIDA, P. F. DE. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/Rj.** [s.l.: s.n.].

AMADDEO, F.; TANSELLA, M. New perspectives of mental health service research Nuove prospettive della ricerca sui servizi per la salute mentale. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 20, n. 1, p. 3–6, 28 mar. 2011.

AMARANTE, P. D. DE C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde debate**, p. 26–34, 2001.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. Geração Ed ed. [s.l.] Emediato, Luiz Fernando, 2013. v. 4

ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS. **Cbok B. Guia para Gerenciamento de Processos de Negócio - Corpo Comum de Conhecimento**. 3. ed. [s.l.] ABPMP BPM CBOK, 2013.

BARELKOWSKI M et al. **Bpmn.io: Simple Process Modeling**. Disponível em: <<https://bpmn.io/about/>>.

BARROS, R. E. M. **Re-internações Psiquiátricas – influência de variáveis sócio-demográficas , clínicas e de modalidades de tratamento**. [s.l.] UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2012.

BECKER, T.; VMZQUEZ-BARQUERO, J. L. **The European perspective of psychiatric reform**. Acta Psychiatrica Scandinavica. **Anais...**2001

BRAMESFELD, A. et al. Monitoring mental healthcare on a system level: Country profiles and status from EU countries. **Health Policy**, v. 120, n. 6, p. 706–717, jun. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília=DF: [s.n.].

BRASIL. **Portaria nº 189 de 20 de Março de 2002.**, 2002.

BROWNSON, R. C.; FIELDING, J. E.; MAYLAHN, C. M. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. **Annual Review of Public Health**, v. 30, n. 1, p. 175–201, abr. 2009.

CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI; CARLA, A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

CAMUS, A. **Noces Suivi De L'Ete**. No 16 ed. [s.l.] Edition, French, 1959.

CANDIDO, M. C. F. S.; FUREGATO, A. R. F. Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 1, n. 2, p. 0–0, 2005.

CARTA, M. G. et al. Psychosocial wellbeing and psychiatric care in the European Communities: analysis of macro indicators. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 39, n. 11, p. 883–892, nov. 2004.

CASTRO, S. A. DE; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Psychiatric Re-hospitalizations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 800–808, ago. 2010.

CASTRO, S. A. DE; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. EGRESSOS DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA ACOMPANHADOS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 1, 7 ago. 2018.

COHEN, A. et al. Three models of community mental health services In low-income countries. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 5, n. 1, p. 3, 2011.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde**

Pública, v. 25, n. 7, p. 1614–1619, jul. 2009.

COMMONWEALTH OF AUSTRALIA. **Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services. National Mental Health Working Group Information Strategy Committee Performance Indicator Drafting Group**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7L0YIY1Q7v4J:www.health.gov.au/internet/mhsc/publishing.nsf/Content/6ED8F0B7238F9736CA257A5C0009E786/\\$File/kpi2.pdf+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=nz&client=firefox-a%5Cnwww.health.gov.au/mhsc.%5Cnhttp://amhocn](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7L0YIY1Q7v4J:www.health.gov.au/internet/mhsc/publishing.nsf/Content/6ED8F0B7238F9736CA257A5C0009E786/$File/kpi2.pdf+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=nz&client=firefox-a%5Cnwww.health.gov.au/mhsc.%5Cnhttp://amhocn)>.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Complexo Hospitalar Juqueri: um dos símbolos do surgimento da psiquiatria no Brasil**. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1129>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

CONTOH, B. et al. **ESTIGMATIZACIÓN HACIA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN PERSONAL DE SALUD MENTAL, DESDE UNA PERSPECTIVA INTERACCIONAL**. [s.l.] Universidad de Concepción - Facultad de Ciencias Sociales, 2019.

COSTA, N. DO R. et al. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4603–4614, dez. 2011.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 151–164, 2009.

DANTAS, C. DE R.; ODA, A. M. G. R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1127–1179, dez. 2014.

DE LIMA, I. B. et al. Feasibility analysis of a matrix of mental health indicators for evidence-based management : a research protocol. In: **Centeris/ Projman/ Hcist 2017**. Barcelona: E-book edition by Scika, 2017. p. 268–273.

DE LIMA, I. B. et al. **Proposal for selection of mental health indicators in the management of health networks: From heuristic to process modeling**. *Procedia Computer Science. Anais...Elsevier* B.V., 2018aDisponível em: <www.sciencedirect.comwww.sciencedirect.comwww.elsevier.com/locate/procedia1877-0509www.sciencedirect.comwww.elsevier.com/locate/procedia1877-0509>. Acesso em: 31 mar. 2021

DE LIMA, I. B. et al. **Indicadores de saúde mental no processo de hospitalização em uma Rede Atenção Psicossocial brasileira**. Ribeirão Preto: [s.n.].

DELFINI, M. G.; MIYOSHI, N. S. B.; ALVES, D. Minimum data consensus: essential information to continuing healthcare. **Proceedings - IEEE Symposium on Computer-Based Medical Systems**, v. 2015- July, p. 205–207, 2015.

DELGADO, P. **Projeto de Lei 3657/1989** Brasil, 1989.

DIAS, B. M. **Readmissão hospitalar como indicador de qualidade**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 22 jan. 2016.

DIXON, A. et al. Financing mental health services in low-and middle-income countries. 2006.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring**. [s.l.] Health Administration Press, Ann Arbor., 1980.

DONABEDIAN, A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. **QRB - Quality Review Bulletin**, v. 18, n. 11, p. 356–360, nov. 1992.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830 - 1930)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ERDMANN, A. L. et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131–139, fev. 2013.

EUROPEAN COMMISSION. **Proposed set of mental health indicators; definitions, description and sources** National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) , Helsinki. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_annexe2_09_en.pdf>.

FERNANDES, S. et al. <p>The Patient-Reported Experience Measure for Improving qUality of care in Mental health (PREMIUM) project in France: study protocol for the development and implementation strategy</p>. **Patient Preference and Adherence**, v. Volume 13, p. 165–177, 2019.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 20 Edição ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FRAGA, M. DE N. DE O.; SOUZA, Â.; BRAGA, V. A. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p. 207–11, jun. 2005.

FRANCO, J. L. F. **Sistemas de Informação em Saúde**. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade13/p_05.htm>. Acesso em: 14 abr. 2021.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 785–795, 2006.

FURTADO, J. P. et al. INDICADORES EM SAÚDE MENTAL O problema. **Cad. Saúde Pública**, p. 102–102, 2013.

GAEBEL, W.; JANSSEN, B.; ZIELASEK, J. **Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany** Current Opinion in Psychiatry, nov. 2009.

GATER, R.; CHEW, Z.; SAEED, K. Situational analysis: preliminary regional review of the

Mental Health Atlas 2014. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 12, n. 7, p. 467–476, 1 jul. 2015.

GEORGES, M. R. R. Business Process Modeling and Production Control System Specification in the Self-Adhesive Industry. **JISTEM Journal of Information Systems and Technology Management**, v. 7, n. 3, p. 639–668, 2010.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 112–120, abr. 2010.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 2010.
HAN, H. et al. Development of Mental Health Indicators in Korea. **Psychiatry Investigation**, v. 9, n. 4, p. 311, 2012.

HANLON, C. et al. Evaluating capacity-building for mental health system strengthening in low- and middle-income countries for service users and caregivers, service planners and researchers. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 27, n. 1, p. 3–10, 1 fev. 2018.

HARTVEIT, M. et al. Quality indicators for the referral process from primary to specialised mental health care: an explorative study in accordance with the RAND appropriateness method. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 4, 3 dez. 2017.

HERNÁNDEZ F., L. J. Evaluación de resultados e impactos de un Modelo de Salud Mental Basado en la Comunidad en localidades de Bogotá, DC. **Revista de Salud Pública**, v. 5, n. 3, p. 272–283, 2003.

HIRDES, A. [The psychiatric reform in Brazil: a (re)view]. **Ciencia & saude coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297–305, fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Disponível em: <<https://ibge.gov.br/>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

JACOB, K. et al. Mental health systems in countries: where are we now? **The Lancet**, v. 370, n. 9592, p. 1061–1077, set. 2007.

JORDANS, M. J. D. et al. Indicators for routine monitoring of effective mental healthcare coverage in low- and middle-income settings: a Delphi study. **Health Policy and Planning**, v. 31, n. 8, p. 1100–1106, 1 out. 2016.

KILBOURNE, A. MC. AND O. IN M. THE Q. OF M. H. C.; KEYSER, D.; PINCUS, H. A. **Challenges and Opportunities in Measuring the Quality of Mental Health Care**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3084488/pdf/nihms287024.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

KINKOROVÁ, J.; TOPOLČAN, O. Overview of healthcare system in the Czech Republic. **EPMA Journal**, v. 3, n. 1, p. 1–8, 2012.

LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP. Scale up services for mental disorders: a call for action. **The Lancet**, v. 370, n. 9594, p. 1241–1252, out. 2007.

LAURIKS, S. et al. Composing a Core Set of Performance Indicators for Public Mental Health Care: A Modified Delphi Procedure. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, 15 jun. 2013.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation Science**, v. 5, n. 1, p. 69, 20 dez. 2010.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189–201, dez. 2003.

LIMA, I. B. DE et al. The use of indicators for the management of Mental Health Services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021.

LIMA, I. B. DE. **O uso da Matriz de Saúde Mental no posicionamento de indicadores de saúde mental na Rede de atenção Psicossocial brasileira**. Ribeirão Preto: [s.n.].

LOBOSQUE, A. M. Foucault e a luta antimanicomial brasileira: uma intensa presença. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 1, p. 324–336, 2018.

LORA, A. Call for information, call for quality in mental health care. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 22, n. 1, p. 9–13, 2013.

LOUISE BRADLEY. **Informing the future: Mental health indicators for Canada**. [s.l: s.n.].
LUND, C. et al. Public sector mental health systems in South Africa: Inter-provincial comparisons and policy implications. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 45, n. 3, p. 393–404, 2010.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 281–298, 2006.

MAGALI GOUVEIA ENGEL. **Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930), Os - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): Ciência e tecnologia em saúde para a população brasileira**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2001.

MAI, Q. et al. The impact of mental illness on potentially preventable hospitalisations: a population-based cohort study. **BMC Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 163, 10 dez. 2011.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Modelo de Matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, 1 ago. 2009.

MARIA, S.; COUTINHO, V. **Estado da arte indicadores no contexto da**

sustentabilidadeSão Carlos, 2020.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO ROA, A. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. [s.l.] Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) Ministério da Saúde (MS) Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil, 2016.

MARZALL, K.; ALMEIDA, J. O Estado Da Arte Sobre Indicadores De Sustentabilidade Para Agroecossistemas. **Seminário Internacional sobre Potencialidades e Limites do Desenvolvimento Sustentável**, 1999.

MASKILL, C.; NEW ZEALAND. MINISTRY OF HEALTH. **Health indicators for New Zealanders with intellectual disability**. [s.l: s.n.].

MATEUS, M. D. Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. p. 399–399, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008.

MENDES, M. F. DE M.; ROCHA, C. M. F. DA. AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DE POLÍTICAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 4, p. 352–359, 2016.

MINISTERIO DA CASA CIVIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**, 2021.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**Secretaria Executiva Departamento de Informações do SUS. [s.l: s.n.]. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf>.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria 4.278, de 30 de dezembro de 2010**Diário oficial da União, 2010. Disponível em:
<onselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAÚDE MENTAL NO SUS: Os centros de atenção Psicossocial**. [s.l: s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)**, 2011a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 26 set. 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil**. [s.l: s.n.]. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2021b.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 615, DE 15 DE ABRIL DE 2013**Brasil, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015** Ministério da Saúde. Brasília=DF: [s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **MANUAL INSTRUTIVO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)**. Brasília=DF: [s.n.].

MOHER, D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 4, p. 264, 18 ago. 2009.

MORAES, M. C. L. **Indicadores de saúde mental nos sistemas de informações em saúde: em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

NICACIO, E. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 612–613, mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. [s.l.] Organização Mundial de saúde, 2011.
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **MARCO DE REFERENCIA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL MARCO DE REFERENCIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL FRAMEWORK FOR THE IMPLEMENTATION OF THE REGIONAL STRATEGY FOR MENTAL HEALTH**. Washington, D. C: [s.n.].

PACHECO, S. U. C.; RODRIGUES, S. R.; BENATTO, M. C. A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida. **Mental**, v. 12, n. 22, p. 72–89, 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **MENTAL HEALTH ATLAS OF THE AMERICAS**. Washington, DC: PAHO HQ Library Cataloguing-in-Publication Data, 2016.

PERLMAN, C. M. et al. Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 15, 10 dez. 2013.

PINTO, L. F.; DE FREITAS, M. P. S.; DE FIGUEIREDO, A. W. S. National information and population survey systems: Selected contributions from the ministry of health and the IBGE for analysis of brazilian state capitals over the past 30 years. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1859–1870, 2018.

PUBLIC HEALTH ENGLAND. **Common Mental Health Disorders**. Disponível em: <<https://fingertips.phe.org.uk>>.

QUERINO, R. A. et al. Psychosocial care network: managers' perception and tensions of the field. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 1, p. 1–10, 2020.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores de Saúde e a RipsaRIPSA**. [s.l: s.n.].

ROTAR, A. M. et al. Reporting and use of the OECD Health Care Quality Indicators at national and regional level in 15 countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 28, n. 3, p. 398–404, jun. 2016a.

RUFINO, A. N. **Notas de aula disciplina Metodologia Epidemiológica II** Ribeirão Preto Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, , 2018.

RUUD, T. et al. Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 22, n. 6, p. 636–642, nov. 2009.

SALVADOR-CARULLA, L. et al. Indicadores para la evaluación de sistemas de salud mental en España. **Madrid: Sociedad ...**, n. November, 2010.

SANFELICE, J. L. Reforma do Estado e da educação no Brasil de FHC. **Educação & Sociedade**, v. 24, n. 85, p. 1391–1398, 2003.

SASHIDHARAN, S. P. et al. Global mental health in high-income countries. **British Journal of Psychiatry**, v. 209, n. 1, p. 3–5, 2 jul. 2016.

SASSO, A. M. **Desenvolvimento de um sistema para a gestão de desempenho dos centros de atenção psicossocial (CAPS) em um departamento regional de saúde**.

SECRETARIA DA SAÚDE. **Matriz Demográfica**. Disponível em: <<https://www.saude.sp.gov.br/links/matriz>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO. **Pactuação Interfederativa 2017 - 2021**. [s.l: s.n.].
SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. DE A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 3, p. 3579–3586, 2010a.

SOUZA, A. **Em tempos de PSF... novos rumos para atenção em saúde mental?** [s.l.] Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2004.

STEGBAUER, C. et al. Development of indicators for a nationwide cross-sectoral quality assurance procedure for mental health care of patients with schizophrenia, schizotypal and delusional disorders in Germany. **Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im**

Gesundheitswesen, v. 126, p. 13–22, 2017.

STELLA, M.; GOULART, B.; DURÃES, F. A REFORMA E OS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: HISTÓRIAS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO REFORM AND PSYCHIATRIC HOSPITALS: HISTORIES OF DEINSTITUTIONALIZATION. **Psicologia & Sociedade**, p. 112–120, 2010.

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**, v. 49, n. 4, p. 472–480, dez. 2009.
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews**. [s.l.: s.n.].

THERESA, M.; KALIL, C. Revisão de literatura e revisão sistemática: uma análise objetiva. **INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENCE DENTISTRY**, v. 28, p. 39–47, 2021.

THOMSON, R. UK Quality Indicator Project(R) (UK QIP) and the UK independent health care sector: a new development. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 16, n. suppl_1, p. i51–i56, 1 abr. 2004a.

THORNICROFT, G.; SEMRAU, M. Health system strengthening for mental health in low- and middle-income countries: introduction to the Emerald programme. **BJPsych Open**, v. 5, n. 5, p. e66, 6 set. 2019.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **The Mental Health Matrix A Manual to Improve Services**. [s.l.] United States of America by Cambridge University Press, New York, 1999.
THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Better Mental Healht Care**. New York: Cambridge University Press, 2008.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNÃO. **Relatório de Avaliação de Programa Ações de Atenção à Saúde Mental**, 2005.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Ata nº 35, de 22 de setembro de 2010 -**, 2010.
U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **Medical Subject Headings - MeSH**. Disponível em: <<https://www.nlm.nih.gov/databases/download/mesh.html>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

VAN BELLEN, H. M. Indicadores de sustentabilidade: um levantamento dos principais sistemas de avaliação. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 2, n. 1, p. 01–14, 2004.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11–48, dez. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)**.World Health Organization. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health systems in selected low-and middle-**

income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis WHO-AIMS. Geneva: [s.n].
 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. Genebra: [s.n].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO-AIMS: REPORT ON MENTAL HEALTH SYSTEMS IN LATIN AMERICA AND THE CARIBEBAN**. Washington, D.C: [s.n].
 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health atlas 2014**. Geneva: [s.n]. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/>. Acesso em: 18 mar. 2019.

XAVIER, M. et al. **Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020**Inês Pestana Antônio Pires Preto. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>>.

YOSHIURA, V. T. **Desenvolvimento e implantação de um sistema web para monitoramento da rede de atenção em saúde mental**. São Carlos: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, 14 abr. 2015.

YOSHIURA, V. T. et al. A web-based information system for a regional public mental healthcare service network in Brazil. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 11, n. 1, 2017.

ZHANG, J.; HARVEY, C.; ANDREW, C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility : a retrospective study. 2011.

APÊNDICE A - Indicadores Saúde mental selecionados

I D	Indicadores					F o n t e	Domínios
	Saúde Mental selecionados	País	Conceituação	Método de Cálculo			
1	Indivíduos hospitalizados por mais de 30 dias em um ano	Canadá	A proporção de indivíduos hospitalizados por doença mental que passaram um total de 30 dias ou mais do ano no hospital	Numerador: número de indivíduos que receberam alta pelo menos uma vez por ano com diagnóstico de doença mental cujo total do tempo no hospital (somado em todas as admissões) foi superior a 30 dias.	https://www.cihi.ca/en/hospital-mental-health-database-data-and-indicator-results		Processos 2B
2	Readmissões hospitalares por doença mental dentro de 30 dias	Canadá	A porcentagem de pessoas com idades iguais ou superiores a 15 anos readmitidas ao hospital dentro de 30 dias de alta hospitalar por uma estadia relacionada a uma doença mental.	Os resultados podem ser obtidos na Ferramenta Interativa de Indicadores	https://www.cihi.ca/en/hospital-mental-health-database-data-and-indicator-results		Processos 2B
3	Taxa hospitalizações por ano de repetição para pacientes com doença mental	Canadá	A proporção de indivíduos hospitalizados por doença mental que passaram um total de 30 dias ou mais do ano no hospital.	A porcentagem de pessoas com 15 anos ou mais com pelo menos três internações relacionadas a doenças mentais entre aqueles que tiveram pelo menos uma internação hospitalar por doença mental ao longo de um período de um ano.	https://www.cihi.ca/en/hospital-mental-health-database-data-and-indicator-results		Processos 2B “Continua”

4	Promoção da saúde mental na escola fundamental.	Canadá	A porcentagem de escolas canadenses que completaram o Módulo Fundamental do Planejador de Escola Saudável (HSP-FM),	O numerador para este indicador é o número de escola que tenham completado o Módulo Fundamental do Planejador de Escola Saudável. O denominador para este indicador é o número de escola no Canadá .	https://www.cihi.ca/en/hospital-mental-health-database-data-and-indicator-results	Entrada 1ª
5	Taxas de suicídio - promoção e prevenção de jovens	Canadá	A taxa de suicídio por 100.000 canadenses de 15 a 19 anos.	Numerador: número de óbitos por suicídio para indivíduos de 15 a 19 anos. Denominador: estimativa da população para indivíduos com idade 15-19.	https://www.cihi.ca/en/hospital-mental-health-database-data-and-indicator-results	Resultados 1C
6	Reclamações de deficiência relacionadas com doença mental	Canadá	A porcentagem de beneficiários de deficiência do Plano de Previdência Canadense (CPP) cujas reivindicações foram relacionadas a transtornos mentais.	Numerador: número de reclamações pagas pelo CPP= The Canadá Pension Plan em um ano, das quais as classes de diagnóstico são associadas às reivindicações dentro do Capítulo-Distúrbios Mentais do ICD 10. Denominador: números de CPP pagos por quaisquer motivos de saúde dentro de um ano.	https://www.cihi.ca/en/hospital-mental-health-database-data-and-indicator-results	Resultados 1C
7	Credenciamento de programa de recuperação	Canadá	O número de programas canadenses que atendem aos padrões de acreditação para programas de saúde mental desenvolvidos pela Accreditation Canada.	Dados foram colocados em uma tabela e usadas conforme seu fornecimento. Os dados são apresentados em contagens.	https://www.cihi.ca/en/hospital-mental-health-database-data-and-indicator-results	Entrada 1ª

“Continuação”

Prevalência de depressão e ansiedade: % de participantes 1 com mais de 0 18 anos	Inglaterra- UK	A proporção estimada da população com 16 anos ou mais que tem um transtorno mental comum (TMC), em que TMC é definido como qualquer tipo de depressão ou ansiedade.	Numerador: Todos os pacientes com 18 anos ou mais, diagnosticados em ou após 1º de abril de 2006, que têm um registro não resolvido de depressão em seu prontuário. Denominador: Todos os pacientes com 18 anos ou mais que se registraram em um consultório médico na Inglaterra.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/common-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Resultados 2C
Registro de incidência de depressão: % da prática registram 1 maiores de 18 1 anos	Inglaterra- UK	A porcentagem de pacientes com 18 ou mais anos de idade com depressão registrada nos registros de prática de doenças pela primeira vez dentro do ano financeiro.	Numerador: Pacientes com 18 anos ou mais de idade com depressão, registrados pela primeira vez na prática de registros de doenças no exercício = Denominador somado com as Exceções do indicador DEP003. Denominador: Número estimado de pacientes com 18 anos ou mais registrados na prática. Estrutura de qualidade e resultados (QOF).	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/common-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Entrada 3A “Continuação”

Prevalência estimada de transtornos comuns da saúde 1 mental:% da 2 população entre 16 e 74 anos	Inglaterra- a- UK	A proporção estimada da população com 65 anos ou mais que tem um transtorno mental comum (TMC), em que TMC é definido como qualquer tipo de depressão ou ansiedade.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/common-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Resultados 2C
Prevalência estimada de transtornos da saúde mental em crianças e jovens:% da 1 população 3 entre 5 e 16 anos	Inglaterra- a- UK	Esta é uma estimativa da porcentagem de crianças de 5 a 16 anos com transtornos emocionais (transtornos de ansiedade e depressão) com base na idade, sexo e classificação socioeconômica das crianças residentes na área.	Numerador: A estimativa do número total de pessoas (com 16 anos ou mais) que se espera ter um TMC. Denominador: O número de pessoas com 16 anos ou mais. A proporção estimada da população com 16 anos ou mais que tem um transtorno mental comum (TMC), em que TMC é definido como qualquer tipo de depressão ou ansiedade.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/common-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0 Resultados 2C
				“Continuação”

<p>Novos casos de psicose: taxa de incidência estimada por 100.000 habitantes de 16 a 64 anos</p>	<p>Todas as idades a- UK</p>	<p>Este indicador é uma estimativa do número de casos novos e clinicamente relevantes dos primeiros episódios de psicose em pessoas com idades entre os 16 e os 64 anos, expresso como uma taxa por 100.000 habitantes residentes com idades entre os 16 e os 64 anos.</p>	<p>A porcentagem de pacientes com esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras psicoses, conforme registrado nos registros de doenças da prática. Numerador: Número estimado de novos casos clinicamente relevantes de primeiros episódios de psicose. Denominador: População total de 16 a 64 anos.</p>	<p>https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0</p>	<p>Entrada 2A</p>
<p>Registro de prevalência de doença mental grave (QOF):% da prática registra todas as idades</p>	<p>Inglaterra- UK</p>	<p>N-Pacientes com esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras psicoses. Denominador Tamanho total da lista de atendimentos.</p>	<p>Número estimado de novos casos clinicamente relevantes de primeiros episódios de psicose (FEP) entre pessoas com idades entre 16-64..N-Pacientes com esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras psicoses. Denominador Tamanho total da lista de atendimentos.</p>	<p>https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0</p>	<p>Resultados 2C</p>

“Continuação”

<p>Internação hospitalar relacionada ao álcool: taxa diretamente padronizada por 100.000 habitantes</p>	<p>Inglaterra- UK</p>	<p>Admissões em hospitais no qual o diagnóstico primário ou qualquer um dos diagnósticos secundários é um código atribuível ao álcool.</p>	<p>Numerador: Admissões no hospital onde o diagnóstico primário ou qualquer um dos diagnósticos secundários são um código atribuível ao álcool. Denominador: Estimativas da população por 100 mil hab.</p>	<p>https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0</p>	<p>Processos 2B</p>
<p>Alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental: % de alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental (idade dentro do ensino básico escolar)</p>	<p>Inglaterra- UK</p>	<p>Alunos com carências sociais, emocionais e de saúde mental: % de alunos com carências sociais, emocionais e de saúde mental (idade dentro do ensino básico escolar)</p>	<p>Numerador: Número de alunos que possuem necessidade especiais, das quais têm como necessidade primária a saúde social, emocional e mental, e que estão dentro do sistema de ensino básico escolar e/ou dentro do sistema de escolas para necessidades especiais.</p>	<p>https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0</p>	<p>Processos 1B</p>

“Continuação”

Prevalência estimada de uso de opiáceos e / ou crack: taxa 1 por 1.000 8 habitantes de 15 a 64 anos	Inglaterra- UK	Prevalência estimada de usuários de opiáceos e / ou crack com idade entre 15-64 anos. Taxa por 1.000 habitantes de 15 a 64 anos	Numerador: Número estimado de usuários de opiáceos e / ou crack. Estimativas da população por 1000. Denominador: Estimativas da população entre do ano do Office for 15 e anos na metade do ano pela National Statistics.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Resultados 1C
Internação hospitalar por transtornos mentais e comportamen tais devidos 1 ao álcool: taxa 9 por 100.000 habitantes	Inglaterra- UK	Admissões em hospitais em que o diagnóstico primário ou qualquer um dos diagnósticos secundários são transtornos mentais e comportamentais atribuíveis ao álcool. Crianças com menos de 16 anos foram incluídas apenas para condições específicas relacionadas ao álcool e por baixo peso ao nascido. Taxa padronizada de idade direta por 100.000 habitantes (padronizada para a população padrão europeia).	Numerador: Admissões em hospitais das quais o diagnóstico primário ou qualquer um dos diagnósticos secundários são transtornos mentais e comportamentais atribuíveis ao álcool. Denominador: Estimativas populacionais do meio do ano.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Processos 1B “Continuação”

<p>Contato simultâneo com serviços de saúde mental e serviços por uso indevido de substâncias 2 0 por uso indevido de drogas:% de pessoas em tratamento com idade acima de 18 anos</p>	<p>Inglaterra- UK</p>	<p>Número de indivíduos que entraram em tratamento em um serviço especializado em uso indevido de álcool e estavam, no momento de avaliação, em tratamento com um serviço de saúde mental por um motivo diferente do uso indevido de álcool, em proporção com todos os indivíduos que utilizaram serviços especializados em uso indevido de álcool.</p>	<p>Numerador: Número de indivíduos que entraram em tratamento em um serviço especializado em uso indevido de álcool e estavam, no momento de avaliação, recebendo tratamento de serviços de saúde mental por uma razão diferente do uso indevido de álcool Denominador: Número total de indivíduos que entraram em tratamento em um serviço especializado em uso indevido de álcool.</p>	<p>https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commoun-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0</p>	<p>Processos 2B</p>
<p>Alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental:% de alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental (idade escolar primária) em ingles 2 1</p>	<p>Inglaterra- UK</p>	<p>O número de crianças com idade para estarem no sistema de educação básica, identificadas com necessidades educacionais especiais, expresso em relação à porcentagem de todos os alunos da escola.</p>	<p>Numerador: Número de alunos com idade para estarem no sistema de educação básica e identificados com necessidades educacionais especiais. Denominador: Total de alunos matriculados nas escolas.</p>	<p>https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commoun-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0</p>	<p>Processos 2B</p>

“Continuação”

Internações hospitalares de emergência por auto dano intencional 2 2	Inglaterra- UK	Admissões hospitalares por emergências automutilação. Taxa padronizada por idade, todas as idades e população geral.	Numerador: O número de admissões e incidentes de emergências ocorridas pela primeira vez concluídos em pacientes dentro de um ano financeiro. Denominador: Estimativas da população geral anual por idade e sexo feita pelas autoridades locais.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Resultados 2C
Internações hospitalares por automutilação, taxa de admissão padronizada 2 3	Inglaterra- UK	Taxa padronizada de admissão emergencial para internações hospitalares por automutilação intencional para todas as pessoas.	Número de episódios de admissão terminados em crianças com idade entre 10 e 24 anos por automutilação espontânea. Denominador Estimativas da população por 100 mil hab.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Resultados 2C “Continuação”

<p>Internações hospitalares por problemas de saúde mental</p>	<p>Inglaterra- UK</p>	<p>Taxa de internação para pacientes entre 0-17 anos por transtornos de saúde mental por 100.000 habitantes.</p>	<p>Numerador: Episódios ocorridos pela primeira vez e encerrados para todas as pessoas de 0 a 17 anos com códigos de diagnóstico primário F00 a F99 (transtornos mentais e comportamentais). Denominador: Estimativas da população no meio do ano: (idades 0-17 anos)</p>	<p>https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0</p>	<p>Processos 2B</p>
<p>2 4</p> <p>Acesso aos serviços: pessoas que entram (no mês) em % a 2 pessoas 5 estimados a terem ansiedade / depressão</p>	<p>Inglaterra- UK</p>	<p>O número de pessoas que entram nos serviços IAPT em proporção com o número estimado de pessoas que possuem ansiedade e / ou depressão.</p>	<p>Numerador: O número de pessoas que iniciaram o tratamento IAPT no mês. Denominador: O número estimado de pessoas que possuem algum transtorno mental comum.</p>	<p>https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0</p>	<p>Processos 3B</p>

Depressão: prevalência registrada (maiores de 18 anos)	Inglaterra- UK	A porcentagem de pacientes com 18 anos ou mais com depressão, conforme registrado nos registros de doenças clínicas.	Numerador: Todos pacientes com 18 anos ou mais diagnosticados com registro não resolvido de depressão em seus prontuários.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo	Resultados 2C
2 6			Denominador: Todos pacientes com mais de 18 anos registrados em clínicas gerais na Inglaterra.	n-mental-disorders/data#page/0 /gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	“Continuação”
Taxa de mortalidade em excesso abaixo de 75 anos em adultos com 2 doença 7 mental grave: proporção de mortalidades observadas e esperadas (expressa em porcentagem)	Inglaterra- UK	Medida do excesso de mortalidade prematura em adultos com doenças mentais severas em relação a adultos sem doenças mentais severas. A doença mental é definida como seria se o paciente possui encaminhamento para serviços secundários de saúde mental nos cinco anos anteriores à morte.	Numerador: A diferença entre a taxa padronizada por idade da mortalidade prematura de adultos (idade de 18-74) com uma doença mental severa e a taxa padronizada por idade de mortalidade prematura de adultos (idade 18-74) sem uma doença mental severa. Denominador: Taxa de mortalidade prematura padronizada diretamente por idade de adultos sem doença mental severa.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo n-mental-disorders/data#page/0 /gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Resultados 1C
					“Continuação”

2 8	Lacuna na Inglaterra de a-UK taxa de emprego para quem tem contato com serviços secundários de saúde mental e taxa geral de emprego: diferença percentual	A lacuna percentual entre a porcentagem de adultos em idade produtiva que recebem serviços secundários de saúde mental e estão no Programa de Abordagem de Assistência registrados como empregados (com idade entre 18 e 69 anos).	Para este indicador, os números do numerador e do denominador não estão disponíveis na divulgação de dados anual. Para estimar esses números, tomamos o numerador e denominador mínimo dos dados mensais.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Resultados 1C
2 9	Incidência de Inglaterra a-UK depressão registrada: % de participantes com mais de 18 anos	A porcentagem de pacientes com 18 ou mais anos de idade com depressão registrada nos registros clínicos de doenças ocorridas pela primeira vez no ano financeiro.	Numerador: Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos com depressão, inscritos pela primeira vez nos registros clínicos no ano financeiro. Denominador: Número estimado de pacientes com 18 anos ou mais registrados nas clínicas.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Entrada 1A

Continuação”

3 0	Conclusão do Inglaterra-UK tratamento do alcoolismo bem sucedida	Número de usuários de álcool que encerraram o tratamento com sucesso (sem dependência de álcool) e que não voltaram ao tratamento em 6 meses, em relação porcentual do número total de usuários de álcool em tratamento.	Numerador: O número de adultos que concluem com sucesso o tratamento de dependência do álcool em um ano e que não se retomam o tratamento em um período de 6 meses. Denominador: Total de adultos em tratamento para dependência de álcool em um ano.	https://fingertips.phe.org.uk/profile-group/mental-health/profile/commo-n-mental-disorders/data#page/0/gid/1938132720/pat/46/par/E39000026/ati/165/are/E38000056/cid/4/page-options/ovw-do-0	Resultados3C
3 1	Mudança nos resultados dos pacientes Austrália	A proporção de episódios nos cuidados de saúde mental dos quais foram identificados entre o início ou final de tratamento: • melhoria significativa; • deterioração significativa; • nenhuma mudança significativa;		Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services	Resultados 2C

“Continuação”

3	Proporção de Austrália	Proporção dos serviços	Numerador	Número de episódios	Key Performance	Entrada 1A
2	despesa por nível de conformidade com as normas nacionais	oferecidos pelas organizações de serviços de saúde mental, divididos pelas despesas, que foram analisados em relação às Normas Nacionais para Serviços de Saúde Mental.	completos ou em andamento de cuidados de saúde mental com medidas de resultados concluídas, particionadas por cenário, onde foram identificadas mudanças significativas / deterioração significativa / nenhuma mudança significativa entre a linha de base e o acompanhamento no período de referência. // Denominador	de episódios concluídos ou em andamento de cuidados de saúde mental com medidas de resultados concluídas, particionadas por contextos de saúde mental no período de referência. Cálculo (Numerador ÷ Denominador) x 100	Indicators for Australian Public Health Services	Calculado separadamente para cada grupo.

“Continuação”

Duração média da internação aguda	Austrália	Tempo médio de permanência noturna e separação dos pacientes nas unidades de internação psiquiátrica aguda gerenciadas pela organização de serviço de saúde mental.	Numerador: Número de dias de permanência dos pacientes nas unidades de internação psiquiátrica aguda da organização de serviços de saúde mental contabilizados por admissão e separações imediata do paciente durante o período de referência.	Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services	Processos 2B
3 3			Denominador: Número de separações noturnas nas unidades de internações psiquiátricas agudas que ocorrem dentro do período de referência. Numerador de computação ÷ Denominador		
Custo médio diário de leito	Austrália	Custo médio por dia do paciente em unidades de internação psiquiátrica aguda gerenciadas pela organização de serviços de saúde mental.	Numerador: Despesas recorrentes totais dentro da (s) unidade (s) de internação psiquiátrica aguda da organização durante o período de referência.	Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services	Entrada 1A
3 4			Denominador: Quantidade de internações durante o período de referência dentro das unidades de internações agudas psiquiátricas no serviço de saúde mental.		

“Continuação”

Número médio de dias de tratamento por período de atendimento comunitário 3 de três meses 5	Austrália	Número médio de dias de tratamento comunitário em um período de três meses de atendimento ambulatorial fornecido pelos serviços de saúde mental comunitários da organização de serviços de saúde mental.	Numerador Número de dias de tratamento na comunidade fornecidos pelo serviço de saúde mental da organização dentro do período de referência. Denominador Número de episódios estatísticos de atendimento ambulatorial (períodos de três meses) tratados pelo serviços ambulatoriais de organização de serviços de saúde mental dentro do período de referência.	Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services	Processos 2B
Custo médio por dia de tratamento 3 6	Austrália	Custo médio por dia de tratamento comunitário fornecido pelos serviços ambulatoriais de saúde mental da organização.	Número de dias de tratamento na comunidade fornecidos pelo serviço de saúde mental da organização dentro do período de referência. Denominador: Número de episódios de cuidados ambulatoriais, por medições estatísticas dentro de um período de três meses , tratados pelos serviços ambulatoriais da organização de serviços de saúde mental dentro do período de referência.	Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services	Entrada 2ª

“Continuação”

3 7	Proporção de Austrália população em tratamento clínico em saúde mental	Porcentagem de pacientes que residem na área de influência definida da organização de serviços de saúde mental que receberam atendimento de um serviço de saúde mental do setor público, incluindo pacientes internados, ambulatoriais e residenciais da comunidade.	Numerador: Número de pacientes que residem na área de abrangência definida que receberam serviços de serviços especializados de saúde mental da organização de serviços de saúde mental no período de referência. Denominador: Número de pacientes que residem na área de influência da organização de serviços de saúde mental definida dentro do período de referência. Computação (Numerador ÷ Denominador) x 100	Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services	Resultados 1C
3 8	Taxa de Austrália atendimento comunitário pré-admissão	Proporções de admissões em unidades de internação psiquiátrica aguda da organização de serviços de saúde mental para as quais um contato de serviço de saúde mental comunitário foi registrado nos sete dias imediatamente anteriores a essa admissão em que o consumidor participou.	Numerador: Número de admissões, que estão dentro do escopo, nas unidades de internações psiquiátricas agudas, das quais foram feitas e registrados contatos pelo setor público de saúde mental comunitária e obtiveram participações do paciente. Denominador: Número de admissões nas unidades de internações psiquiátricas aguda do serviço de saúde mental.	Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services	Processos 2B

“Continuação”

3 9	Taxa de Austrália atendimento comunitário pós-alta	Proporção de pacientes que, após sua separação da unidade de internação psiquiátrica aguda da organização de serviços de saúde mental, foram contactados por um serviço de saúde mental comunitário, em que o consumidor participou, e foi registrado nos sete dias seguintes a essa separação.	Numerador: Número de separações das unidades de internação psiquiátrica aguda da organização para as quais um contato de serviço de saúde mental comunitário do setor público em que o consumidor participou, foi registrado nos sete dias após essa separação. Denominador: Número de separações no escopo nas unidades de internação psiquiátrica aguda da organização. Computação (Numerador ÷ Denominador) x 100	Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services	Resultados 2C
4 0	Atendimentos concluídos	Austrália Proporção de episódios nos cuidados de saúde mental com medidas de desfecho clínicos completos no início e no acompanhamento.	Numerador: Número de episódios nos cuidados de saúde mental com medidas de resultados concluídas na linha de base e no acompanhamento no período de referência. Denominador: Número de episódios nos cuidados de saúde mental no período de referência. Cálculo (Numerador ÷ Denominador) x 100 Calculado separadamente para cada grupo.	Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services	Resultados 1C

“Continuação”

<p>Taxa de Austrália eventos de reclusão, serviços hospitalares de saúde mental aguda do setor público</p> <p>4 1</p>	<p>Número de eventos de reclusão por 1.000 internações em uma organização de serviços de saúde mental.</p>	<p>Numerador: Número de eventos de reclusão que ocorrem na (s) unidade (s) de internação (s) da organização de serviços de saúde mental durante o período de referência, particionados por serviços de saúde mental de pacientes internados agudos e não agudos.</p> <p>Denominador Número de dias de assistência médica acumulada na (s) unidade (s) de internação (s) da organização de serviços de saúde mental durante o período de referência, particionado por serviços de saúde mental hospitalares agudos e não agudos.</p> <p>Computação (Numerador ÷ Denominador) x 1.000</p>	<p>Key Performance Indicators for Australian Public Health Services</p>	<p>Processos 2B</p> <p>“Conclusão”</p>
---	--	---	---	--

APÊNDICE B - Indicadores Excluídos

Grupo 1	Indicador excluído por não fazer parte do contexto brasileiro, específicos para determinadas populações (imigrantes, etnias e etc.)	País
1	Ansiedade e / ou transtornos de humor - residentes de comunidades do norte	Canadá
2	Estresse – imigrantes	Canadá
3	Estresse - residentes de comunidades do norte	Canadá
4	Auto avaliação da saúde mental – imigrantes	Canadá
5	Auto avaliação da saúde mental - residentes de comunidades do norte	Canadá
6	Sentimento de pertencimento entre imigrantes	Canadá
7	Taxas de suicídio - residentes de comunidades do norte	Canadá
8	Auxílios financeiros governamentais para pessoas que alegam doenças mentais e perturbações comportamentais: taxa por 1000 habitantes em idade ativa	Inglaterra
9	Acompanhamento após a alta:% (trimestral) de pacientes em uso de Certified Public Accountants (CPA)	Inglaterra
	Indicador de assistência social (indicadores de assistência social que estão no conjunto de indicadores de saúde mental).	
Grupo 2		
1	Estresse associado à cuidados com um familiar	Canadá
2	Crianças vulneráveis - população geral	Inglaterra
3	Número de camas disponíveis em abrigos de emergência para pessoas em situação de rua	Canadá
4	Número de indivíduos que vivem em abrigo	Canadá
5	Carência de atendimento a pessoas em condições semelhantes de saúde mental	Canadá
6	Depressão e ansiedade entre usuários de assistência social:% de usuários de assistência social	Inglaterra
7	Pobreza infantil:% de crianças de 0 a 15 anos Income Deprivation Affecting Children Index (IDACI)	Inglaterra
8	Crianças carentes por abuso ou negligência: taxa por 10.000 crianças com menos de 18 anos	Inglaterra
9	Crianças carentes por estresse ou disfunção familiar ou pais ausentes: taxa por 10.000 crianças com menos de 18 anos	Inglaterra
10	Privação de crime: pontuação	Inglaterra
11	Incidentes e crimes domésticos relacionados a abuso registrados pela polícia - método atual: taxa por 1.000 habitantes	Inglaterra
12	Requerentes de subsídio de emprego e apoio	Inglaterra
13	Privação de emprego: pontuação	Inglaterra
14	Excesso de peso em adultos:% da população com 18 anos ou mais	Inglaterra

15	Excesso de peso no primeiro ano do ensino básico:% de crianças de 4-5 anos	Inglaterra
16	Excesso de peso no 6º ano:% de crianças de 10 a 11 anos	Inglaterra
17	Participantes pela primeira vez no sistema de justiça juvenil: taxa por 100.000 habitantes entre 10 e 17 anos	Inglaterra
18	Infratores pela primeira vez: taxa por 100.000 habitantes	Inglaterra
19	Falta de condições financeiras para comprar combustível:% de famílias	Inglaterra
20	Pedidos de moradia - total de decisões tomadas: taxa por 1.000 domicílios	Inglaterra
21	Acessibilidade da habitação: proporção entre o preço mais baixo dos quatro menores preços e os ganhos mais baixos dos quatro menores salários.	Inglaterra
22	Retornado de imóvel pelo locador: taxa por 1.000 habitações	Inglaterra
23	Vivendo em 20% das áreas mais carenciadas:% da população Index of multiple deprivations (IMD 2015)	Inglaterra
24	Problema de saúde a longo prazo ou incapacidade:% da população	Inglaterra
25	Desemprego de longa duração: taxa por 1.000 habitantes em idade ativa	Inglaterra
26	Baixo peso de bebês moderadamente prematuros: % de todos nascidos vivos	Inglaterra
27	Não está estudando, trabalhando ou em treinamento / Not in education, employment or training (NEET) ou cuja atividade é desconhecida -% de 16 a 17 anos	Inglaterra
28	Idosos que vivem sozinhos:% de domicílios ocupados por uma única pessoa com 65 anos ou mais de idade	Inglaterra
29	Pessoas idosas que vivem na pobreza:% da população com mais de 60 anos (IDAOP)	Inglaterra
30	Níveis de reincidência - porcentagem de infratores que reincidem - método atual	Inglaterra
31	Alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental:% de alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental	Inglaterra
32	Tabagismo no momento do parto:% de mães	Inglaterra
33	Prevalência de tabagismo em adultos (18 anos ou mais) - fumantes atuais Annual Population Survey (APS)	Inglaterra
34	Privação socioeconômica: pontuação geral no IMD (2015)	Inglaterra
35	Sem abrigo estatutário - pessoas sem abrigo elegíveis mas não com necessidade prioritária: taxa por 1000 agregados familiares	Inglaterra
36	Sem abrigo estatutário - famílias em alojamento temporário: taxa por 1000 famílias	Inglaterra
37	Crimes violentos (incluindo violência sexual) - delitos de violência: taxa por 1.000 habitantes	Inglaterra
38	Qualidade do ambiente interno na moradia : pontuação IMD	Inglaterra
39	Participação do eleitor:% do rolo eleitoral	Inglaterra
40	% que têm uma experiência positiva de atendimento em clínicas gerais de saúde	Inglaterra

41	Atividade física suficiente:% da população com 19 anos ou mais	Inglaterra
42	Média de pontuação 8 para crianças em atendimento	Inglaterra
43	Emprego:% da população entre 16 e 64 anos	Inglaterra
44	Contato social suficiente em cuidadores adultos:% de cuidadores adultos	Inglaterra
45	Contato social suficiente para adultos que utilizam assistência social:% de adultos que utilizam assistência social	Inglaterra
46	Os General Certificate of Secondary Education (GCSEs) atingiram 5A * -C, incluindo inglês e matemática:% de alunos	Inglaterra
47	Bem-estar auto referido - alto índice de felicidade:% dos entrevistados	Inglaterra
48	Bem-estar auto referido - alto índice de satisfação:% dos entrevistados	Inglaterra
49	Associação a clubes esportivos:% da população com 16 anos ou mais	Inglaterra
50	Uso do espaço ao ar livre para exercício / saúde:% estimada da população com 16 anos ou mais	Inglaterra
51	Internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais devidos ao álcool: taxa por 100.000 habitantes	Inglaterra
52	Contato concomitante com serviços de saúde mental e serviços de uso indevido de substâncias por uso indevido de álcool:% de pessoas em tratamento por abuso de álcool com mais de 18 anos	Inglaterra
53	Contato concomitante com serviços de saúde mental e serviços de uso indevido de substâncias por uso indevido de álcool:% de pessoas em tratamento por abuso de álcool com mais de 18 anos	Inglaterra
54	Pessoas detidas sob MHA: proporção de pessoas em contato com serviços de saúde mental (instantâneo do final do trimestre)	Inglaterra
55	Assistência social a clientes de saúde mental em cuidados residenciais ou de enfermagem: taxa por 100.000 habitantes de 18 a 64 anos	Inglaterra
56	cesso aos serviços da Improving Access to Psychological Therapy (IAPT) IAPT: pessoas que entram na IAPT (em mês) como% das pessoas estimadas em ter ansiedade / depressão	Inglaterra
57	Conclusão do tratamento da IAPT: taxa (trimestral) por 100.000 habitantes	Inglaterra
58	Início do tratamento IAPT: taxa (trimestral) por 100.000 habitantes	Inglaterra
59	caminhamentos da IAPT para pacientes com (Black and minority ethnic) (BME):% de encaminhamentos (no trimestre)	Inglaterra
60	Emprego de pessoas com doença mental ou dificuldade de aprendizagem:% das pessoas com doença mental ou dificuldade de aprendizagem	Inglaterra
61	Did not attend (DNAs) da IAPT:% de consultas da IAPT (em mês)	Inglaterra
62	Recuperação da IAPT:% de pessoas que concluíram o tratamento da IAPT que estão "migrando para a recuperação"	Inglaterra

63	Usuários de serviços de saúde mental com enfoque no programa de assistência:% de usuários de serviços de saúde mental (cenário geral do final do trimestre)	Inglaterra
64	Pessoas com Severe Mental Illness (SMI) que receberam as verificações de saúde físicas completas:% de pessoas com SMI	Inglaterra
65	Pessoas com SMI com um plano de assistência abrangente:% de pessoas com SMI	Inglaterra
66	Satisfação com a cuidados sociais de proteção:% de usuários do serviço	Inglaterra
67	Prevalência de tabagismo em adultos com condição de saúde mental a longo prazo (18 anos) - fumantes atuais General Certificate of Secondary Education (GPPS)	Inglaterra
68	Prevalência de tabagismo em adultos com ansiedade ou depressão (18 anos ou mais) - fumantes atuais (GPPS)	Inglaterra
69	Acomodação estável e adequada:% de adultos em contato com serviços de saúde mental entre 18 e 69 anos	Inglaterra
Grupo 3		
1	Indicador incluído em outro indicador	
2	Consideração séria de suicídio – adultos	Canadá
3	Taxas de suicídio – adultos	Canadá
4	Ansiedade ou transtornos de humor - indivíduos gays, lésbicos ou bissexuais	Canadá
5	Ansiedade e / ou transtornos de humor – sênior	Canadá
6	Consideração séria de suicídio – sênior	Canadá
7	Taxas de suicídio – sênior	Canadá
8	Crianças e jovens em tratamento pela primeira vez nos serviços comunitários financiados pelo NHS: taxa (trimestral) por 100.000 habitantes de 0 a 17 anos	Inglaterra
9	Usuários do serviço no hospital:% de usuários do serviço de saúde mental (instantâneo do final do trimestre)	Inglaterra
10	Internações hospitalares por problemas de saúde mental	Inglaterra
11	Suicídio: taxa padronizada por idade por 100.000 habitantes (média de 3 anos)	Inglaterra
12	KPI2: Proporção de separações readmitidas dentro de 28 dias após a alta	Austrália
13	KPI8: Proporção de população em tratamento clínico em saúde mental	Austrália
14	KPI9: índice de clientes novos	Austrália
	KPI16: Taxa de contenção, serviços hospitalares de saúde mental aguda do setor público	Austrália
Indicador que precisa de informação de auto avaliação / aplicação de questionário individual		
Grupo 4		
1	Carência de atendimento a pessoas com transtornos mentais	Canadá
2	Ansiedade e/ou transtornos de humor - adultos	Canadá
3	Auto avaliação de saúde mental em adultos	Canadá
4	Cuidado contínuo de um membro familiar com doença mental	Canadá

5	Ansiedade e / ou transtornos de humor - juventude	Canadá
6	Estudantes de universidades que estabeleceram um limite de bebida alcoólica ao festejar ou socializar	Canadá
7	Automutilação entre alunos da faculdade e da universidade	Canadá
8	Recebimento de recursos ligados á redução de estresse em universidades	Canadá
9	Recebimento de informações ligadas à prevenção de suicídio em universidades	Canadá
10	Auto avaliação da saúde mental – juventude	Canadá
11	Consideração séria de suicídio – jovens	Canadá
12	Estresse - indivíduos gays, lésbicos ou bissexuais	Canadá
13	Auto avaliação da saúde mental - indivíduos gays, lésbicos ou bissexuais	Canadá
14	Auxílios financeiros governamentais para pessoas que alegam doenças mentais	Canadá
15	Ansiedade e / ou transtornos de humor - população geral	Canadá
16	Consumo alcoólico de baixo risco	Canadá
17	Auto avaliação da saúde mental - população geral	Canadá
18	Sentimento de pertencimento - população geral	Canadá
19	Estresse - população geral	Canadá
20	Empregabilidade entre pessoas com condições semelhantes de saúde mental	Canadá
21	Auto avaliação de saúde mental em pessoas com condições semelhantes de saúde mental	Canadá
22	Sentimento de pertencimento - população geral - pessoas em condições semelhantes de saúde mental	Canadá
23	Auto avaliação de saúde mental - sênior	Canadá
24	Discriminação de pessoas com condições de saúde mental	Canadá
25	Disposição para procurar ajuda de um profissional de saúde mental – estudantes	Canadá
26	Consideração séria de suicídio - população geral	Canadá
27	Prevalência de depressão registrada (QOF): % de participantes com mais de 18 anos	Inglaterra
28	Problemas de saúde mental de longo prazo (Pesquisa entre pacientes que consultam em uma clínica geral):% dos entrevistados (maiores de 18 anos)	Inglaterra
29	3 ou mais comportamentos de risco:% de pessoas com 15 anos	Inglaterra
30	Gastos (£ 000s) em serviços da Autoridade Local para crianças e jovens (excluindo educação): taxa (£) por 10.000 crianças de 0 a 17 anos	Inglaterra
31	Gastos (£ 000s) em serviços da Autoridade Local para crianças e jovens (excluindo educação): taxa (£) por 10.000 crianças de 0 a 17 anos	Inglaterra

APÊNDICE C – Matriz de Saúde Mental com o detalhamento de suas dimensões

Dimensão Geográfica		Dimensão Temporal		
		A) Fase de Entrada	(B) Fase de Processos	(C) Fase de Resultados
(1) Nível Nacional/Regional	1A	1B	1C	
	1. Promoção da saúde mental na escola nível fundamental. 2. Credenciamento de programa de recuperação. 3. Promoção e prevenção de treinamento em primeiros socorros de saúde mental. 4. Incidência de depressão registrada: % de participantes com mais de 18 anos. 5. KPI3: Proporção de despesa por nível de conformidade com as normas nacionais. 6. Custo médio diário de leito	1. Alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental: % de alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental (idade escolar secundária). 2. Internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais devidos ao álcool: taxa por 100.000 habitantes	1. Taxas de suicídio - promoção e prevenção de jovens. 2. Reclamações de deficiência relacionadas com doença mental. 3. Taxas de suicídio - promoção e prevenção da população geral. 4. Prevalência estimada de uso de opiáceos e / ou crack: taxa por 1.000 habitantes de 15 a 64 anos. 5. Taxa de mortalidade em excesso abaixo de 75 anos em adultos com doença mental grave: proporção de mortalidades observadas e esperadas (expressa em porcentagem). 6. Lacuna na taxa de emprego para quem tem contato com serviços secundários de saúde mental e taxa geral de emprego: diferença percentual. 7. Proporção de população em tratamento clínico em saúde mental. 8. Atendimentos concluídos.	
(2) Nível Local (área de captação)	2A	2B	2C	
	1. Novos casos de psicose: taxa de incidência	1. Indivíduos hospitalizados por mais de 30 dias em um ano.	1. Prevalência de depressão e ansiedade % de participantes com mais de 18 anos.	

estimada por 100.000 habitantes de 16 a 64 anos.	2. Readmissões hospitalares por doença mental dentro de 30 dias.	2. Prevalência estimada de transtornos comuns da saúde mental: % da população entre 16 e 74 anos.
2. Custo médio por dia de tratamento	3. Taxa hospitalizações por ano de repetição para pacientes com doença mental	3. Prevalência estimada de transtornos da saúde mental em crianças e jovens: % da população entre 5 e 16 anos.
	4. Internação hospitalar relacionada ao álcool: taxa diretamente padronizada por 100.000 habitantes.	4. Registro de prevalência de doença mental grave: % da prática registra todas as idades.
	5. Contato simultâneo com serviços de saúde mental e serviços por uso indevido de substâncias por uso indevido de drogas: % de pessoas em tratamento com idade acima de 18 anos.	5. Internações hospitalares de emergência por auto dano intencional.
	6. Alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental: % de alunos com necessidades sociais, emocionais e de saúde mental (idade escolar primária).	6. Internações hospitalares por automutilação, taxa de admissão padronizada.
	7. Internações hospitalares por problemas de saúde mental.	7. Depressão: prevalência registrada (maiores de 18 anos).
	8. Duração média da internação aguda.	8. Mudança nos resultados dos consumidores.
	9. Número médio de dias de tratamento por período de atendimento comunitário de três meses.	9. Taxa de atendimento comunitário pós-alta.
-

10. Taxa de atendimento comunitário pré-admissão.
11. Taxa de eventos de reclusão, serviços hospitalares de saúde mental aguda do setor público

	3A	3B	3C
(3) Nível Individual	1. Registro de incidência de depressão: % da prática registram maiores de 18 anos	1. Acesso aos serviços IAPT: pessoas que entram no IAPT (no mês) em % a pessoas estimados a terem ansiedade / depressão	1. Conclusão do tratamento do alcoolismo bem-sucedida.

APÊNDICE D - Imagem detalhada BPMN CAPS

RAD_5040_D_IMAGEM_COMPLETA

Bizagi Modeler

Inacia Bezerra de Lima

Índice

RAD_5040_D_IMAGEM_COMPLETA	154
Bizagi Modeler	154
1 ATENDIMENTO CAPS	160
1.1 ATENDIMENTO CAPS	160
1.1.1 Elementos do processo	160
1.1.1.1 ATENDER	160
1.1.1.2 Gateway paralelo	160
1.1.1.3 RECEPCIONAR	160
1.1.1.4 CADASTRAR	160
1.1.1.5 Gateway paralelo	160
1.1.1.6 DIRECIONAR PACIENTE	160
1.1.1.7 ACOLHER	160
1.1.1.8 LAUDO PRELIMINAR	160
1.1.1.9 REUNIÃO DE EQUIPE	160
1.1.1.10 Gateway exclusivo	160
1.1.1.11 ENCAMINHAR PARA ESPECIALISTA	160
1.1.1.12 Gateway exclusivo	160
1.1.1.13 ATENDER	160
1.1.1.14 Gateway paralelo	160
1.1.1.15 ENCAMINHAR	160
1.1.1.16 PARA	160
1.1.1.17 UBS/SECUNDÁRIO	160
1.1.1.18 Gateway paralelo	160
1.1.1.19 PROSSEGUIR ATENDIMENTO	160
1.1.1.20 PACIENTE COMPARECE?	160
1.1.1.21 REALIZAR BUSCA ATIVA	161
1.1.1.22 MANIFESTA INTERESSE EM CONTINUAR?	161
1.1.1.23 RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO	161
1.1.1.24 EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA?	161

- 1.1.1.25 ☐ PROSSEGUIR ATENDIMENTO 161
- 1.1.1.26 ☐ Gateway exclusivo 161
- 1.1.1.27 ☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO 161
- 1.1.1.28 ☐ REUNIÃO DE ACOMPANHAMENTO 161
- 1.1.1.29 ☐ Gateway paralelo 161
- 1.1.1.30 ☐ ACOMPANHAR EVOLUÇÃO 161
- 1.1.1.31 ☐ Gateway paralelo 161
- 1.1.1.32 ☐ RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO 161
- 1.1.1.33 ☐ PACIENTE EVOLUIU? 161
- 1.1.1.34 ☐ MANTER ATIVIDADES/ 161
- 1.1.1.35 ATENDIMENTO 161
- 1.1.1.36 ☐ ALTA 161
- 1.1.1.37 ☐ Nenhum final 161
- 1.1.1.38 ☐ SUGERIR ALTERAÇÕES 161
- 1.1.1.39 ☐ ALTERAR ATIVIDADES/ 161
- 1.1.1.40 MEDICAÇÃO 161
- 1.1.1.41 ☐ ENCERRA ATENDIMENTO 162
- 1.1.1.42 ☐ ALTA 162
- 1.1.1.43 ☐ Nenhum final 162
- 1.1.1.44 ☐ ENCAMINHAR PARA ATIVIDADES 162
- 1.1.1.45 ☐ RECEITAR MEDICAMENTO 162
- 1.1.1.46 ☐ ATENDER 162
- 1.1.1.47 ☐ Gateway exclusivo 162
- 1.1.1.48 ☐ ENCAMINHAR PARA UBS/SEGUNDÁRIO 162
- 1.1.1.49 ☐ Gateway exclusivo 162
- 1.1.1.50 ☐ PROSSEGUIR ATENDIMENTO 162
- 1.1.1.51 ☐ PACIENTE COMPARECE? 162
- 1.1.1.52 ☐ REALIZAR BUSCA ATIVA 162
- 1.1.1.53 ☐ MANIFESTA INTERESSE EM CONTINUAR? 162
- 1.1.1.54 ☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO 162

- 1.1.1.55 EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA? 162
- 1.1.1.56 PROSSEGUIR ATENDIMENTO 162
- 1.1.1.57 Gateway exclusivo 162
- 1.1.1.58 RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO 163
- 1.1.1.59 ALTERAR ATIVIDADES 163
- 1.1.1.60 ENCERRA ATENDIMENTO 163
- 1.1.1.61 ALTA 163
- 1.1.1.62 Nenhum final 163
- 1.1.1.63 ENCAMINHAR PARA ATIVIDADES 163
- 1.1.1.64 ATENDER 163
- 1.1.1.65 Gateway paralelo 163
- 1.1.1.66 ENCAMINHAR PARA UBS/SEGUNDÁRIO 163
- 1.1.1.67 Gateway paralelo 163
- 1.1.1.68 PROSSEGUIR ATENDIMENTO 163
- 1.1.1.69 PACIENTE COMPARECE? 163
- 1.1.1.70 RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO 163
- 1.1.1.71 EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA? 163
- 1.1.1.72 ALTERAR ATIVIDADES 163
- 1.1.1.73 Gateway exclusivo 163
- 1.1.1.74 RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO 163
- 1.1.1.75 PROSSEGUIR ATENDIMENTO 163
- 1.1.1.76 REALIZAR BUSCA ATIVA 163
- 1.1.1.77 MANIFESTA INTERESSE EM CONTINUAR? 163
- 1.1.1.78 ENCERRA ATENDIMENTO 164
- 1.1.1.79 ALTA 164
- 1.1.1.80 Nenhum final 164
- 1.1.1.81 ENCAMINHAR PARA ATIVIDADES 164
- 1.1.1.82 ATENDER 164
- 1.1.1.83 Gateway paralelo 164
- 1.1.1.84 ENCAMINHAR PARA UBS/SEGUNDÁRIO 164

1.1.1.85	Gateway paralelo	164
1.1.1.86	PROSSEGUIR ATENDIMENTO	164
1.1.1.87	PACIENTE COMPARECE?	164
1.1.1.88	RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO	164
1.1.1.89	EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA?	164
1.1.1.90	ALTERAR ATIVIDADES	164
1.1.1.91	Gateway exclusivo	164
1.1.1.92	RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO	164
1.1.1.93	PROSSEGUIR ATENDIMENTO	164
1.1.1.94	REALIZAR BUSCA ATIVA	164
1.1.1.95	MANIFESTA INTERESSE EM CONTINUAR?	164
1.1.1.96	ENCERRA ATENDIMENTO	164
1.1.1.97	ALTA	165
1.1.1.98	Nenhum final	165
1.1.1.99	ENCAMINHAR PARA ATIVIDADES	165
1.1.1.100	DEFINIR ATIVIDADES	165
1.1.1.101	REALIZAR ATIVIDADES	165
1.1.1.102	PACIENTE COMPARECE?	165
1.1.1.103	REALIZAR BUSCA ATIVA	165
1.1.1.104	MANIFESTA INTERESSE EM CONTINUAR?	165
1.1.1.105	RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO	165
1.1.1.106	RELATÓRIO DE ATIVIDADES	165
1.1.1.107	ENCERRA ATENDIMENTO	165
1.1.1.108	ALTA	165
1.1.1.109	Nenhum final	165
1.1.1.110	RECEPÇÃO	165
1.1.1.111	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	165
1.1.1.112	PSQUIATRA	165
1.1.1.113	PSICÓLOGO	165
1.1.1.114	TERAPEUTA OCUPACIONAL	165

1.1.1.115	ENFERMEIRA	165
1.1.1.116	OFICINEIRO	165
1.1.1.117	Milestone 1	165
1.2	PACIENTE	165
1.2.1	Elementos do processo	166
1.2.1.1	Nenhum início	166
1.2.1.2	PACIENTE CHEGA NA UNIDADE	166
1.2.1.3	Gateway paralelo	166
1.2.1.4	PRIMEIRO ATENDIMENTO	166
1.2.1.5	CONTINUAR TRATAMENTO	166

ATTENDIMENTO CAPS

Versão: 1.0 Autor: Inacia Lima**ATENDIMENTO CAPS**

Elementos do processo

☐ ATENDER Gateway paralelo☐ RECEPCIONAR☐ CADASTRAR Gateway paralelo☐ DIRECIONAR PACIENTE☐ ACOLHER☐ LAUDO PRELIMINAR☐ REUNIÃO DE EQUIPE Gateway exclusivo

Portões

ENCAMINHAR PARA ESPECIALISTA

DEFINIR ATIVIDADES

☐ ENCAMINHAR PARA ESPECIALISTA Gateway exclusivo

Portões

ATENDER

ATENDER

ATENDER

ATENDER

☐ ATENDER Gateway paralelo☐ ENCAMINHAR

PARA

UBS/SECUNDÁRIO

Gateway paralelo☐ PROSSEGUIR ATENDIMENTO PACIENTE COMPARECE?

Portões

NÃO

SIM

☐ REALIZAR BUSCA ATIVA

☐ MANIFESTA INTERESSE EM CONTINUAR?

Portões

SIM

NÃO

☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA?

Portões

NÃO

SIM

☐ PROSSEGUIR ATENDIMENTO

☐ Gateway exclusivo

Portões

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ REUNIÃO DE ACOMPANHAMENTO

☐ Gateway paralelo

☐ ACOMPANHAR EVOLUÇÃO

☐ Gateway paralelo

☐ RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

☐ PACIENTE EVOLUIU?

Portões

NÃO

SIM

☐ MANTER ATIVIDADES/
ATENDIMENTO

☐ ALTA

☐ Nenhum final

☐ SUGERIR ALTERAÇÕES

☐ ALTERAR ATIVIDADES/
MEDICAÇÃO

☐ ENCERRA ATENDIMENTO

☐ ALTA

☒ Nenhum final

☐ ENCAMINHAR PARA ATIVIDADES

☐ RECEITAR MEDICAMENTO

☐ ATENDER

☐ Gateway exclusivo

Portões

ENCAMINHAR PARA ATIVIDADES

ENCAMINHAR PARA UBS/SEGUNDÁRIO

☐ ENCAMINHAR PARA UBS/SEGUNDÁRIO

☐ Gateway exclusivo

Portões

PROSEGUIR ATENDIMENTO

☐ PROSEGUIR ATENDIMENTO

☐ PACIENTE COMPARECE?

Portões

NÃO

SIM

☐ REALIZAR BUSCA ATIVA

☐ MANIFESTA INTERESSE EM CONTINUAR?

Portões

SIM

NÃO

☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA?

Portões

NÃO

SIM

☐ PROSEGUIR ATENDIMENTO

☐ Gateway exclusivo

Portões

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ ALTERAR ATIVIDADES

☐ ENCERRA ATENDIMENTO

☐ ALTA

☐ Nenhum final

☐ ENCAMINHAR PARA ATIVIDADES

☐ ATENDER

☐ Gateway paralelo

☐ ENCAMINHAR PARA UBS/SEGUNDÁRIO

☐ Gateway paralelo

☐ PROSSEGUIR ATENDIMENTO

☐ PACIENTE COMPARECE?

Portões

SIM

NÃO

☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA?

Portões

NÃO

SIM

☐ ALTERAR ATIVIDADES

☐ Gateway exclusivo

Portões

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ PROSSEGUIR ATENDIMENTO

☐ REALIZAR BUSCA ATIVA

☐ MANIFESTA INTERESSE EM CONTINUAR?

Portões

SIM

NÃO

☐ ENCERRA ATENDIMENTO

☐ ALTA

☐ Nenhum final

☐ ENCAMINHAR PARA ATIVIDADES

☐ ATENDER

☒ Gateway paralelo

☐ ENCAMINHAR PARA UBS/SEGUNDÁRIO

☒ Gateway paralelo

☐ PROSSEGUIR ATENDIMENTO

☒ PACIENTE COMPARECE?

Portões

SIM

NÃO

☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☒ EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA?

Portões

NÃO

SIM

☐ ALTERAR ATIVIDADES

☒ Gateway exclusivo

Portões

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ PROSSEGUIR ATENDIMENTO

☐ REALIZAR BUSCA ATIVA

☒ MANIFESTA INTERESSE EM CONTINUAR?

Portões

SIM

NÃO

☐ ENCERRA ATENDIMENTO

☐ ALTA

☐ Nenhum final

☐ ENCAMINHAR PARA ATIVIDADES

☐ DEFINIR ATIVIDADES

☐ REALIZAR ATIVIDADES

☐ PACIENTE COMPARECE?

Portões

SIM

NÃO

☐ REALIZAR BUSCA ATIVA

☐ MANIFESTA INTERESSE EM CONTINUAR?

Portões

SIM

NÃO

☐ RELATÓRIO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO

☐ RELATÓRIO DE ATIVIDADES

☐ ENCERRA ATENDIMENTO

☐ ALTA

☐ Nenhum final

☐ RECEPÇÃO

☐ EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

☐ PSIQUIATRA

☐ PSICÓLOGO

☐ TERAPEUTA OCUPACIONAL

☐ ENFERMEIRA

☐ OFICINEIRO

☐ Milestone 1

PACIENTE

Elementos do processo

Nenhum início

PACIENTE CHEGA NA UNIDADE

Gateway paralelo

PRIMEIRO ATENDIMENTO

CONTINUAR TRATAMENTO

www.bizagi.com

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 / 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 205/2018, de 24/08/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 23 de agosto de 2018.

Protocolo CAAE: 93710218.1.0000.5393

Projeto: Análise de viabilidade de uma matriz de indicadores de saúde mental para a gestão baseada em evidência

Pesquisadores: Inacia Bezerra de Lima

Antonia Regina Ferreira Furegato (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Análise de viabilidade de uma matriz de indicadores de saúde mental para a gestão baseada em evidência”. O objetivo principal deste projeto é construir uma matriz de indicadores de saúde mental para a gestão de uma rede de atenção em saúde mental (RAPS) a partir da análise da concordância de uso de indicadores de saúde mental em países com sistema único de saúde. Isso será feito a partir da prospecção e comparação do uso dos indicadores selecionados nesses países quanto aos tipos de indicadores, as formas de se calcular cada um e as suas respectivas interpretações quanto ao uso.

O motivo que nos leva a realizar este estudo é o de obter informações que servirão para melhor descrever o desempenho dos serviços e selecionar indicadores adequados à gestão de saúde mental.

Sua participação consistirá em responder a algumas perguntas sobre o Processo de atendimento do paciente nesta instituição que tomarão, aproximadamente, de 30 minutos à uma hora de seu tempo, que será realizado no dia e data e local de sua preferência. O Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira decorrente de sua contribuição. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre qualquer aspecto relacionado à pesquisa que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar da mesma. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem que ocorra qualquer penalidade.

Os possíveis riscos decorrentes de sua participação são: cansaço e/ou desconforto. Caso isso ocorra, o Sr. (a) poderá interromper sua participação, retomando-a no momento que julgar adequado. A pesquisadora estará disponível para esclarecer eventuais dúvidas. Caso haja danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa, você terá direito a indenização de acordo com as Leis vigentes no país.

Não haverá benefícios diretos decorrentes de sua participação, no entanto, como benefícios indiretos o objetivo deste trabalho considera que a produção científica implica benefícios atuais ou potenciais para o ser humano e para a comunidade na qual está inserido. O principal benefício deste trabalho visa obter informações e consenso que servirão para melhor descrever o desempenho dos serviços e selecionar indicadores adequados à gestão de saúde mental. Disponibilizar informações aos Gestores/Gerentes, Coordenadores da RAPS e equipe de saúde, especializada e/ou hospitalar, com intuito de subsidiar a formulação de políticas públicas que contemplem melhorias no sistema de saúde mental para promoção da integralidade da atenção e adesão ao tratamento. De forma a contribuir com o planejamento, monitoramento e avaliação das ações viabilizadas no SUS.

Gostaríamos de esclarecer que seu nome será mantido em sigilo e as informações que você nos der serão confidenciais e serão usadas apenas para este estudo. Estas informações serão muito úteis para compreendermos melhor os serviços que oferecemos e poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico, sem identificar as pessoas envolvidas.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme **Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)**.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários. Este termo está em duas vias, uma ficará com o Sr. (a) e a outra com a pesquisadora.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para participar desta pesquisa. Este documento é elaborado em duas vias idênticas, assinadas e rubricadas tanto pela pesquisadora quanto pelo participante, sendo uma destas vias da pesquisadora e a outra do participante.

Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20__.

Eu, _____, li e concordo em participar como voluntário (a) da pesquisa.

Assinatura do participante: _____

Se precisar de algum esclarecimento sobre o estudo, você pode entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis através dos endereços de e-mail e telefones disponíveis abaixo:

Pesquisadora responsável:

Inacia Bezerra de Lima

Pós graduanda Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo / USP

lima.inacia@usp.br

Telefone: (16)999911595

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Orientadora da pesquisa:

Prof.^a Dra. Antônia Regina Ferreira Furegato

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo / USP

furegato@eerp.usp.br

Telefone: (16)3911-6438

Caso o (a) Sr. (a) necessite de mais esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (**16 3315 9197**), no horário de atendimento do CEP (**de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas**).

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.